

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

GLENDY DYONISIO

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DAS ATIVIDADES DO AUTOCUIDADO DO
DIABETES POR IDOSOS**

**UBERABA/MG
2016**

GLENDY DYONISIO

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DAS ATIVIDADES DO AUTOCUIDADO DO
DIABETES POR IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *strictu sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e do Idoso.
Professora Orientadora: Dr^a. Leiner Resende Rodrigues.

**UBERABA/MG
2016**

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

D996f Dyonisio, Glenda
Fatores associados à adesão das atividades do autocuidado do
diabetes por idosos / Glenda Dyonisio. -- 2016.
96 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2016
Orientadora: Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues

1. Diabetes mellitus. 2. Saúde do idoso. 3. Autocuidado. 4. De-
pressão. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade Federal do
Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.379-008.64

GLENDY DYONISIO

**FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO DAS ATIVIDADES DO AUTOCUIDADO DO
DIABETES POR IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *strictu sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Professora Orientadora: Dr^a. Leiner Resende Rodrigues.

Uberaba, 21 de dezembro de 2016.

Banca examinadora:

Dr^a Leiner Resende Rodrigues - orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Dr^a Sueli Marques
Universidade de São Paulo - USP

Dr. Ricardo Jader Cardoso
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo sublime dom da vida, pela sabedoria e por todas as oportunidades concedidas, sempre iluminando meus caminhos e sendo a fortaleza nos momentos difíceis;

Aos meus pais queridos e amados, José e Grace Kelle, que me deram a vida ensinando-me a vivê-la com dignidade, por seu amor e apoio incondicionais, pela doação e renúncia de seus próprios sonhos em favor da realização dos meus. Palavras não são suficientes para expressar o meu amor e gratidão;

Às minhas irmãs Gabriela e Gláucia e todos os familiares, pela torcida, muito obrigada!

À minha orientadora, professora doutora Leiner Resende Rodrigues, que me proporcionou esta oportunidade de crescimento pessoal e profissional aceitando ser minha orientadora mesmo antes de me conhecer;

À doutoranda Natália, pelas excelentes e valiosas contribuições;

Ao professor doutor Vanderlei José Hass, pela atenção e colaboração na assessoria estatística;

À Capes, pelo auxílio financeiro;

Ao programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, pela oportunidade de aprendizado;

Aos professores do PPGAS, pelas ricas contribuições na formação acadêmica;

Aos colegas do PPGAS, pelo compartilhamento de alegrias e angústias, pelo aprendizado mútuo;

À bibliotecária Ana Paula Azevedo, pela colaboração na busca bibliográfica;

Aos idosos de Uberaba, pela receptividade, disponibilidade e colaboração.

RESUMO

DYONISIO, Glenda. **Fatores associados à adesão das atividades do autocuidado do diabetes por idosos. 2016.** 96f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2016.

O autocuidado do diabetes mellitus é complexo envolvendo atividades variadas e tem como objetivos controlar a doença e evitar ou adiar as complicações. O objetivo desse estudo foi identificar os fatores que interferem na adesão às atividades de autocuidado em idosos com diabetes em Uberaba – MG. Estudo transversal, observacional e analítico com abordagem quantitativa dos dados, realizado com 140 idosos. Foram utilizados os instrumentos: Mini Exame do Estado Mental, Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional, Escala de Depressão Geriátrica Abreviada e Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes. Procedeu-se a análise com o teste t, correlações de Spearman e Pearson e modelo de regressão logística múltipla ($p < 0,05$). A média de idade foi 70,8 anos, houve predomínio de idosos do sexo feminino (71,4%), de idosos jovens (60 - 79 anos) (87,1%), sem companheiro (57,1%), com escolaridade média de 5,1 anos, renda mensal individual de um salário mínimo (45%), média de 7,6 morbidades por idoso, sendo hipertensão (90%), problemas de visão (55,7%), problemas de coluna (51,4%), problemas para dormir (43,6%), artrite/artrose (40,7%) e dislipidemia (40%) as morbidades mais frequentes, média de 5,7 medicações por idoso, presença de polifarmácia (60,7%) e ausência de sintomas depressivos (73,6%). Quanto às atividades do autocuidado, as maiores médias de adesão em dias por semana foram "tomar o número indicado de comprimidos do diabetes" ($6,6 \pm 1,2$), "tomar injeções de insulina conforme recomendado" ($6,2 \pm 2,0$), "secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los" ($4,6 \pm 3,2$) e "seguir uma dieta saudável" ($4,5 \pm 2,7$) e as menores foram "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)" ($0,9 \pm 1,9$), "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" ($1,2 \pm 2,2$), "avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado" ($1,2 \pm 2,3$), "ingerir doces" ($1,3 \pm 1,7$) e "avaliar o açúcar no sangue" ($1,4 \pm 2,3$). Em relação ao tabagismo, 88,6% não eram fumantes. O modelo final de regressão linear múltipla mostrou associação significativa entre o item "ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais" e o sexo ($p = 0,041$), indicando maior adesão das mulheres, número de morbidades e os

itens "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" ($p=0,02$) e "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)" ($p=0,008$), indicando um aumento na adesão a essas atividades à proporção em que o número de morbidades diminui. Escolaridade e número de morbidades associaram-se significativamente aos itens "examinar os pés" ($p=0,00$ e $0,001$, respectivamente), "examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los" ($p=0,001$ e $0,00$, respectivamente) e "secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los" ($p=0,018$ e $0,027$, respectivamente), apontado que à medida que a escolaridade e o número de morbidades aumenta, aumenta também a adesão das atividades de cuidado com os pés. "Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los" apresentou associação significativa com a presença de sintomas depressivos ($p=0,039$), indicando que houve maior adesão entre os que não apresentaram sintomas depressivos. Conclusão: os fatores associados à adesão das atividades de autocuidado observados nessa pesquisa contribuem para o planejamento de estratégias que visem prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Diabetes Mellitus. Autocuidado. Depressão.

ABSTRACT

DYONISIO, Glenda. **Factors associated with adherence to self-care activities of diabetes in the elderly.** 2016. 97f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais State, Brazil, 2016.

Self-care of diabetes mellitus is complex and involves varied activities whose objectives are to control the disease and avoid or postpone the complications. The objective of this study was to identify the factors that interfere in the adherence to self-care activities in the elderly with diabetes in Uberaba - MG. Cross-sectional, observational and analytical study with quantitative data approach, performed with 140 elderly. The instruments were: Mini Mental State Examination, Brazilian Functional and Multidimensional Assessment Questionnaire, Abridged Geriatric Depression Scale, and Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. We proceeded to the analysis with t test, Spearman and Pearson correlations and multiple logistic regression model ($p < 0.05$). The mean age was 70.8 years; there was a predominance of female elderly (71.4%), young adults (60 - 79 years) (87.1%), without partners (57.1%), Average schooling of 5.1 years, individual monthly income of a minimum wage (45%), average of 7.6 morbidities per elderly, being hypertension (90%), vision problems (55.7%), spinal problems (51 (40%), the most frequent morbidities, the average of 5.7 medications per elderly, the presence of polypharmacy (60%), arthritis (40.7%) and dyslipidemia 7%) and absence of depressive symptoms (73.6%). Regarding self-care activities, the highest means of adherence on days per week were "taking the indicated number of diabetes tablets" (6.6 ± 1.2), "taking insulin injections as recommended" (6.2 ± 2.0), "to dry the spaces between the toes after washing" (4.6 ± 3.2) and "to follow a healthy diet" (4.5 ± 2.7), and the smaller ones were "to perform physical activities (walking, swimming, etc.)" (0.9 ± 1.9), "performing physical activities for at least 30 minutes" (1.2 ± 2.2), "assessing blood sugar the number of times recommended" (1.2 ± 2.3), "ingestion of sweets" (1.3 ± 1.7) and "blood sugar" (1.4 ± 2.3). Regarding smoking, 88.6% were non-smokers. The final multiple linear regression model showed a significant association between the item "ingesting five or more portions of fruit and / or vegetables" and gender ($p = 0.041$), indicating greater adherence among women; number of morbidities and "carrying out physical activity for at least 30 minutes" ($p =$

0.02) and" performing specific physical activities (walking, swimming, etc.) "(p = 0.008), indicating an increase in adherence to these activities in proportion to the number of morbidities decreases. Schooling and number of morbidities were significantly associated with "examining the feet" (p = 0.00 and 0.001, respectively), "examining inside the shoes before putting them on" (p = 0.001 and 0.00, respectively) And to "dry the spaces between the toes after washing" (p = 0.018 and 0.027, respectively), pointing out that as schooling and morbidities increase, adherence to feet care increases too. "Examining inside the shoes before putting them on" had a significant association with depressive symptoms (p = 0.039), indicating that there was greater adherence among those who did not present depressive symptoms. Conclusion: the factors associated with adherence to self-care activities observed in this research contribute to the planning of strategies aimed at preventing complications and improving the quality of life of the elderly.

Keywords: Health of the Elderly. Diabetes Mellitus. Self-care. Depression.

RESUMEN

DYONISIO, Glenda. **Factores asociados con la adherencia de las actividades de autocuidado del diabetes por ancianos.** 2016. 97f. Disertación (Maestría en Cuidados de la Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

El autocuidado del diabetes mellitus es complejo, involucra diversas actividades y tiene como objetivos controlar la enfermedad y prevenir o retrasar su complicaciones. El objetivo de este estudio fue identificar los factores que interfieren con la adhesión a las actividades de autocuidado en adultos mayores con diabetes en Uberaba - MG. Estudio transversal, observacional y analítico con un enfoque cuantitativo de los datos, llevado a cabo con 140 personas de edad avanzada. Se utilizaron instrumentos: Mini Examen del Estado Mental, Cuestionario Brasileiro de Evaluación Funcional y Multidimensional, Escala de Depresión Geriátrica y Cuestionario Actividades de Autocuidado Con la Diabetes. Procedido al análisis con la prueba t, correlaciones de Spearman y Pearson y el modelo de regresión logística múltiple ($p < 0,05$). La edad media fue de 70,8 años, hubo un predominio de mujeres (71,4%) de los jóvenes ancianos (60-79 años) (87,1%), solteros (57,1%), con escolaridad promedio de 5,1 años, los ingresos individuales mensuales de un salario mínimo (45%), promedio de 7,6 morbilidades por anciano, siendo la hipertensión (90%), problemas de visión (55,7%), problemas de espalda (51,4%), dificultad para dormir (43,6%), artritis / artrosis (40,7%) y la dislipemia (40%) las morbilidades más frecuentes, promedio de 5,7 medicamentos por anciano, presencia de polifarmacia (60,7%) y la ausencia de síntomas depresivos (73,6%). Cuanto a las actividades de autocuidado, el número de promedio más alto de días por semana fueron "tomando el número indicado de pastillas para la diabetes" ($6,6 \pm 1,2$), "tomar las inyecciones de insulina según lo recomendado" ($6,2 \pm 2,0$), "secar los espacios entre los dedos después de lavarlas" ($4,6 \pm 3,2$) y "siguiendo una dieta saludable" ($4,5 \pm 2,7$) y la más baja fueron "realización actividades físicas específicas (caminar, nadar, etc.)" ($0,9 \pm 1,9$), "se dedican a la actividad física durante al menos 30 minutos" ($1,2 \pm 2,2$), "para evaluar el azúcar en la sangre el número de tiempos recomendados" ($1,2 \pm 2,3$), "comer dulces" ($1,3 \pm 1,7$) y "evaluar el azúcar en la sangre" ($1,4 \pm 2,3$). En cuanto a fumar, 88,6% eran no fumadores. El modelo final de regresión lineal múltiple mostró una asociación significativa entre el elemento "comer cinco o más

porciones de frutas y/o verduras" y el sexo ($p = 0,041$), lo que indica una mayor adherencia del número de mujeres; morbilidades y los artículos "realizar actividades física durante al menos 30 minutos" ($p = 0,02$) y "realizar actividades físicas específicas (caminar, nadar, etc.)" ($p = 0,008$), lo que indica un aumento en la adhesión a estas actividades en la medida en que el número de morbilidades disminuye. Educación y número de morbilidades se asociaron significativamente a los artículos "examinar sus pies" ($p = 0,00$ y $0,001$, respectivamente), "observar el interior de los zapatos antes de usarlos" ($p = 0,001$ y $0,00$, respectivamente) y "secar los espacios entre los dedos después de lavarlas" ($p = 0,018$ y $0,027$, respectivamente), señalando que a medida que la educación y el número de morbilidades aumentan, también aumenta la adherencia de las actividades de atención con pies. "Mira dentro de los zapatos antes de ponerlos" se asoció significativamente con los síntomas depresivos ($p = 0,039$), lo que indica que hubo una mayor adhesión entre los que tenían síntomas depresivos. Conclusión: Los factores asociados con la adherencia de las actividades de autocuidado observados en este estudio contribuyen a la planificación de estrategias para prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Palabras clave: Salud del Adulto Mayor. Diabetes Mellitus. El autocuidado. Depresión.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da sequência de coleta de dados dentro no setor censitário	38
Figura 2 - Composição da amostra	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de idosos diabéticos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	45
Tabela 2 - Distribuição de frequência das morbidades de idosos diabéticos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	46
Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis clínicas de idosos diabéticos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	47
Tabela 4 - Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	48
Tabela 5 - Distribuição dos idosos diabéticos segundo o item tabagismo do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	49
Tabela 6 - Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo o sexo, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	50
Tabela 7 - Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo o grupo etário, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	51
Tabela 8 - Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo o estado conjugal, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	52
Tabela 9 - Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo a renda, escolaridade e número de morbidades, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	54
Tabela 10 - Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo a polifarmácia, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	55
Tabela 11 - Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo a presença de indicativo de depressão, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	56
Tabela 12 - Modelo final de regressão linear múltipla para os preditores associados à adesão das atividades de autocuidado do diabetes, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	58

LISTA DE SIGLAS

ADA - American Diabetes Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BOMFAQ - Brazilian Oars Multidimensional Functional Assessment Questionnaire

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

DCV - Doença Cardiovascular

EMD - Edema Macular Diabético

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

HbA1C - Hemoglobina Glicada

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF - International Diabetes Federation

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

OARS - Older Americans Resources and Services

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

QAD - Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes

RIPSA - Rede Interagencial de Informações Para a Saúde

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SDSCA - Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCLE - Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS DOENÇAS CRÔNICAS.....	19
2.2	DIABETES MELLITUS: EPIDEMIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO.....	21
2.3	COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS.....	24
2.4	TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS	25
2.5	DIABETES EM IDOSOS.....	27
2.6	DEPRESSÃO EM IDOSOS DIABÉTICOS.....	28
2.7	ADESÃO ÀS ATIVIDADE DE AUTOCUIDADO DO DIABETES.....	31
3	OBJETIVOS	35
3.1	OBJETIVO GERAL.....	35
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4	METODOLOGIA	36
4.1	TIPO DE ESTUDO	36
4.2	LOCAL DO ESTUDO	36
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA	36
4.3.1	Critérios de inclusão	37
4.3.2	Critérios de exclusão	37
4.3.3	Cálculo amostral e seleção da amostra	37
4.4	COLETA DE DADOS	40
4.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	40
4.5.1	Identificação e caracterização sociodemográfica	40
4.5.2	Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	41
4.5.3	Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ)	41
4.5.4	Uso de medicações	42
4.5.5	Questionário de Atividades do Autocuidado do Diabetes (QAD)	42
4.5.6	Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS - 15)	42
4.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	43
4.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	43
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5	RESULTADOS.....	45
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS DIABÉTICOS SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	45
5.2	ADESÃO ÀS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DO DIABETES	47
5.3	FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DO DIABETES	49
6	DISCUSSÃO	59

6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS DIABÉTICOS SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	59
6.2	ADESÃO ÀS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DO DIABETES	64
6.3	FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DO DIABETES	72
7	CONCLUSÃO	76
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	
	Apêndice A - Instrumento para coleta dos dados sociodemográficos	91
	Apêndice B - Uso de medicações	92
	Apêndice C - Parecer consubstanciado do CEP	93
	Apêndice D - Termo de consentimento livre esclarecido	98
	ANEXOS	
	Anexo A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	99
	Anexo B - Morbidades autorreferidas (BOMFAQ).....	101
	Anexo C - Questionário de atividades do autocuidado do diabetes (QAD).....	102
	Anexo D - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS - 15)	103

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença multifatorial, cujas incidência e prevalência apresentam-se elevadas em todo o mundo, caracterizando essa condição clínica como uma epidemia mundial que tem se mostrado um grande desafio não só para a saúde pública e profissionais de saúde, como também para a sociedade (FARIA et al., 2013; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF, 2013a).

As crescentes incidência e prevalência são consequências do envelhecimento populacional, avanços no tratamento da doença, aquisição de hábitos insalubres como o sedentarismo e má alimentação e da obesidade (IDF, 2013a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2014).

Estima-se que 20% dos idosos com mais de 65 anos tenha o diagnóstico de DM que frequentemente ocorre em comorbidade com doenças como hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares (DCV), complicações decorrentes do DM, depressão, fragilidade e de desenvolvimento precoce de declínio cognitivo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA, 2015; IDF, 2013a e 2013b; SINCLAIR et al., 2012).

Cabe ressaltar que a depressão é frequente na população idosa estabelecendo-se como uma doença crônica subdiagnosticada, pois seus sintomas são usualmente confundidos com as reações dos indivíduos frente à doença ou com eventos típicos do envelhecer (PARADELA, 2011; SBD, 2014).

A presença simultânea de DM e depressão agregadas está relacionada a um pior controle glicêmico, presença de complicações, maior número de hospitalizações e morte prematura, já que esses indivíduos tendem a apresentar baixa adesão ao tratamento e às atividades do autocuidado. É importante frisar que o tratamento só é considerado bem sucedido quando ocorre a adesão ao plano terapêutico por parte dos pacientes (DIAS et al., 2011; LLOYD, 2008; WEINGER, BEVERLY, SMALDONE, 2014).

Desta forma, o autocuidado compreende as atividades que o indivíduo realiza com a finalidade de manter sua saúde e bem estar e estão relacionadas às habilidades desenvolvidas frente à evolução da doença. Tais atividades incluem a dieta balanceada, praticar atividade física regularmente, gerenciar medicações

considerando doses e horários da prescrição médica, monitorar a glicemia conforme recomendação dos profissionais de saúde, examinar os pés e fazer visitas regulares ao serviço de saúde (BUB et al., 2006; ROY, LLOYD, 2012; WEINGER, BEVERLY, SMALDONE, 2014).

A complexidade do tratamento do DM exige que o indivíduo desenvolva habilidades para as atividades do autocuidado, que têm a finalidade de controlar a glicemia e prevenir complicações, contribuindo assim para a manutenção da qualidade de vida e autonomia do indivíduo. Acreditamos que a adesão ao autocuidado influenciará diretamente o sucesso do tratamento. Porém para que a adesão ocorra efetivamente é necessário que o indivíduo tome consciência de sua responsabilidade e engajamento para o alcance dos resultados esperados (STACCIARINI; HAAS; PACE, 2008).

Vale destacar que as principais dificuldades para a prática do autocuidado são a idade avançada, baixo nível de escolaridade, baixa renda, falta de apoio familiar, fatores emocionais (frustração, desmotivação, dor, angústia, raiva) e fatores culturais (ONG; CHUA; NG, 2014). Idosos diabéticos devem participar ativamente das práticas de autocuidado, a fim de minimizar os impactos da doença (MARQUES et al., 2013).

Nessa ótica, a enfermagem tem a importante missão de estimular a adesão ao autocuidado por meio das ações de educação em saúde, encorajando a mudança dos hábitos de vida, oportunizando o desenvolvimento de habilidades e avaliando as competências para a realização das atividades do autocuidado (REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015), porém, para entender a realidade do autocuidado entre idosos é necessário um aprofundamento a respeito do tema, tendo em vista os poucos estudos relacionados ao autocuidado em idosos (SILVA; VIDAL, 2011).

Almeja-se assim que os resultados desse estudo possam contribuir de modo significativo com a elaboração de futuros programas de intervenção que possibilitem uma melhora da adesão às atividades de autocuidado do diabetes, principalmente entre os idosos. Vale salientar que uma boa adesão ao plano terapêutico permite um melhor controle da doença e prevenção ou adiamento das complicações decorrentes do diabetes, elevando a qualidade de vida desses pacientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS DOENÇAS CRÔNICAS

O envelhecimento populacional tem provocado alterações significativas na estrutura da população mundial, com destaque para o grupo dos idosos, que tem se tornado cada vez mais representativo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2014b).

Esse processo teve início na Europa com a urbanização, modernização e desenvolvimento econômico dessa sociedade, na qual se observou uma diminuição nas taxas de mortalidade, ocasionando, num primeiro momento, um aumento no crescimento vegetativo da população, aliado a uma diminuição das taxas de natalidade ocorrida posteriormente, o que ocasionou um declínio no ritmo de crescimento populacional (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Essa transição proporcionou uma transformação na estrutura etária, iniciando-se, a partir de então, o processo de envelhecimento populacional (IBGE, 2015).

No Brasil, a primeira fase da transição demográfica foi marcada por transformações que começaram a partir da segunda metade do século XX, nas regiões Sudeste e Sul, como a queda na mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer que, somados aos elevados níveis de fecundidade e natalidade, resultaram na taxa de crescimento populacional mais elevada da história, porém tendo pouco impacto sobre a estrutura etária, mantendo uma população jovem (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A segunda fase da transição, iniciada em meados da década de 60, foi marcada por uma tímida diminuição da mortalidade e em 1980 comprovou-se o estabelecimento do processo de envelhecimento devido ao declínio drástico dos indicadores de fecundidade, natalidade e mortalidade, além do aumento da esperança de vida ao nascer que ultrapassou o limite de 60 anos. (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Desde então, vem se observando redução ainda maior das taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade. O aumento da idade média da população e da expectativa de vida tem provocado um estreitamento na base da pirâmide

populacional, evidenciado pelo aumento relativo da população em idades ativas e de idosos (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Atualmente, a expectativa de vida do brasileiro é 74,8 anos (IBGE, 2014b). No Brasil, são considerados idosos todos os indivíduos com 60 anos ou mais, segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Contudo, o envelhecimento populacional no Brasil tem ocorrido de forma desigual, apresentando variações nos percentuais de idosos entre as regiões brasileiras, sendo 14,2% no Sudeste; 14,5% no Sul; 12,4% no Nordeste, 11,1% no Centro-Oeste e 8,8% no Norte (IBGE, 2014b).

Segundo o IBGE (2014b), em 2013 os idosos totalizavam 13% da população brasileira e 13,6% da população de Minas Gerais. Em 2030, o número de idosos no país chegará a 41,5 milhões e em 2060, a 73,5 milhões (IBGE, 2015).

Constatamos que a nova configuração do perfil demográfico no Brasil provocou também uma mudança no perfil epidemiológico. Até a década de 1940, havia nítido predomínio das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de morte e trinta anos depois, na década de 70, as doenças cardiovasculares se estabeleceram como primeira causa de mortalidade, seguidas pelas causas externas e neoplasias a partir da década de 80 (ARAÚJO, 2012; MARTINS; MOÇO, 2012).

Essa transição no padrão epidemiológico veio acompanhada de desenvolvimento econômico e social, proporcionando a população aumento da renda familiar, industrialização, urbanização, maior acesso a alimentos como os processados, além da incorporação de hábitos como sedentarismo, uso de tabaco e álcool, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas (ANDRADE et al., 2012; IBGE, 2015).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se caracterizam por ter uma etiologia incerta com causas variáveis e início gradual, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estar associadas a deficiências e incapacidades funcionais e prognóstico incerto (BRASIL, 2013a).

Tais doenças são atualmente apontadas como responsáveis por 72% dos óbitos ocorridos no mundo e por 74% das mortes ocorridas no Brasil, sendo que as quatro DCNT – DCV, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e DM – são responsáveis pela maioria desses óbitos (BRASIL, 2013a; DUNCAN et al., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Em 2008, as DCNT foram responsáveis por 77,2% da carga de doença no país (FLOR et al., 2015). Além da mortalidade, apresentam várias morbidades associadas, são responsáveis por altas taxas de internações e envolvem piora considerável da qualidade de vida já que estão entre as principais causas de amputações, perda de mobilidade e de outras funções neurológicas, gerando incapacidades e limitação das atividades de trabalho e lazer (BRASIL, 2013a; IBGE, 2014a).

Destacamos que os principais fatores de risco dos quatro principais grupos de DCNT (doenças circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) são: tabagismo, álcool, sedentarismo, maus hábitos alimentares, a obesidade, as dislipidemias (associadas à ingestão de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal e a ingestão insuficiente de frutas e verduras (BRASIL, 2013a).

O número aumentado de idosos com DCNT gera necessidade de procura por serviços de saúde. Dados de 2009 apontaram que 75 a 80% da população idosa tinha ao menos uma condição crônica. Sabe-se que esta população demanda cuidados mais complexos, tendo em vista o processo degenerativo e as incapacidades decorrentes do envelhecimento, o que ocasiona um aumento considerável nos gastos com a assistência à saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2009).

Dentre as DCNT, o DM se destaca, pois tem sido diagnosticado globalmente em proporções epidêmicas devido à rápida transição social e cultural, como o envelhecimento populacional, mudanças dietéticas, redução na atividade física e aquisição de hábitos não saudáveis, sendo considerado um grande desafio para a saúde (IDF, 2013a).

2.2 DIABETES MELLITUS: EPIDEMIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO

O DM engloba um grupo de doenças metabólicas tendo como principal característica o aumento da glicemia sanguínea. A hiperglicemia é uma consequência direta do defeito na secreção ou ação da insulina ou uma combinação dos dois eventos (ADA, 2014).

Entre as DCNT, o DM é responsável pela morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos (HALTER et al., 2014; KLAFKE et al., 2014). Segundo dados do IBGE (2013), observou-se um aumento no risco de óbito por diabetes nos últimos anos quando comparado a outras doenças crônicas.

De acordo com o IDF (2013a e 2013b), existem no mundo 382 milhões de pessoas vivendo com a doença e em 2035 esse número será projetado para 592 milhões. Os cinco países com o maior número de casos diagnosticados de DM são China, Índia, Estados Unidos, Brasil e México.

É importante ressaltar que até o fim de 2013 o DM terá causado 5,1 milhões de mortes no mundo, sendo predominante na faixa etária de 20 a 79 anos, totalizando uma morte a cada seis segundos. Mais da metade desses óbitos (52%), ocorrerá em indivíduos com mais de 60 anos (IDF, 2013a).

Em nosso país, a prevalência do DM é semelhante entre homens (5,4%) e mulheres (7%) e aumenta consideravelmente com o progredir da idade (IBGE, 2015). Constata-se que a prevalência na população brasileira adulta, acima de 18 anos, é de 8,7% (IDF, 2014) e de 21,6% na população com idade superior a 65 anos (BRASIL, 2013b).

A população de brasileiros com idades entre 65 e 74 anos apresenta um percentual de 19,9% de diagnóstico autorreferido de DM, sendo este o mais elevado com relação à faixa etária. Considerando a escolaridade, a maior proporção de diabéticos não tem instrução ou tem ensino fundamental incompleto. As complicações mais frequentes são os problemas de visão, circulatórios e renais (IBGE, 2014a).

Atualmente, a classificação do DM, proposta pela ADA (2014) e recomendada pela SBD (2014) apresenta quatro subtipos distintos: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos e diabetes gestacional.

O DM tipo 1 responde por 5 a 10% de todos os casos de DM, acomete principalmente crianças e adolescentes, com pico de incidência entre 10 e 14 anos, e adultos jovens (ADA, 2014; BRASIL, 2013a). Resulta da destruição autoimune das células β pancreáticas, que leva à deficiência absoluta de insulina, tornando o indivíduo dependente da aplicação diária da insulina exógena (IDF, 2013a).

Neste tipo de diabetes, a taxa de destruição das células β é variável, podendo ocorrer mais rapidamente em crianças e adolescentes e de forma mais lenta em

adultos e tem implicação direta na manifestação dos primeiros sintomas, que ocorrem de forma mais abrupta nos mais jovens (ADA, 2014).

Os autoanticorpos, responsáveis pela destruição das células β podem estar presentes na fase pré clínica, em até 90% dos indivíduos, porém, em alguns poucos, casos a ausência de processo autoimune caracteriza o DM tipo 1 como idiopático (SBD, 2014).

Estudo recente sugere não ser a autoimunidade o processo desencadeador da doença, mas sim grandes alterações metabólicas observadas na fase de pré diabetes. Essas alterações incluem hiperproinsulinemia de jejum indicando disfunção e estresse das células β , alteração de lipídios podendo ser detectada no sangue do cordão umbilical e aumento considerável dos produtos finais da glicosilação (LESLIE; BRADFORD, 2014).

O diagnóstico do DM tipo 1 é feito com base nos sinais e sintomas decorrentes da hiperglicemia e deficiência de insulina como poliúria, polidipsia, alterações visuais, perda de peso e níveis elevados de hemoglobina glicosilada (HbA1C) ou de uma severa descompensação metabólica com cetoacidose (HEROLD et al., 2013).

O DM tipo 2 corresponde a 90-95% dos casos diagnosticados e está comumente associada à obesidade e/ou acúmulo de gordura abdominal. Caracteriza-se por defeitos na ação ou secreção de insulina sendo comum a predominância de um desses eventos (ADA, 2015; SBD, 2014).

É importante ressaltar que o DM tipo 2 está relacionado ao envelhecimento, sendo mais comumente diagnosticado em indivíduos com mais de 40 anos, porém nota-se um aumento na incidência da doença em crianças e jovens devido à obesidade e sedentarismo (BRASIL, 2013b; IDF, 2013a).

Indivíduos obesos ou que apresentam acúmulo de gordura abdominal apresentam resistência à insulina. Como consequência, há maior produção do hormônio para compensar essa resistência, gerando exaustão das células β e comprometendo a tolerância à glicose, culminando com o DM tipo 2 (SBD, 2014).

Por se tratar de um processo gradual e assintomático, o DM tipo 2 pode demorar anos para ser diagnosticado, até que o indivíduo comece a apresentar os sinais e sintomas clássicos (ADA, 2015). Esse tipo de DM ocorre mais comumente em mulheres com história de diabetes gestacional, indivíduos hipertensos ou dislipidêmicos e apresenta uma forte predisposição genética (ADA, 2015).

Outros tipos específicos de DM estão associados a defeitos genéticos da função das células β e da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, trauma, neoplasia, fibrose cística, hemocromatose, endocrinopatias (acromegalia, síndrome de Cushing, feocromocitoma, hipertireoidismo entre outros), induzidos por medicamentos ou substâncias químicas (pentamidina, ácido nicotínico, glicocorticóides, agonistas β -adrenérgicos, infecções (rubéola congênita, citomegalovírus), formas incomuns de diabetes imuno mediadas e outras síndromes ocasionalmente associadas com o diabetes (síndromes de Down, Turner, Klinefelter, Prader-Willis, Porphyria, entre outras) (ADA, 2015).

O diabetes gestacional é o aumento da glicemia em decorrência do bloqueio da ação da insulina por hormônios placentários. Ocorre com maior frequência por volta da 24^a semana gestacional, podendo ou não persistir após o parto (IDF, 2013a).

De acordo com o IDF (2013a), 21,4 milhões de mulheres apresentaram hiperglicemia durante a gestação, sendo que desses casos, 91,6% ocorreram em países de baixa e média renda, e 47,7% desse total foi observado em mulheres com mais de 45 anos.

2.3 COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS

No decorrer da evolução da doença podem surgir complicações agudas ou crônicas, que estão relacionadas ao controle glicêmico. Entretanto, o tratamento adequado pode evitar ou reduzir a intensidade destas complicações (AWODELE; OSUOLALE, 2015).

As complicações agudas incluem a cetoacidose diabética, o estado hiperglicêmico hiperosmolar e a hipoglicemia. A cetoacidose resulta de uma descompensação glicêmica com valores superiores a 250mg/dl, acompanhada de cetonemia e acidose metabólica, muito comum no DM tipo 1, com mortalidade em torno de 5%. A síndrome hiperosmolar hiperglicêmica é caracterizada por hiperglicemia superior a 600mg/dl, ocorre no DM tipo 2 sendo mais observada em idosos e apresenta mortalidade elevada. Níveis baixos de glicose provocam a hipoglicemia, associada a idade elevada, abuso de álcool, jejum prolongado,

insuficiência renal ou erro na administração de insulina ou hipoglicemiantes orais (BRASIL, 2013b).

Em estudo realizado no Brasil por Klafke et al. (2014), a mortalidade por complicações agudas do DM foi 27,7% maior em homens entre 20 a 49 anos e 24,6% maior em mulheres com 65 anos ou mais. Considerando todas as idades, a mortalidade foi 4,9% maior entre as mulheres e seu aumento tem relação direta com o aumento da idade. Dentre as principais causas de complicações estão as infecções respiratórias, infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico.

As complicações em longo prazo do DM incluem retinopatia com perda parcial ou total da visão; nefropatia resultando em falência renal; neuropatia periférica com risco de úlceras de pé, amputações e articulação de Charcot; neuropatia autonômica causando sintomas gastrointestinais, geniturinários e cardiovasculares e disfunção sexual (AMIDU et al., 2013; BRAGA et al., 2013; SBD, 2014).

2.4 TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS

O tratamento do DM tem como principal meta o controle glicêmico e independente de sua classificação, consiste na adesão de hábitos saudáveis, como uma dieta balanceada, prática regular de atividade física, diminuição no consumo de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. A adoção de hábitos de vida saudáveis possuem uma importância fundamental no controle glicêmico evitando ou postergando complicações, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013b).

De acordo com a SBD (2014), a dieta dos indivíduos com DM deve seguir as recomendações para a população geral. Deve ser fracionada, com ingesta programada a cada três horas, com grande variedade de alimentos, baixo teor de gorduras, consumo moderado de carboidratos e proteínas e alto teor de fibras. Para suprir as necessidades diárias de vitaminas e sais minerais, recomenda-se o consumo mínimo de duas a quatro porções de frutas, sendo pelo menos uma rica em vitamina C e de três a cinco porções de legumes e vegetais crus ou cozidos.

Uma dieta balanceada promove a perda ou manutenção do peso corporal, contribui para o controle da pressão arterial, da glicemia e dos níveis de colesterol e

previne ou adia as complicações, sendo considerada um componente muito importante no autocuidado do DM (ADA, 2015).

Outro ponto de destaque no tratamento do DM, o exercício físico é um aliado indispensável atuando no controle da glicemia, pois melhora a sensibilidade dos tecidos à insulina e aumenta a captação de glicose pelo tecido muscular, além de contribuir para a perda de peso, diminuição da gordura corporal e para o bem estar físico e mental. A prática da atividade física recomendada é de no mínimo 30 minutos diariamente (SBD, 2014).

A monitorização da glicemia é extremamente útil para verificar se os níveis de controle glicêmico estão sendo atingidos. Por meio da monitorização glicêmica é possível avaliar a resposta do indivíduo à terapia medicamentosa, evitar hipoglicemia, assim como direcionar as prescrições relacionadas à nutrição e prática de atividade física e ajustar a medicação quando necessário (ADA, 2015).

A automonitorização é considerada um aspecto essencial da estratégia terapêutica para o controle adequado do DM, sendo que a frequência varia de acordo com as necessidades e metas de cada indivíduo (SBD, 2014). Os métodos laboratoriais mais utilizados incluem a glicemia de jejum que mostra os valores no momento do teste, sendo o valor desejável <110mg/dl e HbA1C, que indica uma glicemia média pregressa dos últimos dois a quatro meses, cuja recomendação é <7,0% (SBD, 2014).

Vale salientar que o tabagismo e o consumo de álcool, além de terem papel importante no desenvolvimento do DM tipo 2, tem influência bastante negativa sobre saúde dos diabéticos. Indivíduos com DM que fumam e consomem bebidas alcólicas têm um risco aumentado de doenças cardiovasculares, complicações microvasculares e morte prematura. O abandono do tabagismo e etilismo, por sua vez, está associado à melhora dos parâmetros metabólicos, redução da pressão arterial e da albuminúria (ADA, 2015).

O tratamento medicamentoso do diabetes é complexo podendo envolver diferentes medicações com múltiplos esquemas terapêuticos, assim como aplicações diárias de insulina exógena com o propósito de controlar a glicemia (BRASIL, 2013b).

O tratamento medicamentoso do DM tipo 1 consiste obrigatoriamente na administração da insulina, de três a quatro vezes ao dia, sendo necessária a

monitorização constante da glicemia capilar e acompanhamento pela atenção especializada (ADA, 2015; BRASIL, 2013b).

No DM tipo 2, o tratamento inicia com a prescrição dos antidiabéticos orais, sendo a metformina, o medicamento de primeira escolha. Conforme a evolução da doença, faz-se necessária a associação de outras medicações, podendo-se combinar dois antidiabéticos orais ou uma medicação oral e a insulina (BRASIL, 2013b).

2.5 DIABETES EM IDOSOS

Estima-se que cerca de 20% dos idosos com mais de 65 anos no mundo tenham diabetes, e a tendência é que esse percentual aumente nas próximas décadas (ADA, 2015). O DM tipo 2 é o mais prevalente devido ao aumento da resistência insulínica e disfunção das ilhotas pancreáticas associadas ao envelhecimento (KIRKMAN et al., 2012).

Idosos diabéticos tem uma alta taxa de morte prematura, doenças coexistentes como hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença coronariana, acidente vascular cerebral (AVC), complicações associadas com a enfermidade e são muito mais propensos a apresentar comorbidades, entre elas incapacidade física, disfunção cognitiva, quedas e fraturas, depressão, úlceras de pressão, comprometimento da visão e audição e dor desconhecida e subtratada (ADA, 2015; IDF, 2013a; SINCLAIR et al., 2012).

O tratamento do diabetes em idosos segue os mesmo princípios daquele proposto para outros grupos etários. Porém, por abranger um grupo clinicamente e funcionalmente heterogêneo, o tratamento deve ser individualizado, priorizando a segurança, a prevenção e manejo das complicações e tratamento da doença vascular (SINCLAIR et al., 2012).

O principal objetivo do tratamento do DM é o controle glicêmico. Idosos saudáveis, com boas funções física e cognitiva, se beneficiam de um controle intensivo da glicemia, da pressão arterial e do colesterol. Porém, naqueles com complicações avançadas, limitações e danos cognitivos e funcionais, o controle glicêmico deve ser menos rigoroso, objetivando evitar a hipoglicemia (ADA, 2015).

Todos os idosos diabéticos, independente do tipo de diabetes e dos níveis glicêmicos, devem ser encorajados a adotar hábitos saudáveis. O tratamento não farmacológico tem grande importância no controle da glicemia e a boa adesão muitas vezes dispensa a necessidade da introdução da medicação (BRASIL, 2013b).

O plano nutricional de idosos diabéticos deve considerar as preferências alimentares, a rotina de alimentação, cultura e incluir um cardápio variado com quantidades adequadas de vitaminas, minerais, proteínas e fibras. A prática de atividade física deve ser estimulada, desde que as condições físicas e funcionais permitam. Tabagismo e consumo de álcool devem ser abolidos (IDF, 2013b).

O tratamento medicamentoso em idosos deve estar fundamentado em decisões baseadas em uma avaliação multidimensional e estratificação dos riscos mais recorrentes como hipoglicemia, hiperglicemia e suas consequências, quedas, dor, medicamentos utilizados e eventos adversos a eles relacionados. Deve considerar também o estado funcional, comorbidades associadas, e a relação custo benefício dos medicamentos prescritos (IDF, 2013b).

Há também a serem considerados alguns fatores que podem contribuir com efeitos adversos relacionados à terapia medicamentosa em idosos tais como polifarmácia podendo ocorrer a interação medicamentosa, prescrição inadequada por parte do médico, doença renal ou hepática dificultando a metabolização da medicação, idoso que mora sozinho, déficits sensoriais visuais, auditivos e déficits cognitivos e funcionais que prejudicam o autocuidado (IDF, 2013b).

A polifarmácia, comum entre os idosos, é descrita como o uso de cinco ou mais medicamentos, tendo prevalência de 92% no Brasil e está relacionada com a idade, sexo, estado de saúde e número de morbidades (HOVSTADIUS; PETERSSON, 2012).

Como o tratamento medicamentoso é amplamente utilizado no tratamento de doenças, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os riscos que a polifarmácia acarreta e esteja apto a traçar estratégias para prevenir ou corrigir erros precocemente, tendo em vista a segurança do idoso (WHEBERTH, 2011).

2.6 DEPRESSÃO EM IDOSOS DIABÉTICOS

A depressão é um distúrbio psiquiátrico amplamente prevalente na população. Caracteriza-se por humor deprimido, anedonia, sentimento de culpa, baixa autoestima, diminuição da energia e das atividades, dificuldade de concentração e perturbação do sono e/ou apetite, podendo variar entre episódios leves e mais graves (IBGE, 2014a; OMS, 2012).

Assim como o DM, é um distúrbio que apresenta alta prevalência mundial, afetando cerca de 350 milhões de pessoas, constituindo um relevante problema de saúde pública por ser considerada grave causa de suicídio e incapacidade em ambos os sexos (OMS, 2012).

Segundo a OMS (2012), alguns fatores de risco favorecem a expressão dos sintomas depressivos. Com relação ao gênero, as mulheres são duas a três vezes mais acometidas pelo transtorno. Idade avançada, baixo nível sócio econômico e educacional, exposição à violência, e ser separado ou divorciado especialmente os homens, são fatores desencadeadores dos sintomas da depressão, assim como a presença de comorbidades e predisposição genética (PARADELA, 2011).

A avaliação da depressão torna-se difícil devido ao limite impreciso entre as formas clínica, subclínica e não patológica. Nos indivíduos com doenças clínicas graves, há uma dificuldade ainda maior em razão da sobreposição dos sintomas depressivos e das reações normais do indivíduo frente à situação de vida que a doença impõe (SBD, 2014).

Estudo de Stopa et al. (2015) com o objetivo de descrever a prevalência do autorrelato de diagnóstico médico prévio de depressão na população adulta brasileira segundo fatores sociodemográficos, analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) conduzida em 2013. Foram entrevistados 60.202 indivíduos. Os resultados evidenciaram que 11.179 pessoas (7,6%) referiram, em algum momento da vida, ter recebido o diagnóstico de depressão, sendo a maior prevalência encontrada entre mulheres (10,9%), em indivíduos na faixa de 60 a 64 anos (11,1%), em brancos (9%), com ensino superior completo (8,7%) e residentes na área urbana (8%) (STOPA et al., 2015).

A depressão é dentre os transtornos de humor o mais frequente entre idosos sendo muitas vezes subdiagnosticada já que seus sintomas são frequentemente considerados típicos do processo de envelhecimento, levando a um quadro de cronicidade. Por isso, nessa perspectiva, é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados e atentos para reconhecer os sinais e sintomas nesta faixa

etária, já que nesses indivíduos, a depressão tende a se manifestar através de sintomas somáticos e cognitivos, como sensação de perda de memória, esquecimento, falta de energia, diminuição da libido, alterações de sono e apetite e dores difusas (PARADELA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a prevalência da depressão em idosos brasileiros oscila entre 4,7% a 36,8%. Essa variação se deve à diversidade de instrumento utilizada para o rastreio e seus diferentes pontos de corte e da manifestação dos sintomas (BRASIL, 2007).

Estudo conduzido em Pernambuco verificou que 49 (16,3%) dos 301 idosos avaliados através da Escala de depressão geriátrica (GDS) apresentaram sintomas depressivos, sendo a maioria do sexo feminino (16,7,4%), com idade entre 70 e 79 anos (18,1%), separados (as) ou divorciados (as) (20,7%), com um a quatro anos de estudo (20%) e sem renda (30,4%) (AGUIAR et al., 2014).

Estudo realizado por Nogueira e colaboradores (2014) encontrou uma prevalência de depressão em 179 (30,6%) de 621 idosos provenientes de 27 equipes de saúde da família de Porto Alegre. Os preditores mais significativos para a depressão foram sexo feminino, baixa escolaridade principalmente o analfabetismo e baixa renda.

A depressão, quando associada a outras comorbidades, tende a influenciar negativamente a evolução do quadro clínico e a adesão aos tratamentos prescritos, a piorar a qualidade de vida contribuindo para uma situação deteriorante e a aumentar a mortalidade (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Estudos comprovam que existe uma forte associação entre a depressão e o DM, ocorrendo de modo bidirecional, já que tanto o DM desencadeia sintomas depressivos, quanto a depressão favorece o desenvolvimento do DM. A presença simultânea dessas comorbidades está associada com pior declínio cognitivo do que o observado nos indivíduos que apresentam apenas DM (DANNA et al.; 2016; FERREIRA et al., 2015; ISLAM et al., 2015; MUT-VITCU et al., 2016; WILTINK et al., 2014).

Algumas características têm sido associadas à alta prevalência da depressão na população geral e esta associação também aponta para risco aumentado de depressão entre diabéticos. Estes fatores incluem ser do sexo feminino, jovem e idoso, morar sozinho, ter baixo suporte social e baixo status sócio econômico (ROY; LLOYD, 2012). Por outro lado, indivíduos diabéticos que fazem uso de insulina e

apresentam complicações agudas e/ou crônicas tem um maior risco de desenvolver sintomas depressivos, pois as complicações podem provocar incapacidade funcional (IDF, 2013a; LLOYD et al., 2012).

Leone et al. (2012) através de seu estudo, avaliaram a relação entre a presença das comorbidades DM e depressão e o status sócio econômico em países de baixa e média renda. Os resultados apontaram que uma alta prevalência de depressão entre diabéticos está associada ao sexo e idade, sendo mulheres e idosos mais acometidos, baixa renda familiar, desemprego ou dependência financeira, viver sozinho, ter baixo suporte social. A severidade e tempo de duração do DM também mantiveram estreita relação com a depressão.

Contudo, os indivíduos diabéticos que apresentam sintomas depressivos tendem a apresentar um pior controle glicêmico, baixa adesão à dieta saudável e atividade física, aumento do tabagismo e consumo de álcool e monitoramento da glicemia pouco ou nada frequente (ROY; LLOYD, 2012).

A baixa adesão ao autocuidado tem como consequências a presença de sérias complicações tais como: a retinopatia, neuropatia, nefropatia, doença cardiovascular, disfunção sexual, comprometendo a capacidade funcional do indivíduo, aumentando o número de hospitalizações e culminando em morte prematura (WEINGER, BEVERLY, SMALDONE, 2014).

2.7 ADESÕES ÀS ATIVIDADES DO AUTOCUIDADO DO DIABETES

Em 2003, a OMS definiu adesão como "o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida". No mesmo ano essa definição foi complementada e tornou-se possível quantificar o seguimento das prescrições. A adesão passa a ser compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

A adesão é um fenômeno multifatorial, sendo determinada por cinco dimensões relacionadas a fatores socioeconômicos, ao sistema de saúde, ao

paciente, ao tratamento e à condição. A não adesão ao tratamento tem prevalência aproximada de 50% nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

Cabe destacar que nos países de baixa e média renda, os fatores socioeconômicos tem forte impacto sobre a adesão, pois dispõem de recursos limitados para atender as necessidades da população. Pobreza, analfabetismo, desemprego, redes de suporte sociais pouco efetivas, condições instáveis de vida, unidades de saúde distantes, altos custos de medicação e transporte, cultura, crenças sobre doença e tratamento e desestruturação familiar afetam sobremaneira a adesão ao tratamento. Raça, idade, sexo também tem influência na adesão. (OMS, 2003).

Rolnick et al. (2013), realizaram um estudo para avaliar o perfil do paciente aderente ao tratamento de oito condições crônicas de saúde, entre elas asma/doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, depressão, DM, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, esclerose múltipla e osteoporose. Foram avaliados 15.334 pacientes maiores de 18 anos. Verificou-se que a adesão foi mais prevalente em indivíduos brancos e moradores de áreas de alto padrão socioeconômico. Com relação ao diabetes, a taxa de adesão foi de 51%, sendo que os homens foram mais aderentes ao tratamento.

Dos fatores relacionados às equipes e sistema de saúde, os serviços de saúde ineficientes, má distribuição de medicamentos, profissionais desmotivados, despreparados e sobrecarregados, consultas de curta duração, falta de grupos de educação em saúde para pacientes tem efeito negativo sobre a adesão (OMS, 2003; SANTOS, M. V. R. et al., 2013b).

Para a OMS (2003), os fatores relacionados à condição refletem as necessidades relacionadas à doença do indivíduo tais como: a evolução e agravamento da doença e de seus sintomas, grau de incapacidade física, psicológica ou social, presença de comorbidades e disponibilidade do tratamento.

Existem vários eventos relacionados ao tratamento que tem influência sobre a adesão. São eles a complexidade da prescrição, duração do tratamento, quantidade e custo dos medicamentos, efeitos adversos e a frequência do uso dos medicamentos (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015; OMS, 2003).

Estudo realizado por Bagonza; Rutebemberwa e Bazeio (2015) investigou os fatores relacionados à adesão ao tratamento do diabetes em 521 adultos diabéticos na Uganda. Destes, 433 (83,3%) eram aderentes ao tratamento. A alta adesão foi

associada a tratamento com duração de três anos ou mais, uso de insulina, disponibilidade da medicação, não uso de medicina alternativa, educação relacionada ao diabetes e ter alguém para lembrar o horário da medicação.

Já nos Emirados Árabes, dos 132 pacientes avaliados, a não adesão esteve presente em 21 (16%) indivíduos. Dentre os aderentes, a maioria era do sexo masculino, graduado ou pós-graduado, com mais de cinco anos de diagnóstico de diabetes, bom conhecimento a respeito da doença e do tratamento e mantinham bom relacionamento com o médico (ARIFULLA et al., 2014).

As variáveis relacionadas ao paciente que tem forte influência sobre a adesão são a percepção e conhecimento da doença e do tratamento, autocuidado, automedicação, motivação, experiência da família com a doença, comparecimento à consulta, esquecimento do medicamento, entendimento e cumprimento das normas e prescrições dos serviços de saúde (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015; OMS, 2003).

Por se tratar de uma doença crônica cuja evolução está comumente associada ao aparecimento de complicações, o DM exige que os pacientes desenvolvam habilidades de enfrentamento da doença e conseqüentemente uma forte adesão ao autocuidado (ROY, LLOYD, 2012).

O autocuidado é compreendido como um rol de atividades voluntárias e intencionais, desempenhadas pelo indivíduo em seu benefício próprio com a finalidade de manutenção da vida, do bem estar e da saúde. Estão relacionados a fatores que podem prejudicar a capacidade do indivíduo de desempenhá-lo como a idade, sexo, estado de saúde, cultura, padrões sócio econômico, fatores familiares e ambientais, motivação, recursos adequados e disponíveis e sistema de atendimento à saúde (BUB et al., 2006).

Ter habilidades para superar e enfrentar fases difíceis do tratamento e prevenir riscos é fundamental para que os indivíduos com DM incorporem as atividades de autocuidado em seu cotidiano, tendo em vista a necessidade de adaptação dessas atividades às alterações psicológicas e fisiológicas e presença de complicações e comorbidades (WEINGER, BEVERLY, SMALDONE, 2014).

O autocuidado do DM é complexo, abrangendo um plano de atividades que demandam disciplina para seguir um regime alimentar balanceado, prática de atividade física regular, gerenciamento das medicações considerando doses e horários da prescrição médica, monitorização da glicemia conforme recomendação

dos profissionais de saúde, exame dos pés e visitas regulares ao serviço de saúde (ROY, LLOYD, 2012).

Ademais, a competência para o autocuidado se estabelece quando o indivíduo se torna capaz de reconhecer situações ou fatores que devem ser controlados ou gerenciados a fim de regular o próprio funcionamento e desenvolvimento (OREM, 2001), tornando-se essencial ao paciente idoso, tendo em vista as transformações decorrentes do envelhecimento e da evolução da doença.

Conhecer a realidade acerca do autocuidado em idosos, as habilidades para a realização dessas atividades, os fatores inerentes ao déficit de autocuidado, constituem questão relevante para a elaboração de um plano assistencial cujo principal objetivo seja o controle glicêmico e a prevenção ou adiamento das complicações (OMS, 2003).

Medir a adesão ao tratamento do DM torna-se difícil, devido à complexidade do regime terapêutico, integrado por atividades do autocuidado variadas, sendo necessários instrumentos confiáveis e válidos para sua avaliação (TOOBERT; HAMPSON; GLASGOW, 2000).

O Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA), um dos instrumentos mais utilizados para investigar a adesão ao autocuidado dos diabéticos da população geral (GONZALES,2008), foi validado por Toobert e Glasgow (1994) e teve a confiabilidade avaliada por Toobert, Hampson e Glasgow (2000).

No Brasil, o SDSCA foi traduzido e adaptado por Michels et al (2010), passando a ser denominado Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes (QAD), um instrumento válido e confiável para medir a adesão ao autocuidado em indivíduos diabéticos. Nesse estudo, o QAD foi utilizado para avaliar a adesão ao autocuidado em idosos diabéticos no município de Uberaba - MG.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores que interferem na adesão às atividades de autocuidado de idosos com diabetes, na cidade de Uberaba – MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico, econômico e clínico segundo as variáveis: sexo, idade, renda, escolaridade, polifarmácia e morbidades dos idosos com diabetes.
- Analisar a prevalência do indicativo de sintomas depressivos em idosos com diabetes.
- Mensurar a adesão às atividades de autocuidado segundo o Questionário das atividades de autocuidado do diabetes, de acordo com os domínios: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés e medicação.
- Verificar a interferência dos fatores sociodemográficos, clínicos e de sintomas depressivos na adesão ao autocuidado dos idosos com diabetes de Uberaba-MG.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo com abordagem quantitativa; tipo inquérito domiciliar; analítico, transversal e observacional. Desenvolvido como parte do estudo maior “Sintomas depressivos, fatores associados e acesso aos serviços de saúde entre idosos residentes no Triângulo Sul Mineiro”, pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida na área urbana da cidade de Uberaba - MG, localizada ao sul do Triângulo Mineiro, sendo o município pólo da macrorregião Triângulo Sul, composta por 27 municípios.

Uberaba apresenta uma área territorial de 4.523,957 Km², densidade demográfica de 65,43 hab./km², taxa de urbanização de 97,77% e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,834. Está dividida em três distritos sanitários (IBGE, 2010; PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2014).

Em 2012, a população estimada era de 302.623 habitantes, sendo que destes, 38.202 eram idosos, correspondendo a 12,62% da população. Do total de idosos, 21.823 (57,13%) eram mulheres e 16.379 (42,87%), homens (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2014).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA

Para a definição da população da área urbana foi utilizada a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio, descrito no item cálculo amostral e seleção da amostra.

A população foi composta por idosos residentes na zona urbana de Uberaba - MG, com 60 anos ou mais, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento e que obtiveram pontuação de corte na avaliação cognitiva.

Dentre os 769 idosos, foram selecionados 140 que autorreferiram diagnóstico de DM. Portanto, a amostra compreendeu todos os idosos diabéticos, com 60 anos ou mais e que obtiveram pontuação de corte na avaliação cognitiva, de acordo com a escolaridade.

4.3.1 Critérios de inclusão

Para a condução da presente investigação, foram incluídos os idosos que atenderam aos critérios: ter idade de 60 anos ou mais, ambos os sexos, autorreferir ter o diagnóstico de DM e ter obtido pontuação de corte na avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo A).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram considerados critérios de exclusão: ter apresentado declínio cognitivo e não autorreferir diagnóstico de DM.

4.3.3 Cálculo amostral e seleção da amostra

Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se uma prevalência de depressão de 28,0%, considerando outros estudos com idosos na comunidade, com

precisão de 1,5% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 36.703 idosos, chegando-se a uma amostra de 769 idosos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número máximo de tentativas de entrevistas foi de 855.

Para a seleção dos idosos, foi considerado no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município por meio de amostragem sistemática organizando uma listagem única dos setores, mas identificando o bairro a que pertence. O intervalo amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula a seguir: $IA = Ncs/ncs$; onde Ncs é o número total de setores censitários e ncs o número setores censitários sorteados (208 setores). O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais conforme IA.

No segundo estágio, a quantidade de domicílios foi dada pelo número de tentativas calculado anteriormente ($n=855$). Em seguida foi dividido esta quantidade de domicílios pela quantidade de setores censitários sorteados (208 setores) de tal forma que obteve-se uma quantidade semelhante dentro de cada setor censitário (4,1, ou seja, aproximadamente 4 idosos por setor). Por último, dentro de cada setor censitário, o primeiro domicílio do setor e os demais de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, até saturar a amostra daquele setor (Figura 1).

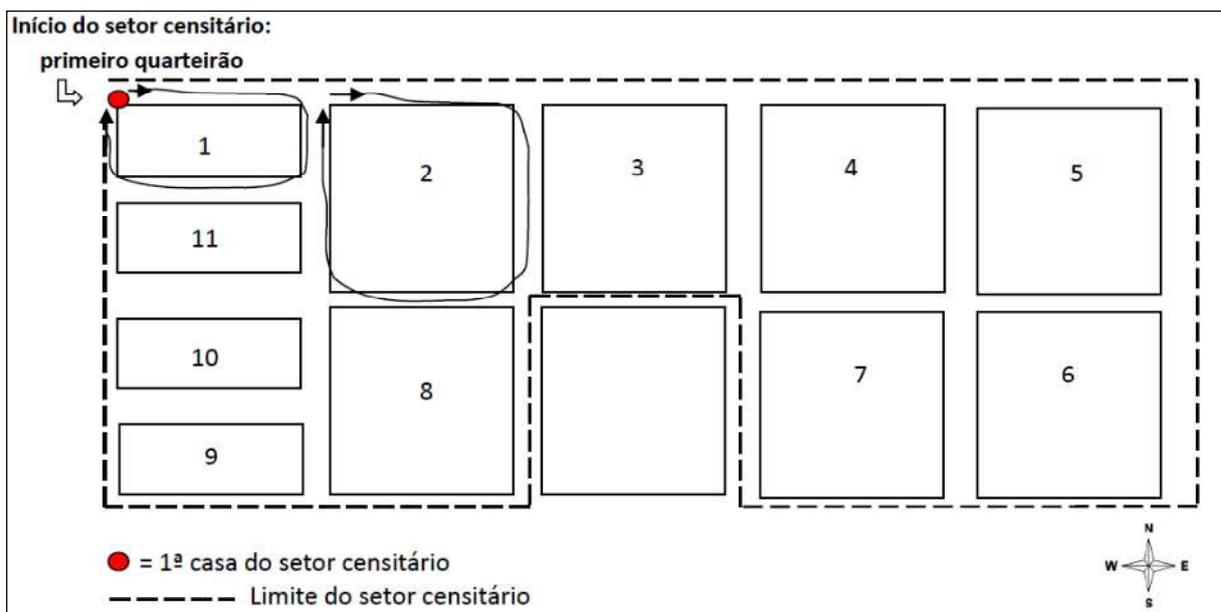


Figura 1. Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.

Foram entrevistados 769 idosos. Destes, 153 apresentaram declínio cognitivo e foram excluídos da pesquisa. Dos 616 idosos que atenderam aos critérios de inclusão e se apresentaram aptos para a entrevista, 140 autorreferiram o diagnóstico de DM, conforme estabelecido nos critérios de inclusão deste trabalho. Portanto a amostra desse estudo foi composta de 140 idosos.

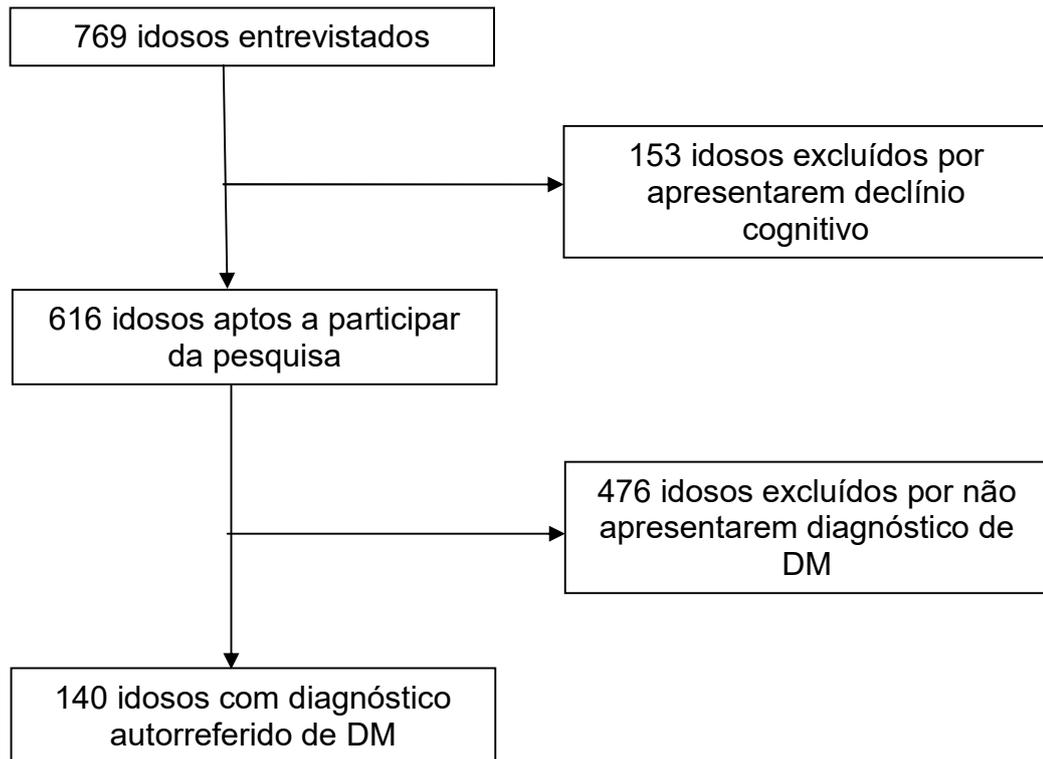


Figura 2. Composição da amostra.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada no período de março a julho de 2016 e conduzida por entrevistadores no domicílio dos idosos para que fossem minimizadas possíveis dificuldades relacionadas à leitura e compreensão dos instrumentos de coleta.

Os entrevistadores, grupo composto por alunos de graduação, mestrado e doutorado, foram treinados quanto ao preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados e a forma de abordar o entrevistado.

Reuniões sistemáticas foram realizadas entre os pesquisadores e entrevistadores para treinamento, acompanhamento e orientações da coleta dos dados.

As supervisões acerca do preenchimento e consistência dos itens para a garantia do controle de qualidade foi realizada pelos supervisores de campo. Quando necessário, as entrevistas foram devolvidas aos entrevistadores para que complementassem ou corrigissem algumas informações.

Reuniões sistemáticas também foram realizadas entre o pesquisador responsável e supervisores de campo para treinamento, acompanhamento e orientações.

Após a finalização da coleta de dados, os pesquisadores procederam à digitação e consolidação do banco de dados.

4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a condução dessa pesquisa, foram utilizados seis instrumentos de coleta de dados, descritos abaixo:

4.5.1 Identificação e caracterização sócio econômica e demográfica

A caracterização sociodemográfica dos idosos foi realizada por meio do instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM, que contemplou as variáveis idade, sexo, escolaridade, estado conjugal e renda (Apêndice A).

4.5.2 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Utilizado para avaliação cognitiva dos idosos, foi aplicado logo após a coleta dos dados de identificação. O MEEM foi traduzido e validado no Brasil e é composto por questões referentes à orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial (BERTOLUCCI et al., 1994). Seu escore varia de 0 a 30 pontos, no qual o 0 indica o pior desempenho cognitivo e 30 indica a melhor capacidade cognitiva. O ponto de corte considera a escolaridade do idoso: 13 para analfabetos, 18 para 1 a 11 anos de estudo e 26 para acima de 11 anos (BERTOLUCCI et al., 1994) (Anexo A).

4.5.3 Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ)

As morbidades autorreferidas foram avaliadas a partir dos dados referentes aos 26 itens contemplados no BOMFAQ (RAMOS et al., 1998) (ANEXO B).

O questionário original foi produzido pela Older Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela Duke University (1978) e foi adaptado no Brasil por Ramos e colaboradores em 1987. A metodologia OARS foi desenvolvida para avaliar a funcionalidade de idosos em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida: recursos sociais, recursos econômicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária. Mede ainda a utilização e necessidade percebida de vários tipos de serviços, permitindo a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços (RODRIGUES, 2008).

4.5.4 Uso de medicações

O uso de medicações foi avaliado através de um instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM. As informações coletadas foram: nome do princípio ativo, apresentação, dosagem e quantidade da medicação utilizada por dia. O objetivo foi verificar a polifarmácia nos idosos (Apêndice B).

4.5.5 Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD)

O QAD possui 15 itens distribuídos em 6 domínios/dimensões de avaliação do autocuidado com o diabetes: alimentação geral (com dois itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidado com os pés (três itens) e uso da medicação (três itens, preenchidos conforme prescrição e uso dos medicamentos). Apresenta também três itens para avaliação do tabagismo: se fumou nos últimos sete dias (sim ou não), quantidade de cigarros que fuma num dia e quando fumou o último cigarro. As respostas do questionário indicam a frequência com que os entrevistados realizam as atividades nos sete dias anteriores e variam de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e 7 a mais favorável. Os valores são invertidos nos itens do domínio alimentação específica que se referem ao consumo de doces e alimentos ricos em gordura, sendo 0 a condição ideal e 7 a menos favorável (MICHELS et al., 2010). Foi traduzido e adaptado à realidade brasileira por Michels e colaboradores em 2010 (Anexo C).

4.5.6 Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS - 15)

O indicativo de presença de sintomas depressivos foi mensurado por meio da GDS-15, utilizada para rastreio de sintomas de depressão em idosos. Foi proposta por Yesavage em 1986 e validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999), sendo

constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não). Para este estudo, foi considerado indicativo de presença de sintomas depressivos quando ocorreu escore superior a cinco (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) (Anexo D).

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Socioeconômicas: sexo (masculino ou feminino); grupo etário, em anos (60-79, 80 anos e mais); estado conjugal (tem companheiro, não tem companheiro); escolaridade, em anos de estudo; renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-|3; 3-|5; >5).
- Morbidades autorreferidas: sim ou não (reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite, tuberculose, embolia, hipertensão arterial, má circulação, problemas cardíacos, diabetes mellitus, obesidade, acidente vascular encefálico, Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, sequela acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problema de visão).
- Número de morbididades autorreferidas.
- Polifarmácia: sim (quando faz uso de cinco ou mais medicações) ou não (quando faz uso de uma a quatro medicações).
- Indicativo de sintomas depressivos: sim ou não.
- Adesão às atividades de autocuidado do DM através do QAD, dada pela média de dias da semana em que cada atividade foi realizada.

4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi construída uma planilha no programa Excel®. Os dados coletados foram digitados por duas pessoas, em dupla entrada, para posterior verificação da existência de erros de transcrição. Procedeu-se então, à consolidação dos bancos de dados. Quando houve dados inconsistentes esses foram verificados, na

entrevista original e realizada a correção. Os dados foram exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, para proceder à análise.

Para atender ao primeiro, segundo e terceiro objetivos os dados foram submetidos à análise descritiva por meio das frequências relativa e absoluta para variáveis categóricas e medidas de tendência central (mediana, média e desvio padrão) para variáveis quantitativas.

A análise bivariada incluiu o teste t para grupos independentes definidos por variáveis dicotômicas, ao passo que correlações de Pearson (variáveis quantitativas) e Spearman (variáveis ordinais) foram utilizados para medir correlações entre variáveis demográficas, clínicas e adesão. Para a análise das correlações de Pearson e Spearman, considerou-se como fraca uma correlação correspondente a um coeficiente r entre 0 e 0,29, moderada entre 0,3 e 0,49 e forte entre 0,5 e 1 (COHEN, 1988).

A análise da contribuição simultânea de preditores demográficos e clínicos sobre a adesão incluiu a análise de regressão linear múltipla. Esse trabalho considerou o nível de significância de 0,05.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto teve parecer número 2.295.596 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Apêndice C), atendendo aos preceitos da legislação brasileira para pesquisas com seres humanos. Utilizaram-se as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

Os idosos foram contatados em domicílio e informados a respeito do conteúdo e objetivos da pesquisa. Após a concordância em participar da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE - Apêndice D), procedeu-se às entrevistas.

Os entrevistados não foram identificados ao longo da pesquisa e não sofreram danos de ordem física e psicológica.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.

A amostra foi composta por 140 idosos que autorreferiram diagnóstico de diabetes. Verificou-se que: 100 (71,4%) indivíduos eram do sexo feminino, com idade média de 70,8(\pm 6,7) anos, predomínio de idosos jovens, compreendendo 122 (87,1%) idosos, 80 (57,1%) sem companheiro, com média de escolaridade de 5,1(\pm 4,2) anos e 63 (45%) idosos tiveram renda mensal individual de um salário mínimo. Os dados sociodemográficos estão apresentados na tabela 1 que se segue.

Tabela 1 - Distribuição de idosos com DM autorreferido, segundo as variáveis sociodemográficas, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%	mín.	máx.	média	DP*
Idade			60	88	70,8	6,7
Sexo						
Masculino	40	28,6				
Feminino	100	71,4				
Grupo etário						
Idosos jovens (60 - 79 anos)	122	87,1				
Idosos muito velhos (80 anos e mais)	18	12,9				
Estado conjugal						
Tem companheiro	60	42,9				
Não tem companheiro	80	57,1				
Escolaridade (em anos de estudo)			0	18	5,1	4,2
Renda individual (em salários mínimos[†])						
sem renda	11	7,9				
< 1	1	0,7				
1	63	45				
1 + 3	50	35,7				
3 + 5	9	6,4				
> 5	6	4,3				

*desvio padrão, † valor correspondente ao salário mínimo em 2016: R\$880,00 (DIEESE).

Fonte: A autora, 2016.

Em relação às variáveis clínicas, a média individual de morbidades é 7,6 ($\pm 3,7$), sendo que as mais frequentes foram hipertensão arterial (90%), problemas de visão (55,7%), problemas de coluna (51,4%), problemas para dormir (43,6%), artrite/artrose (40,7%) e dislipidemia (40%), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das morbidades de idosos diabéticos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Morbidades	N	%
Reumatismo	32	22,9
Artrite/artrose	57	40,7
Osteoporose	28	20
Asma ou bronquite	13	9,3
Tuberculose	0	0
Embolia	0	0
Pressão alta	126	90
Má circulação (varizes)	50	35,7
Problemas cardíacos	53	37,9
Diabetes	140	100
Obesidade	35	25
Derrame	9	6,4
Parkinson	2	1,4
Incontinência urinária	27	19,3
Incontinência fecal	7	5
Prisão de ventre	17	12,1
Problemas para dormir	61	43,6
Catarata	31	22,1
Glaucoma	12	8,6
Problemas de coluna	72	51,4
Problema renal	21	15
Sequela acidente/trauma	8	5,7
Tumores malignos	3	2,1
Tumores benignos	3	2,1
Problema de visão	78	55,7
Dislipidemia	56	40
Hipotireoidismo	23	16,4
Labirintite	10	7,1

Fonte: A autora, 2016.

Outro aspecto importante a ser destacado é a média de consumo de medicamentos por indivíduo que foi de 5,7 ($\pm 2,9$). Considerando a polifarmácia, 85 indivíduos (60,7%) faziam uso de cinco ou mais medicamentos e o indicativo de

presença de sintomas depressivos esteve presente em 37 (26,4%) idosos. Os dados estão apresentados na tabela 3 abaixo.

Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis clínicas de idosos diabéticos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%	mínimo	máximo	média	DP*
Morbidades			1	18	7,6	3,7
Polifarmácia						
Não	55	39,3				
Sim	85	60,7				
Indicativo de presença de sintomas depressivos						
sim	37	26,4				
Não	103	73,6				

*desvio padrão.

Fonte: A autora, 2016.

5.2 ADESÃO ÀS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DO DIABETES POR IDOSOS

A tabela 4 que se segue mostra a adesão às atividades de autocuidado do DM, dada pela média de dias em que as atividades foram realizadas. A avaliação da adesão em cada um dos itens do QAD permitiu comparar as médias entre todas as atividades. Nos idosos avaliados, as maiores médias de adesão foram observadas nos itens "tomar o número indicado de comprimidos do diabetes" ($6,6 \pm 1,2$), "tomar injeções de insulina conforme recomendado" ($6,2 \pm 2,0$), "secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los" ($4,6 \pm 3,2$), "seguir uma dieta saudável" ($4,5 \pm 2,7$), "ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais" ($4,4 \pm 2,7$), "ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral" ($4,4 \pm 2,8$) e os itens com as menores médias foram "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)" ($0,9 \pm 1,9$), "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" ($1,2 \pm 2,2$), "avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado" ($1,2 \pm 2,3$), "ingerir doces" ($1,3 \pm 1,7$) e finalmente "avaliar o açúcar no sangue" ($1,4 \pm 2,3$). Conforme já mencionado, os valores são invertidos nos itens do domínio alimentação específica que se referem ao consumo de doces e alimentos ricos em gordura, sendo 0 a condição ideal e 7 a menos favorável.

Tabela 4 - Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Variáveis				
	mín.	máx.	med.*	média [†]	DP**
1. Alimentação geral					
1.1. Seguir uma dieta saudável	0	7	5	4,5	2,7
1.2. Seguir a orientação alimentar	0	7	3	3,3	2,9
2. Alimentação específica					
2.1. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	0	7	5	4,4	2,7
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	0	7	5	4,4	2,8
2.3. Ingerir doces	0	7	1	1,3	1,7
3. Atividade física					
3.1. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	0	7	0	1,2	2,2
3.2. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	0	7	0	0,9	1,9
4. Monitorização da glicemia					
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	0	7	0	1,4	2,3
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	0	7	0	1,2	2,3
5. Cuidado com os pés					
5.1. Examinar os pés	0	7	2,5	3,4	3,3
5.2. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	0	7	1	3,1	3,3
5.3. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	0	7	7	4,6	3,2
6. Medicação					
6.2. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	0	7	7	6,2	2,0
6.3. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	0	7	7	6,6	1,2

*mediana, † média em dias por semana para as atividades de autocuidado, **desvio padrão.

Fonte: A autora, 2016.

Outro achado importante diz respeito ao tabagismo, sendo que 124 (88,6%) idosos responderam que não fumaram nenhum cigarro nos últimos sete dias. Desses, 94 (67,1%) afirmaram que nunca fumaram e 30 (21,4%) disseram que fumaram o último cigarro há mais de dois anos. Dos 16 (11,4%) que afirmaram serem fumantes, todos relataram ter fumado o último cigarro no dia em que foram entrevistados e fumam em média 17,1 ($\pm 17,3$) cigarros por dia. Os valores estão apresentados na tabela 5 que se segue.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos diabéticos segundo o item tabagismo do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Variáveis						
	N	%	mín.	máx.	med.*	média [†]	DP**
7.1 Fumou cigarro nos últimos sete dias							
Sim	16	11,4					
Não	124	88,6					
7.2 Número de cigarros que fuma por dia			3	60	10	17,1	17,3
7.3 Quando fumou o último cigarro							
Nunca fumou	94	67,1					
Há mais de dois anos atrás	30	21,4					
Um a dois anos atrás	0	0					
Quatro a dose meses atrás	0	0					
Um a três meses atrás	0	0					
No último mês	4	2,9					
Hoje	12	8,6					

*mediana, †média em dias por semana para as atividades de autocuidado, **desvio padrão.

Fonte: A autora, 2016.

5.3 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DO DIABETES POR IDOSOS

As associações entre variáveis sociodemográficas e clínicas e as atividades de autocuidado do diabetes foram analisadas de acordo com a natureza da variável. Para as variáveis dicotômicas sexo, grupo etário, presença de sintomas depressivos, polifarmácia e estado conjugal, utilizou-se o teste t. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para as variáveis numéricas escolaridade e número de morbidades e o teste de Spearman, para a variável ordinal renda.

A tabela 6 mostra que nos itens "realizar atividade física por pelo menos 30 minutos" ($p=0,04$), "tomar injeções de insulina conforme recomendado" ($p=0,02$) e "tomar o número indicado de comprimidos para o diabetes" ($p=0,02$), houve diferença significativa entre os sexos com relação à adesão, sendo que nesses itens os homens apresentaram médias superiores em relação às mulheres. Nos demais itens não houve diferença significativa.

Tabela 6. Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo o sexo, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Sexo						
	Homes			Mulheres			p**
	N	Méd. [†]	DP*	N	Méd. [†]	DP*	
1. Alimentação geral							
1.1. Seguir uma dieta saudável	40	4,7	2,8	100	4,5	2,6	0,69
1.2. Seguir a orientação alimentar	40	3,3	3,0	100	3,3	2,9	0,96
2. Alimentação específica							
2.1. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	40	3,9	2,7	100	4,6	2,6	0,15
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	40	4,2	2,8	100	4,4	2,8	0,65
2.3. Ingerir doces	40	1,1	1,7	100	1,3	1,7	0,51
3. Atividade física							
3.1. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	40	1,9	2,6	100	0,9	2	0,04
3.2. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	40	0,8	1,9	100	0,9	1,9	0,92
4. Monitorização da glicemia							
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	40	1,7	2,5	100	1,3	2,2	0,37
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	40	1,2	2,2	100	1,2	2,3	0,84
5. Cuidado com os pés							
5.1. Examinar os pés	40	3,5	3,3	100	3,3	3,3	0,83
5.2. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	40	3,5	3,3	100	2,9	3,3	0,39
5.3. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	40	5,3	3	99	4,4	3,3	0,14
6. Medicação							
6.2. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	9	7	0	24	5,9	2,3	0,02
6.3. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	38	7	0,2	95	6,7	1,3	0,02

†média em dias por semana para as atividades de autocuidado, *desvio padrão, p<0,05.

Fonte: A autora, 2016.

Com relação às médias de adesão nas atividades de autocuidado do diabetes segundo o grupo etário apresentadas na tabela 7 que se segue, os dados apontam que não houve diferença estatisticamente significativa na adesão às atividades do autocuidado entre idosos jovens e idosos muito velhos, indicando que a idade não interfere na adesão de nenhuma dessas atividades.

Tabela 7. Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo o grupo etário, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Grupo etário						
	idosos jovens			Idosos muito velhos			p**
	N	Méd. [†]	DP*	N	Méd. [†]	DP*	
1. Alimentação geral							
1.1. Seguir uma dieta saudável	122	4,4	2,7	18	5,2	2,4	0,221
1.2. Seguir a orientação alimentar	122	3,3	2,9	18	3,1	2,9	0,795
2. Alimentação específica							
2.1. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	122	4,4	2,7	18	4,2	2,4	0,809
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	122	4,4	2,8	18	3,9	2,7	0,433
2.3. Ingerir doces	122	1,2	1,6	18	1,7	2,3	0,384
3. Atividade física							
3.1. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	122	1,1	2,1	18	1,9	2,9	0,233
3.2. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	122	0,8	1,8	18	1,2	2,5	0,487
4. Monitorização da glicemia							
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	122	1,4	2,3	18	1,2	2,2	0,643
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	122	1,3	2,3	18	0,7	1,7	0,321
5. Cuidado com os pés							
5.1. Examinar os pés	122	3,4	3,3	18	3,3	3,2	0,951
5.2. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	122	3,1	3,3	18	3,3	3,2	0,741
5.3. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	121	4,7	3,2	18	4,6	3,1	0,967
6. Medicação							
6.2. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	33	6,2	2	0	0	0	
6.3. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	117	6,7	1,2	16	7	0	0,343

†média em dias por semana para as atividades de autocuidado, *desvio padrão, **p<0,05.

Fonte: A autora, 2016.

A tabela 8 mostra que no item "tomar o número indicado de comprimidos do diabetes " (p=0,048), houve diferença significativa de médias considerando o estado conjugal. Apenas nesse item, aqueles que tem companheiro mostraram melhor adesão quando comparados aos que não tem companheiro.

Tabela 8. Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo o estado conjugal, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Estado conjugal						
	Tem companheiro			Não tem companheiro			p**
	N	média	DP*	N	média	DP*	
1. Alimentação geral							
1.1. Seguir uma dieta saudável	60	4,6	2,6	80	4,5	2,7	0,819
1.2. Seguir a orientação alimentar	60	3,6	2,8	80	3	3	0,285
2. Alimentação específica							
2.1. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	60	4,3	2,7	80	4,4	2,6	0,756
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	60	4,6	2,7	80	4,2	2,8	0,369
2.3. Ingerir doces	60	1,5	1,8	80	1,2	1,6	0,309
3. Atividade física							
3.1. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	60	1,1	1,9	80	1,2	2,4	0,717
3.2. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	60	0,9	1,8	80	0,8	2	0,787
4. Monitorização da glicemia							
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	60	1,3	2	80	1,5	2,4	0,55
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	60	0,9	1,8	80	1,4	2,5	0,181
5. Cuidado com os pés							
5.1. Examinar os pés	60	3,3	3,3	80	3,5	3,3	0,77
5.2. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	60	3,3	3,3	80	2,9	3,3	0,521
5.3. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	60	4,6	3,2	79	4,7	3,2	0,94
6. Medicação							
6.1. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	23	6,8	2	39	2,6	3,4	0,214
6.2. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	56	6,9	0,5	71	6,5	1,8	0,048

*desvio padrão, **p<0,05.

Fonte: A autora, 2016.

Na tabela 9, o item "seguir uma dieta saudável" teve associação significativa com a renda (p=0,038). A correlação direta sugeriu que a adesão foi maior nos idosos que tinham maior renda. O item "seguir uma dieta saudável" também apresentou associação significativa com a variável número de morbidades (p=0,031), porém, a correlação inversa sugeriu que a adesão aumentou à medida que diminuiu o número de morbidades. Nos dois casos observou-se uma correlação de fraca magnitude.

O item "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" teve associação significativa com a renda ($p=0,006$) e com o número de morbidades ($p=0,003$). Os resultados apontam que idosos com maior renda foram mais aderentes a essa atividade (correlação direta, de fraca magnitude), enquanto aqueles que tiveram maior número de morbidades foram menos aderentes (correlação inversa, de fraca magnitude).

O item "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)" teve associação significativa apenas com o número de morbidades ($p=0,005$) e a correlação inversa e fraca indicou que idosos com maior número de morbidades foram menos aderentes a essa atividade.

A escolaridade teve associação estatisticamente significativa com os três itens da dimensão cuidado com os pés: "examinar os pés" ($p=0,002$), "examinar os sapatos antes de calçá-los" ($p=0,007$) e "secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los" ($p=0,028$), sendo que a correlação direta mostrou que a adesão foi maior nos idosos que apresentaram maior escolaridade. Os itens "examinar os pés" ($p=0,005$) e "examinar os sapatos antes de calçá-los" ($p=0,005$) também tiveram associação significativa com o número de morbidades indicando que houve maior adesão nos idosos com maior número de doenças. Nos três casos as correlações foram classificadas como fracas.

Tabela 9. Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo a renda, escolaridade e número de morbidades, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Renda		Escolaridade		Número de morbidades	
	r_s^*	p^{***}	r^{**}	p^{***}	r^{**}	p^{***}
1. Alimentação geral						
1.1. Seguir uma dieta saudável	,175	0,038	-0,005	0,957	-,183	0,031
1.2. Seguir a orientação alimentar	0,06	0,483	-0,016	0,854	0,034	0,687
2. Alimentação específica						
2.1. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	0,14	0,1	0,11	0,198	-0,061	0,474
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	-0,01	0,944	-0,02	0,816	0,001	0,995
2.3. Ingerir doces	-0,06	0,488	0,057	0,505	-0,077	0,366
3. Atividade física						
3.1. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	,231	0,006	-0,027	0,756	-,252	0,003
3.2. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	0,09	0,288	-0,06	0,48	-,236	0,005
4. Monitorização da glicemia						
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	0,008	0,93	0,079	0,355	-0,082	0,334
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	-0,02	0,782	0,007	0,931	-0,038	0,656
5. Cuidado com os pés						
5.1. Examinar os pés	0,151	0,074	,265	0,002	,237	0,005
5.2. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	-0,01	0,909	,228	0,007	,238	0,005
5.3. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	0,102	0,233	,187	0,028	0,15	0,079
6. Medicação						
6.1. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	0,13	0,47	0,06	0,738	0,137	0,447
6.2. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	0,03	0,736	-0,009	0,917	0,002	0,986

* r_s : coeficiente de correlação de Spearman; ** r : coeficiente de correlação de Pearson, *** $p < 0,05$.

Fonte: A autora, 2016.

Com relação à polifarmácia, houve associação significativa apenas com o item "examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los" ($p=0,045$), sendo observada maior média de adesão entre os idosos que fazem o uso de cinco ou mais medicamentos (tabela 10 a seguir).

Tabela 10. Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo a polifarmácia, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Polifarmácia						
	Sim			Não			p**
	N	média	DP*	N	média	DP*	
1. Alimentação geral							
1.1. Seguir uma dieta saudável	85	4,3	2,7	55	4,8	2,5	0,325
1.2. Seguir a orientação alimentar	85	3,6	2,9	55	2,8	2,9	0,118
2. Alimentação específica							
2.1. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	85	4,2	2,7	55	4,7	2,5	0,3
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	85	4,1	2,9	55	4,8	2,6	0,181
2.3. Ingerir doces	85	1,1	1,6	55	1,5	1,9	0,17
3. Atividade física							
3.1. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	85	1,1	2,1	55	1,3	2,4	0,474
3.2. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	85	0,8	1,8	55	0,9	2	0,632
4. Monitorização da glicemia							
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	85	1,4	2,3	55	1,5	2,3	0,762
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	85	1,2	2,2	55	1,2	2,3	0,926
5. Cuidado com os pés							
5.1. Examinar os pés	85	3,8	3,3	55	2,7	3,3	0,055
5.2. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	85	3,5	3,3	55	2,4	3,2	0,045
5.3. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	84	4,8	3,2	55	4,4	3,2	0,509
6. Medicação							
6.2. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	24	6,5	1,3	9	5,2	3	0,238
6.3. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	80	6,9	0,6	53	6,5	1,7	0,136

*desvio padrão, **p<0,05.

Fonte: A autora, 2016.

Na tabela 11, a depressão esteve significativamente associada ao item "ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais" ($p=0,039$), com maior média de adesão para idosos sem a presença de indicativo de depressão (4,5 dias/semana). Idosos que não apresentaram indicativo de depressão tiveram maiores médias de adesão nos itens "realizar atividade física por pelo menos 30 minutos" (1,4 dias/semana, $p=0,017$) e "realizar atividade física específica (caminhar, nadar, etc)" (1 dia/semana, $p=0,011$).

Tabela 11. Adesão aos itens do Questionário das Atividades de Autocuidado do Diabetes por idosos diabéticos segundo a presença de indicativo de depressão, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Presença de indicativo de depressão						p**
	Sim			Não			
	N	média	DP*	N	média	DP*	
1. Alimentação geral							
1.1. Seguir uma dieta saudável	38	3,9	3	102	4,7	2,5	0,143
1.2. Seguir a orientação alimentar	38	2,9	3	102	3,4	2,9	0,311
2. Alimentação específica							
2.1. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	38	3,6	2,8	102	4,5	2,5	0,039
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	38	4,4	3	102	4,3	2,7	0,845
2.3. Ingerir doces	38	1,1	1,2	102	1,4	1,9	0,31
3. Atividade física							
3.1. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	38	0,6	1,6	102	1,4	2,3	0,017
3.2. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	38	0,3	1,2	102	1	2,1	0,011
4. Monitorização da glicemia							
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	38	1,4	2,1	102	1,4	2,3	0,921
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	38	1,2	2,1	102	1,2	2,3	0,857
5. Cuidado com os pés							
5.1. Examinar os pés	38	4	3,3	102	3,2	3,3	0,196
5.2. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	38	2,5	3,1	102	3,3	3,3	0,166
5.3. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	37	5,2	2,8	102	4,4	3,3	0,154
6. Medicação							
6.2. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	12	6	2,1	21	6,3	2	0,696
6.3. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	35	6,7	1,2	98	6,8	1,1	0,857

*desvio padrão, **p<0,05.

Fonte: A autora, 2016.

A tabela 12 a seguir mostra a análise da contribuição simultânea dos preditores sexo, escolaridade, depressão e número de morbidades, através do modelo de regressão linear múltipla. O item "ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais" mostrou-se significativamente associado ao sexo ($p=0,041$), indicando que as mulheres tiveram uma média de adesão maior que os homens nessa atividade. O número de morbidades teve associação significativa com os itens "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" ($p=0,02$) e "realizar atividades

físicas específicas (caminhar, nadar, etc)" ($p=0,008$), indicando um aumento na adesão a essas atividades à proporção em que o número de morbidades diminui. Escolaridade e número de morbidades associaram-se significativamente aos itens "examinar os pés" ($p=0,00$ e $0,001$, respectivamente), "examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los" ($p=0,001$ e $0,00$, respectivamente) e "secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los" ($p=0,018$ e $0,027$, respectivamente), apontado que à medida que a escolaridade e o número de morbidades aumenta, aumenta também a adesão das atividades de cuidado com os pés. O item "examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los" apresentou associação significativa com a depressão ($p=0,039$), indicando que a média de adesão aumentou à medida que os sintomas depressivos diminuíram.

Tabela 12. Modelo final de regressão linear múltipla para os preditores associados à adesão das atividades de autocuidado do diabetes, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Preditores							
	Sexo		Escolaridade		Depressão		Número de morbididades	
	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}	β^*	p^{**}
1. Alimentação geral								
1.1. Seguir uma dieta saudável	0,022	0,802	-0,028	0,741	0,101	0,251	-0,168	0,062
1.2. Seguir a orientação alimentar	-0	0,976	-0,011	0,898	0,099	0,264	0,057	0,532
2. Alimentação específica								
2.1. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	0,179	0,041	0,116	0,169	0,192	0,027	-0,044	0,615
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	0,039	0,667	-0,018	0,841	-0,013	0,885	-0,014	0,874
2.3. Ingerir doces	0,093	0,299	0,054	0,534	0,067	0,447	-0,077	0,397
3. Atividade física								
3.1. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	-0,13	0,125	-0,071	0,395	0,105	0,218	-0,204	0,02
3.2. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	0,081	0,345	-0,088	0,293	0,135	0,117	-0,236	0,008
4. Monitorização da glicemia								
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	-0,07	0,465	0,064	0,458	-0,019	0,829	-0,062	0,496
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	-0,01	0,934	0,002	0,984	0,006	0,947	-0,034	0,706
5. Cuidado com os pés								
5.1. Examinar os pés	-0,07	0,406	0,298	0	-0,064	0,434	0,28	0,001
5.2. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	-0,1	0,215	0,259	0,001	0,17	0,039	0,339	0
5.3. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	-0,17	0,052	0,199	0,018	-0,103	0,228	0,194	0,027
6. Medicação								
6.1. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	-0,3	0,119	0,06	0,739	0,073	0,694	0,236	0,22
6.2. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	-0,14	0,136	-0,018	0,835	0	0,997	0,033	0,723

* β : coeficiente de regressão linear padronizado; ** $p < 0,05$.

Fonte: A autora, 2016.

6. DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.

A média de idade dos 140 idosos estudados foi 70,8(\pm 6,65) anos, sendo que destes, 87,1% encontraram-se na faixa etária de 60 a 79 anos, classificados como idosos jovens. Esses achados são similares aos encontrados em outros estudos com idosos da comunidade nas cidades de Fortaleza - CE, São Paulo - SP, Blumenau - SC e Ribeirão Preto - SP (MARQUES et al., 2013; MENDES et al., 2011; SCHMITT JÚNIOR; LINDNER; SANTA HELENA, 2013; TREVISANI, 2014).

A maior proporção de idosos jovens pode ser explicada pela prevalência aumentada de DM nos idosos com mais de 65 anos, afetando 21,6% dessa população no Brasil, sendo a faixa etária de 65 a 74 anos a mais acometida com 19,9% dos casos (IBGE, 2014a). No entanto, esta prevalência tende a declinar nos idosos muito velhos devido à maior mortalidade por complicações (ADA, 2015; BRASIL, 2013b; KLAFKE et al., 2014).

O predomínio de idosos jovens torna explícita a necessidade de readequação de políticas de saúde voltadas para o estímulo do envelhecimento saudável, com qualidade de vida, por meio da criação de grupos de educação em saúde, de promoção à atividade física, cultural e recreativa (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Em relação à distribuição segundo o sexo, observa-se o total de 100 (71,4%) mulheres. A maior prevalência de mulheres é justificada pela maior expectativa de vida em relação aos homens, conferindo um aumento desta população (ROSSET et al., 2011). A "feminilização do envelhecimento" está atrelada a uma menor exposição à violência, aos riscos no ambiente de trabalho, menor consumo de álcool e tabaco, muitas vezes relacionados ao desenvolvimento de condições crônicas (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

Segundo o IBGE (2014a), as mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (5,4%). Além disso, elas são mais assíduas aos serviços de saúde por estarem mais atentas às questões

relacionadas à própria saúde e conscientes da importância do acompanhamento com profissionais de saúde, favorecendo o diagnóstico precoce (MEDEIROS; MORAIS, 2015).

Com relação ao estado conjugal, 80 (57,1%) idosos referiram não ter companheiro. Resultado inferior foi encontrado no estudo de Gonzáles et al. (2016), que avaliou prevalência de transtornos depressivos e fatores associados em uma amostra de idosos no Sul de Santa Catarina, sendo que idosos sem companheiro corresponderam a 45,1% da amostra. Porém, um outro estudo realizado com idosos de Belém - PA mostrou que 57,8% dos idosos vivem com seus companheiros (CUENTRO et al., 2016).

Os altos percentuais deste trabalho evidenciam a importância do estímulo ao apoio familiar e identificação de suporte na rede de apoio social para esse idoso. O enfermeiro deve capacitá-lo para o autocuidado por meio de atividades educativas, nas consultas de enfermagem ou visitas domiciliares (TAVARES et al., 2011).

Houve também o predomínio de idosos com média de escolaridade de 5,1(\pm 4,16) anos e com renda individual de um salário mínimo (45%).

A baixa escolaridade entre os idosos diabéticos nesse estudo se assemelha à encontrada por Mello et al. (2016) quando avaliou idosos com excesso de peso e DM em Goiânia. Dentre os 934 idosos avaliados, 145 (15,6%) eram analfabetos, 46 (4,9%) sabiam ler porém nunca frequentaram a escola e 443 (47,7) haviam concluído apenas o primário. No Brasil, a média de estudo entre os idosos é de 4,7 anos e na região Sudeste, 5,5 anos (IBGE, 2014b).

A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, indispensável para conscientização do indivíduo sobre a importância da aquisição de hábitos saudáveis (GEIB, 2012), estando associada ao aparecimento de enfermidades crônicas (STOPA et al., 2014). Ademais, a baixa escolaridade pode dificultar a compreensão das prescrições e orientações a respeito do tratamento e atividades para o autocuidado do DM (LUZ, 2014).

O predomínio de idosos com renda individual de um salário mínimo (45%) é semelhante ao encontrado em estudo realizado por Rosset et al. (2011), que investigou diferenças demográficas e socioeconômicas relacionadas ao estado de saúde dos idosos longevos em Ribeirão Preto e Caxias do Sul, em que 49,3% e 53% dos idosos apresentaram renda de um salário mínimo respectivamente. Outra pesquisa conduzida por Pilger, Menon e Matias (2011) em Guarapuava - PR

também mostrou que a maioria (71,3%) dos idosos tem renda de até um salário mínimo, percentual bem superior ao dessa investigação.

Segundo o IBGE (2014b), 38,3% dos idosos brasileiros apresentam renda mensal entre meio e um salário mínimo, fato este que justifica o percentual encontrado nesse estudo (45%). A baixa renda está associada à menor procura por serviços de saúde, menos acesso a medicamentos e à uma menor adesão ao tratamento (MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2015), o que remete à conclusão que a maioria desses idosos não têm recursos financeiros suficientes para satisfazer as necessidades básicas e de autocuidado (FERNANDES et al., 2013).

Para caracterização clínica dos idosos foram consideradas as variáveis morbidades, polifarmácia e presença de indicativo de sintomas depressivos. A média de morbidades por idoso ($7,59 \pm 3,73$) nesse estudo foi maior que a observada em estudo realizado em Belém - PA com média de $4,5 (\pm 2,0)$ morbidades por idoso (FREITAS et al., 2016). Pesquisa realizada por Degani et al. (2014) no interior de São Paulo com 131 idosos vítimas de trauma, identificou que 33 (25,2%) possuíam uma doença preexistente, 20 (15,3%), duas doenças e 17 (13,0%), três.

O alto número de morbidades por indivíduo observado nesse e em outros estudos evidencia a necessidade de cuidados regulares dos serviços de saúde. Estes serviços devem estar pautados não somente em atividades curativas, mas nas ações de prevenção e educação em saúde, com vistas à aquisição de hábitos saudáveis, a fim de evitar a instalação de doenças ou evitar as complicações delas decorrentes (VERAS, 2012; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Dentre as morbidades autorreferidas, as mais citadas foram HAS (90%), problemas de visão (55,7%), problemas de coluna (51,4%), problemas para dormir (43,6%), artrite/artrose (40,7%) e dislipidemia (40%). Destacamos que em estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou problemas musculoesqueléticos (61%), vasculares (41%), respiratórios (30%) e urinários (24%) (BLAY et al., 2013). A HAS é a morbidade mais frequente em outros estudos (CABRELLI et al., 2014; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011; PORCIÚNCULA et al., 2014).

A prevalência da HAS em brasileiros com 18 anos ou mais é de 21,4% e tende a aumentar com a idade, afetando mais de 60% dos idosos (ANDRADE et al., 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). É uma morbidade altamente prevalente entre diabéticos constituindo-se um importante fator de risco para complicações macrovasculares (TOSCANO, 2004). Estima-se que mais de dois

terços de diabéticos tipo 2 sejam hipertensos (FERRANINNI; CUSHMAN, 2012) e esta associação aumenta em duas vezes o risco cardiovascular (SBC, 2016).

Quanto aos problemas de visão, relatados por mais da metade dos idosos, provavelmente estão relacionados ao edema macular diabético (EMD), causa mais importante da deficiência da acuidade visual em diabéticos ou à retinopatia diabética, presente em 21% dos recém diagnosticados e em 60% daqueles com 20 anos ou mais de diagnóstico do DM (TSCHIEDEL, 2014).

Os problemas de coluna, presentes em 51,4% dos idosos, representam um dos mais frequentes na população brasileira e acometem principalmente mulheres, indivíduos com mais de 60 anos e com baixa escolaridade. Problemas crônicos de coluna geram limitações nas atividades habituais, além de alta demanda por serviços de saúde devido a alta recorrência (OLIVEIRA et al., 2015).

Dos 140 idosos entrevistados, 61(43,6%) relataram ter problemas para dormir. Em estudo realizado em Teresina - PI com 65 idosos, 24 (37%) reportaram má qualidade do sono. Em geral a dificuldade para dormir nos idosos pode ser explicada por inatividade física e mental, desengajamento social, dependência, mau relacionamento familiar e social, dor e presença de doenças e incapacidades (SILVA et al., 2012).

Dentre as artropatias mais comuns entre idosos, artrite e artrose são doenças associadas a incapacidades funcionais e limitam a qualidade de vida, devido à dor que provocam. A artrose ou osteoartrite afeta mais de um terço dos idosos e acometem principalmente as articulações das mãos, coluna, quadril e joelhos e os fatores predisponentes são sexo feminino, idade superior a 60 anos, sobrepeso/obesidade (ROSIS; MASSABKI; KAIRALLA, 2010).

Para o IBGE (2013), a frequência de pessoas que referiram diagnóstico médico de colesterol alto é mais representativa nas faixas de maior idade: 25,9% das pessoas de 60 a 64 anos de idade, e 25,5% das pessoas de 65 a 74 anos de idade e 20,3% para aqueles com 75 anos ou mais. A dislipidemia é um evento bastante comum nos diabéticos, caracterizada tanto como um fator predisponente do DM, como uma consequência do descontrole glicêmico. O padrão mais característico do DM tipo 2 consiste em triglicérides aumentado, diminuição do colesterol HDL e aumento do colesterol LDL (CUEVAS; ALONSO, 2016; SBD, 2014). A dislipidemia entre diabéticos é mais aterogênica e por isso, esses indivíduos tem um risco de duas a quatro vezes maior de desenvolver DCV quando

comparados a não diabéticos (SBD, 2014). A DCV é responsável por 80% da mortalidade entre diabéticos (CUEVAS; ALONSO, 2016).

Nesta pesquisa, 85 (60,7%) idosos referiram fazer uso de polifarmácia, ou seja, cinco ou mais medicações, com média individual de 5,74 ($\pm 2,86$) medicamentos, menor que a encontrado por Cuentro et al. (2016), de 6,8 medicações por idoso. O uso de cinco ou mais medicações por idosos foi também observado em outro estudo, com frequência de 40% (PAULA JÚNIOR et al., 2013).

A polifarmácia é multifatorial, guardando estreita relação com a presença de multimorbidades e manifestações clínicas a elas associadas. Além disso, aumenta o risco e gravidade de reações adversas, podem causar toxicidade cumulativa prejudicando a adesão ao tratamento e elevando o número de hospitalizações e da mortalidade (SECOLI, 2010).

A terapia medicamentosa deve se pautar na racionalização da prescrição e uso de medicamentos, que envolve a responsabilidade dos médicos para avaliar o custo/benefício da medicação para o paciente e do indivíduo com relação aos riscos da automedicação (KHALIL; RODRIGUES, 2015).

Indivíduos diabéticos têm pelo menos três vezes mais chance de se tornarem depressivos. A comorbidade DM/depressão está associada à não adesão às atividades de autocuidado incluindo restrições dietéticas, atividade física, monitorização da glicemia e uso da medicação, levando a desfechos clínicos desfavoráveis (KATON, 2008).

Em relação ao indicativo de sintomas depressivos, esta pesquisa encontrou percentual de 26,4%. Estudo realizado no Paraná com 100 idosos observou que 30 (30%) apresentaram sintomas depressivos (SASS et al., 2012), percentual pouco superior ao desse trabalho. Outro estudo realizado na cidade de São Paulo com 301 idosos verificou a presença de depressão em 100 (33,3%) idosos (PARREIRA; BASSITT, 2015).

A depressão é usualmente considerada uma condição comórbida do DM, consequência direta das alterações neuroquímicas provocadas pela patologia, sendo muitas vezes subdiagnosticada, pois os sintomas de ambas além de serem similares, são frequentemente atribuídos apenas ao DM (STARKSTEIN et al., 2014). A comorbidade DM/depressão está associada com a idade avançada e tem impacto negativo na saúde, bem estar, no declínio nas habilidades funcionais e no autocuidado (GEMEAY et al., 2015; OSBORN; EGEDE, 2012). A depressão pode

ainda levar a piora do controle glicêmico, que por sua vez, contribui para o agravamento do quadro depressivo (MUT-VITCU et al., 2016).

6.2 ADESÃO ÀS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DO DIABETES POR IDOSOS

O QAD foi utilizado para avaliar a frequência da adesão às atividades de autocuidado do DM, considerando os últimos sete dias que antecederam a entrevista.

Os idosos relataram "seguir uma dieta saudável" em média 4,5 dias por semana, portanto, uma adesão satisfatória. Esse resultado assemelhou-se ao estudo realizado por Trevisani (2014), ao avaliar a adesão às atividades de autocuidado por meio do QAD, em idosos diabéticos na cidade de Ribeirão Preto, onde encontrou média de 4,9 dias por semana. Outros estudos envolvendo população diabética com mais de 18 anos encontraram médias de 4,2 dias por semana (SANTOS et al., 2014) e de 3,9 dias por semana (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015), médias mais baixas que as encontradas nesse estudo.

Para o item "seguir a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde", a média foi de 3,3 dias por semana, sendo que neste item a adesão foi pouco satisfatória. Veras et al. (2014) observaram média de 3 dias por semana, e Coelho (2013), 3,7 dias por semana.

Segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), alimentação adequada e saudável é "a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente" (BRASIL, 2013c, pág. 31), sendo que a percepção de alimentação saudável pode ser variada, devido à abrangência do conceito. O comportamento alimentar é determinado pela cultura, raça, etnia, gênero, acesso físico e financeiro e percepções cognitivas (BRASIL, 2013c) e nem sempre condiz com o que é adequado às necessidades individuais. A SBD (2014) recomenda que o plano alimentar seja individualizado considerando a necessidades calóricas de cada indivíduo, nível de atividade física, uso de medicamentos e idade.

Estudo realizado no Sul do Brasil com 1.246 adultos e idosos, cujo objetivo foi descrever a prevalência de orientação para alimentação saudável e fatores

associados entre usuários da atenção primária de saúde. Verificou-se que 523 (42%) entrevistados receberam orientação nutricional. Entre aqueles com maior probabilidade de receberem orientações nutricionais estão as mulheres (51%), idosos (39%), com três ou mais morbidades (62%), que autoperceberam alimentação negativa (32%) e que são atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) (15%). Observou-se que indivíduos brancos e com alta escolaridade tem menor probabilidade de receberem tais orientações (LINDEMANN; MENDOZA-SASSI, 2016)

Dentre as barreiras à adesão da dieta entre os diabéticos estão a dificuldade em mudar hábitos alimentares preestabelecidos, não gostar dos alimentos recomendados, considerar a dieta desagradável e pobre em variedade e sabor, quantidade de alimento recomendado, inflexibilidade da nova rotina, ter alimentação diferenciada dos outros, resistir à tentação, falta de conhecimento e entendimento, falta de motivação, doença compensada e assintomática (BOOTH et al., 2013)

Em relação à dimensão alimentação específica, o item "ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais", obteve média de 4,4 dias por semana, semelhante aos resultados encontrados por Trevisani (2014), de 4,6 dias por semana. Já no estudo de Roos; Baptista; Miranda (2015), a média foi de 3,5 dias por semana.

Em pesquisa desenvolvida nas capitais brasileiras utilizando os dados do Vigitel 2012, identificou que o consumo regular e recomendado de frutas e vegetais apresentados pela população foi de 34% e 22,7% respectivamente (MALTA et al., 2014). De acordo com dados do IBGE (2014a), 37,3% dos adultos no Brasil consome cinco ou mais porções de frutas e hortaliças, e o aumento nesse consumo tem relação direta com o aumento da idade e da escolaridade. O baixo consumo de frutas e vegetais é responsável por 1,7 milhão de mortes. O consumo adequado desses alimentos ajuda na manutenção do peso corporal e diminui o risco cardiovascular (OMS, 2011).

Pesquisa realizada com 416 idosos de Goiânia - GO com o objetivo de avaliar a prevalência do consumo diário de frutas, legumes e verduras e sua associação com fatores sociodemográficos, estilo de vida, presença de morbidades e hospitalização, identificou que apenas 69 (16,7%) consumiam porção recomendada de frutas, verduras e legumes. Concluiu-se que o baixo consumo foi associado à baixa escolaridade e baixa renda (SILVEIRA et al., 2015).

Segundo a SBD (2016), é comum pessoas com diabetes apresentarem deficiência de vitaminas e minerais. Para manter um consumo adequado desses micronutrientes, a dieta deve ser variada e conter no mínimo de duas a quatro porções de frutas, sendo que uma delas seja rica em vitamina C, e de três a cinco porções de hortaliças. Os idosos podem necessitar de suplementos multivitamínicos mesmo mantendo consumo adequado desses alimentos.

As fibras, presentes nos vegetais, possuem efeito altamente benéfico na prevenção e controle do DM. Fibras solúveis atuam na glicemia e metabolismo dos lipídeos enquanto as insolúveis aumentam a saciedade e contribuem para a perda de peso e saúde intestinal (SBD, 2016).

No item "ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral", a média de adesão foi de 4,4 dias por semana. Resultado similar foi também observado por Trevisani (2014), que obteve 4,9 dias por semana neste item. Veras et al. (2014) encontraram média de 5,1 dias por semana, superior ao observado nesse estudo. Em outras investigações, as médias foram inferiores com média de 3,4 dia por semana (JESUS, 2012), 3,8 dias por semana (MICHELS et al., 2010) e 2,8 dias por semana (SANTOS et al., 2014).

Em uma investigação conduzida em Pelotas - RS observou que 318 (32,7%) dos 972 entrevistados referiram consumir regularmente uma dieta rica em gorduras. O alto consumo de alimentos gordurosos foi associado a idade de 20 a 29 anos, alto nível socioeconômico e consumo de refrigerante não dietético (ROMBALDI et al., 2014). No Brasil, a proporção de pessoas que referiram consumo de carne ou frango com excesso de gordura foi 37,2%, sendo maior em homens (47,2%), entre os mais jovens e os menos escolarizados (IBGE, 2014a).

Dietas ricas em gorduras saturadas, gordura trans e colesterol associadas ao baixo consumo de frutas, vegetais e peixes (fontes de ômega 3) e o alto consumo de sal são fatores de risco para as DCV, além de contribuírem para a obesidade e dislipidemia. Uma redução no consumo de gorduras implica em diminuição do risco de doença coronariana (OMS, 2011).

Alimentos de origem animal são fonte de proteínas, vitaminas, minerais e lipídeos e por isso devem fazer parte de uma alimentação saudável, porém deve-se optar por aqueles com menor teor de gorduras. Leite e seus derivados possuem aminoácidos de alto valor biológico, além de ser fonte de vitaminas A e D, cálcio, potássio, gorduras e carboidratos, importante fonte de energia para idosos e

nutrientes que ajudam a prevenir a osteoporose, HAS e as DCV (PASSANHA et al., 2011).

Carnes e ovos são ricos em aminoácidos essenciais que estimulam a secreção de insulina sem interferir na glicemia (SBD, 2016). As carnes possuem uma alta biodisponibilidade de ferro, mineral fundamental ao organismo humano, por estar na formação dos glóbulos vermelhos, transporte do oxigênio e de dióxido de carbono, respiração celular, síntese de colágeno, remoção de lipídios do sangue e produção de anticorpos (MARTINO; MARTINO, 2010). As proteínas devem compor a oferta de energia em 15 a 20% para aqueles com DM que apresentam função renal normal, através do consumo de carnes magras, soja, leites e derivados desnatados, leguminosas, cereais integrais e oleaginosas (SBD, 2016).

A média encontrada para ao item "ingerir doces" foi de 1,3 dias por semana, semelhante ao encontrado por Jesus (2012) que foi de 1,27 dias por semana, por Veras et al (2014) com média de 1,45 dias e de 1,48 dias por semana na pesquisa de Coelho (2013). Roos, Baptista, Miranda (2015) encontraram média de 2,77 dias, superior a desse estudo.

Souza, Oliveira, Burnquist (2013), ao utilizarem dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), cujo objetivo foi avaliar as características do consumo de açúcar e de produtos que usam açúcar em sua composição, observaram que houve queda considerável do consumo de açúcar cristal ou refinado. Porém, observou-se o aumento substancial do açúcar consumido na forma de produtos industrializados.

Diabéticos tendem a apresentar diminuição ou perda da sensibilidade ao sabor doce devido a hipossalivação, xerostomia e baixa produção da proteína gustativa. A alteração da percepção gustativa pode contribuir para o aumento no consumo de açúcar, tendo impacto direto no aumento da glicemia (DIAS et al., 2016).

Pesquisa realizada no Brasil cujo objetivo foi descrever hábitos alimentares de 2.483 hipertensos e diabéticos, classificar sua adequação de acordo com Guia Alimentar para População Brasileira do Ministério da Saúde e verificar a associação entre a adequação dos hábitos alimentares e o problema de saúde, verificou que apenas 581 (23,4%) entrevistados tiveram uma dieta adequada. Dentre os diabéticos verificou-se baixo consumo de frutas e alto consumo de leite integral e

doces. A melhor adequação alimentar foi observada em indivíduos com a comorbidade HAS/DM (LIMA et al., 2015).

Indivíduos diabéticos necessitam, no momento do diagnóstico, serem inseridos em programa de educação nutricional a fim de serem informados e conscientizados sobre a importância da adequação dietética à condição de saúde. Os profissionais de saúde devem estimular a adesão ao plano alimentar e capacitar o indivíduo para que tenha autonomia com relação às escolhas alimentares, tendo sempre em vista a manutenção do controle glicêmico (SBD, 2014).

O item "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" teve média de adesão de 1,2 dias por semana, equivalente a média de 1,6 dias por semana no estudo de Trevisani (2014) e de 1,5 dias por semana na pesquisa de Roos, Baptista e Miranda (2015), porém inferior ao encontrado nos estudos de Coelho (2013) que obteve média de 2,4 dias por semana, Santos et al. (2014) que encontrou média de 3,9 dias por semana e Jesus, cuja média encontrada foi de 4,9 dias por semana.

No item "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, andar de bicicleta)", a média de adesão caiu para 0,9 dias por semana, fenômeno esse observado também na pesquisa de Roos, Baptista e Miranda (2014) com média de 1,1 dias por semana, de Coelho (2013) cuja média foi de 2 dias por semana e no estudo de Santos et al. (2014) com média de 1,8 dias por semana. Na investigação de Trevisani (2014), a média foi de 1,6 dias por semana, mantendo-se a mesma nos dois itens da dimensão atividade física.

Investigação de Duarte et al. (2012) propôs comparar nível de atividade física e cuidados relacionados ao exercício físico em pacientes com DM. Os resultados mostraram que pacientes com DM tipo 2 foram mais sedentários do que aqueles com DM tipo 1, e os motivos foram desconforto, restrição médica e por não gostarem de atividade física. A justificativa para aqueles com DM tipo 1 foram falta de tempo, preguiça e hipoglicemia. Apenas 38,8% realizavam autocuidados como alimentação, alongamento, monitoramento da glicemia capilar. Estudo realizado com idosos diabéticos em Teresina - PI verificou que 68,8% dos idosos não praticavam atividade física (ALENCAR et al., 2014).

A inatividade física configura como o quarto fator de risco que mais contribui para a mortalidade. O sedentarismo é responsável por 3,2 milhões de mortes ao ano e contribui para o aumento do risco de morte entre 20% e 30%. A prática de 150

minutos de atividade física moderada por semana reduz o risco de infarto em 30% e de diabetes em 27% (OMS, 2011).

A SBD (2014) recomenda a prática de 150 minutos de exercício de moderada intensidade ou 75 minutos de atividades de alta intensidade por semana, podendo haver combinação de ambos. Tendo em vista as recomendações da SBD, ressalta-se que o autocuidado relacionado à atividade física não é adequado entre os idosos.

A atividade física regular atua na redução do peso corporal, controle glicêmico, redução do colesterol, diminuindo o risco para DCV (SBD, 2014). A prática de atividade física deve ser recomendada por profissionais de saúde através do estímulo à participação em grupos de caminhada supervisionada ou outros programas disponíveis nas comunidades.

O item "avaliar o açúcar no sangue" mostrou adesão de 1,4 dias por semana, similar ao resultado de Michels et al. (2010) de 1,8 dias por semana e de Jesus (2012) de 1,2 dias por semana. Médias superiores foram observadas nos estudos de Santos et al. (2014) com média de 3,98 dias por semana, de Coelho (2013), com média de 4,5 dias por semana e de Trevisani (2014), com média de 5,4 dias por semana. "Avaliar o açúcar no sangue conforme recomendado" obteve média de 1,2 dias por semana, resultado esse equivalente a 1,37 dias por semana, observado por Michels et al. (2010). Uma adesão maior foi constatada por Coelho (2013) cuja média foi 3,32 dias por semana, Santos et al. (2014) com média de 3,46 dias por semana e de 5,5 dias por semana no trabalho de Trevisani (2014).

A monitorização da glicemia é parte fundamental do manejo do DM, pois serve de parâmetro para a condução do tratamento, permitindo o ajuste de doses ou mudanças na prescrição de medicamentos e para determinar o plano de atividade física e orientações dietéticas (ADENIYI et al., 2015). Funciona como um instrumento educativo já que permite ao paciente avaliar as causas de uma hipo ou hiperglicemia. Porém, o auto custo e a inconveniência do método, somado ao desconhecimento da importância da automonitorização da glicemia são dificultadores da adesão à esta atividade (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015).

Recomenda-se a monitorização da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas as pessoas com DM em uso de múltiplas doses de insulina. Para os indivíduos com DM tipo 2 em uso de antidiabéticos orais, a monitorização rotineira não é recomendada (ADA, 2015).

No item "examinar os pés", a média verificada foi de 3,4 dias por semana, semelhante a média de 3,06 dias por semana encontrada por Rezende Neta; Silva e Silva (2015) e de 3,04 dias por semana, por Jesus (2012). Contudo, outros trabalhos mostraram valores superiores, com médias de 4,2 dias por semana (TREVISANI, 2014), 4,48 dias por semana (COELHO, 2013) e 5,72 dias por semana (SANTOS et al., 2014).

"Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los" teve média de adesão de 3,1 dias por semana, inferior à observada por Roos, Baptista e Miranda (2015) (4,65 dias por semana) e por Santos et al. (2014) (4,83 dias por semana).

O item "secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los" obteve média de 4,6 dias por semana. Estudos realizados por Trevisani (2014), Coelho (2013) e Roos, Baptista e Miranda (2015) tiveram médias de 6,4; 6,2; 6,35 dias por semana respectivamente.

O pé diabético, complicação crônica que acomete anualmente cerca de 2% da população diabética, é responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo que dessas, 85% são precedidas de ulcerações (BRASIL, 2013b). A neuropatia diabética é o principal fator associado às úlceras de pés e está presente em cerca de 50% dos idosos diabéticos (GOMIDES et al., 2013).

Investigação conduzida em Pernambuco com pacientes diabéticos internados verificou prevalência de amputação de 50%. Os fatores associados a esse desfecho foram baixa escolaridade, renda inferior a um salário mínimo, não ter tido os pés examinados, não ter recebido orientações sobre o cuidado com os pés, não utilizar medicação para controle do DM conforme prescrição e controle inadequado da glicemia (SANTOS, I. C. R. V. et al., 2013).

O exame dos pés deve ser realizado rotineiramente pelo paciente e inclui atividades de lavagem, secagem e lubrificação, a fim de evitar umidade interdigital e lesões. É necessária a avaliação anual por profissional de saúde, com o objetivo de detectar a neuropatia. Ao enfermeiro cabe a função de desenvolver no paciente as habilidades para o autocuidado dos pés visando a prevenção do pé diabético (REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

A dimensão medicação foi dentre todas a que apresentou as médias mais altas de adesão. O item "tomar injeções de insulina conforme recomendado" apresentou média de 6,2 dias por semana. Os estudos de Gomides et al. (2013) e

Roos, Baptista e Miranda (2015) encontraram, respectivamente, média de 6,9 e 6,16 dias por semana. Santos et al. (2014) encontraram média de 5,86 dias por semana. O item "tomar o número indicado de comprimidos do diabetes" apresentou média de 6,6 dias por semana. Resultado aproximado a esse foi encontrado por Coelho (2013), com média de 6,65 dias por semana e Santos et al (2014) com média de 6,09 dias por semana. Trevisani (2014) obteve média de 4,5 dias por semana, inferior a encontrada nesse estudo, porém, adesão total, ou seja, de 7 dias por semana, foi encontrada por Gomides et al. (2013).

Pesquisa desenvolvida em Passos - MG com 423 diabéticos, cujo objetivo foi avaliar adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do diabetes, verificou que a adesão à medicação foi observada em 357 (84,4%) indivíduos, enquanto as adesões ao plano alimentar e atividade física foram observadas em 13 (3,1%) e 248 (58,6%) indivíduos. A alta adesão ao tratamento medicamentoso foi relacionada à aceitabilidade e crença no efeito do medicamento para o controle da doença (FARIA et al., 2014).

Estudo de Osborn, Mayberry, Kim (2016), realizado com 314 diabéticos de baixa condição socioeconômica, avaliou, dentre as atividades de autocuidado do DM, quais foram as mais importantes para o controle glicêmico. Concluíram que apesar da adesão ao exercício físico e à medicação terem sido associados ao melhor controle glicêmico, a análise multivariada mostrou que somente a medicação teve associação significativa com o melhor controle glicêmico, indicando que a adesão à medicação parece ser a atividade de autocuidado mais importante para o controle glicêmico.

A última dimensão do QAD refere-se ao tabagismo. Na presente pesquisa, observou-se que 124 (88,6%) idosos não fumaram na última semana e destes, 94 (67,1%) relataram nunca terem fumado e 30 (21,4%) informaram que deixaram de fumar há mais de dois anos. Dentre os 16 (11,4%) fumantes, a média de cigarros fumados por dia foi de 17,1 cigarros.

Pesquisa conduzida no estado de São Paulo objetivou determinar a prevalência do hábito de fumar e os fatores associados em idosos. Os resultados apontaram que dos 1.954 idosos entrevistados, 238 (12,2%) declararam serem tabagistas, com maioria na faixa etária de 60 a 69 anos, do sexo masculino, de baixa renda, sedentários e com presença de depressão/ansiedade. Houve maior

predomínio de tabagismo entre aqueles com história de AVC, câncer e doenças pulmonares crônicas (ZAITUNE et al., 2012).

Segundo a ADA (2015), o tabagismo está associado ao risco aumentado para DCV, complicações microvasculares e morte prematura. O abandono do tabagismo em diabéticos promove melhora dos parâmetros metabólicos e diminuem a pressão arterial e albuminúria no prazo de um ano.

6.3 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DO DIABETES POR IDOSOS

Considerando o limitado tamanho amostral desse estudo (n=140) e com base na relevância conceitual sustentada na literatura e nos resultados da análise bivariada, a análise de regressão linear múltipla apresentada na tabela 12 incluiu apenas os seguintes preditores: sexo, escolaridade, depressão e número de morbidades.

O sexo associou-se significativamente com o item "ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais", evidenciando maior adesão entre as mulheres. Esse resultado foi verificado também em outros estudos em que a realização de controle alimentar foi mais prevalente no sexo feminino (ROSSANEIS et al., 2016), bem como um maior consumo de frutas, verduras e legumes (CLUM et al., 2016; DOUBOVA et al., 2016; MENDES et al., 2011; SILVEIRA et al., 2015).

Pesquisa implementada em Porto Alegre - RS, com objetivo de descrever a frequência de adesão à dieta e analisar sua associação com depressão, em idosos com síndrome metabólica, verificou que 72 idosos (66,1%) foram classificados como não aderentes e 37 idosos (33,9%) considerados aderentes, sendo que nos idosos depressivos, a adesão às orientações de evitar o consumo de doces e de açúcar foi menor (JACONDINO et al., 2016).

Segundo Silveira et al. (2015), há uma maior preocupação das mulheres em relação à alimentação saudável e controle de peso, o que explica a diferença nos padrões de comportamento alimentar quando comparadas aos homens. Além disso, o baixo consumo de frutas e verduras observado entre os homens parece estar

relacionado ao baixo nível de conhecimento a respeito da dieta saudável e menor disposição para a mudança dos hábitos alimentares (BAKER; WARDLE, 2003).

Considerando que o comportamento alimentar é difícil de ser modificado, a promoção da alimentação saudável e o consumo de frutas, verduras e legumes deve ser insistentemente incentivado por profissionais de saúde (com prioridade para jovens, homens e indivíduos de baixa renda e pouca escolaridade) tendo em vista a redução da carga de doenças atribuídas à má nutrição (CHAFFEE, 2014).

A análise entre o número de morbidades e os itens "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" e "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)" sugeriu que a adesão à atividade física aumenta proporcionalmente à diminuição do número de morbidades. Este achado foi também encontrado por Virtuoso et al. (2012), em trabalho realizado com idosos. Aqueles com maior número de morbidades relataram maior dificuldade em realizar atividade física.

Pesquisa conduzida em Montes Claros-MG identificou alta prevalência de inatividade física (57,1%) entre idosos. Segundo essa pesquisa, a inatividade física está relacionada à redução da capacidade funcional na velhice, que, por conseguinte, aumenta a dependência por auxílio de outras pessoas, limitando a sua autonomia para a realização de atividades da vida diária e de lazer. A presença de morbidades tanto pode ser compreendida como fator limitante da atividade física como também é consequência da inatividade. A atividade física tem forte impacto na prevenção de DCNT e melhor qualidade de vida (OLIVEIRA-CAMPOS; MACIEL; NETO, 2012).

A associação entre o número de morbidades e o cuidado com os pés indicou que a adesão a esta atividade aumentou proporcionalmente ao aumento do número de morbidades.

Segundo Baquedano et al. (2010), a presença de comorbidades e complicações decorrentes do mal controle metabólico parecem contribuir para a baixa motivação para o autocuidado. Ademais, idosos comumente apresentam comprometimento visual, limitações articulares e problemas de coluna, que dificultam a inspeção e realização dos cuidados com os pés (CISNEROS; GONÇALVES, 2011). Ressalta-se que todos esses problemas de saúde foram citados com grande frequência pelos idosos desse estudo.

Houve associação estatisticamente significativa entre escolaridade e os três itens da dimensão cuidado com os pés. Este resultado foi semelhante ao encontrado

por Coelho (2013) que também constatou essa associação. Porém, outro estudo apontando resultado discordante ao deste estudo foi observado por Gomes-Vilas Boas et al. (2012), no qual o tratamento não medicamentoso correlacionou-se de forma inversa com a escolaridade.

Pesquisa realizada no interior de Minas Gerais com o objetivo de identificar o conhecimento de 41 adultos não idosos com DM em relação aos cuidados com os pés identificou que 34 (82,9%) não realizam o exame clínico anual dos pés ou sequer sabiam da sua importância. A secagem dos pés foi realizada por 37 (90,2%) entrevistados, sendo que 36 (87,8%) afirmaram secar a planta, dorso e entre dedos. Também, 31 (75,6%) relataram não usar sapatos apertados. A inspeção dos sapatos esteve presente em 36 (87,8%) e 33 (80,5%) afirmaram não caminhar descalço. Não foi observada associação entre a escolaridade e o conhecimento acerca do cuidado com os pés (HELMO et al., 2014).

Segundo Gomides et al. (2013), a escolaridade está diretamente relacionada ao autocuidado e ao acesso e utilização dos serviços de saúde, sendo que a baixa escolaridade impede ou dificulta a assimilação de orientações dadas pelos profissionais de saúde para a realização do autocuidado e aquisição de novos hábitos de vida.

Estudo realizado na Malásia identificou que apenas 34% dos indivíduos faziam a inspeção dos pés diariamente. Uma possível explicação para o baixo percentual pode ser a falta de informação sobre a importância do cuidado com os pés (GUNGGU; THON; LIAN, 2016).

O pé diabético está entre as complicações mais comuns do DM e frequentemente resulta em amputação do membro acometido. O conhecimento acerca dos riscos é essencial para uma prevenção adequada. Ações educativas e assistenciais que priorizam o exame regular dos pés, classificação dos riscos e educação terapêutica reduzem significativamente a ocorrência das úlceras nos pés (CUBAS et al., 2013).

A associação entre a presença de sintomas depressivos e o item "examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los" foi estatisticamente significativa, sendo que os idosos que não apresentaram sintomas depressivos tiveram maior adesão à essa atividade. Esse resultado corrobora com os achados de Michels (2010). Segundo o autor, diabéticos depressivos negligenciam o cuidado com seus pés e como consequência, apresentam significativa perda de sensibilidade plantar protetora.

O autocuidado ineficaz está frequentemente associado à presença de sintomas depressivos (MUT-VITCU et al., 2016; ROY; LLOYD, 2012; WEINGER, BEVERLY, SMALDONE, 2014).

Diabéticos que apresentam sintomas depressivos negligenciam o cuidado com os pés e apresentam um risco seis vezes maior de desenvolver ulcerações nos pés em relação aos diabéticos não depressivos (COELHO et al., 2014).

A depressão está associada a não participação de programas de educação em saúde, dieta inadequada, uso irregular da medicação, inatividade física e, conseqüentemente a maior número de morbidades associadas, complicações e aumento da mortalidade (COELHO et al., 2014; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Como a depressão em idosos é usualmente confundida com as manifestações do envelhecimento, é importante que os profissionais de saúde saibam identificar e tratar os sintomas depressivos em idosos, a fim de melhorar a adesão ao autocuidado e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (PARADELA, 2011).

7 CONCLUSÃO

Considerando os objetivos propostos nessa pesquisa, concluiu-se que na amostra de 140 idosos diabéticos a média de idade foi 70,8 anos. Houve predomínio do sexo feminino, de idosos jovens (de 60 a 79 anos), sem companheiro, com média de escolaridade de 5,1 anos e renda individual de um salário mínimo. Em relação às variáveis clínicas, a média individual de morbididades foi 7,6, sendo que as mais frequentes foram hipertensão arterial, problemas de visão, problemas de coluna, problemas para dormir, artrite/artrose e dislipidemia e a média de consumo de medicamentos por indivíduo foi de 5,7. Considerando a polifarmácia, a maioria fez uso de cinco ou mais medicamentos e o indicativo de presença de sintomas depressivos foi observado em 37 (26,4%) idosos.

Sobre as atividades de autocuidado, aquelas que apresentaram maior adesão foram "tomar o número indicado de comprimidos do diabetes", "tomar injeções de insulina conforme recomendado" e "secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los" e uma menor adesão foi observada em "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)", "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos", "avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado", "ingerir doces" e "avaliar o açúcar no sangue". Um grande percentual de idosos referiu não ser tabagista.

Houve associação estatisticamente significativa entre o sexo e as atividades "realizar atividade física por pelo menos 30 minutos", "tomar injeções de insulina conforme recomendado" e "tomar o número indicado de comprimidos para o diabetes" com maiores médias para os homens, entre o estado conjugal e a atividade "tomar o número indicado de comprimidos do diabetes", com melhor adesão daqueles que tem companheiro, entre renda e os itens "seguir uma dieta saudável" e "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" sugerindo melhor adesão entre idosos com maior renda, entre o número de morbididades e os itens "seguir uma dieta saudável", "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" e "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)", sugerindo que o maior número de morbididades implica em menor adesão a essas atividades e também com os itens "examinar os pés" e "examinar os sapatos antes de calçá-los" indicando maior adesão à medida que aumenta o número de morbididades.

Com relação à escolaridade, houve associação estatisticamente significativa com os itens: "examinar os pés", "examinar os sapatos antes de calçá-los" e "secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los" indicou que a adesão aumentou na mesma proporção que a escolaridade.

A polifarmácia teve associação estatisticamente significativa com o item "examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los", mostrando maiores médias nos idosos em uso de cinco ou mais medicações. A depressão esteve significativamente associada aos itens "ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais", "realizar atividade física por pelo menos 30 minutos" e "realizar atividade física específica (caminhar, nadar, etc)" com maior média de adesão para idosos sem a presença de indicativo de depressão.

A análise multivariada através da regressão linear verificou a contribuição simultânea dos preditores sexo, escolaridade, depressão e número de morbidades na adesão às atividades de autocuidado. Foram observadas as seguintes correlações: entre o sexo e a atividade "ingerir cinco ou mais porções de frutas/verduras", indicando maior adesão do sexo feminino; entre o número de morbidades e os itens "realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos" e "realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)" sugerindo que a adesão à atividade física aumenta proporcionalmente à diminuição do número de morbidades; entre a escolaridade e o número de morbidades e os itens relacionados ao cuidado dos pés (examinar os pés, examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los e secar os espaços entre os dedos dos pés após lavá-los), sugerindo que a adesão aumenta proporcionalmente com o aumento da escolaridade e diminui quando o número de morbidades aumenta e entre a depressão e o item "examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los", apontando que a adesão a essa atividade aumenta à medida que os sintomas depressivos diminuem.

Os resultados encontrados, correlacionados com as observações e considerações feitas pelos idosos durante as entrevistas, permitiram inferir que as baixas médias de adesão em quase todas as atividades do autocuidado estão frequentemente associadas à falta de orientação relacionada ao autocuidado e ao desconhecimento das consequências da não adesão ao tratamento do DM. Percebe-se que a carência da educação em saúde tem impacto direto na adesão ao plano terapêutico, prejudicando a qualidade de vida dos idosos diabéticos.

A atuação da equipe multiprofissional de saúde é de fundamental importância para identificar tanto problemas como potencialidades junto aos idosos diabéticos e seus familiares/cuidadores para que aja uma adesão satisfatória às atividades de autocuidado. A educação permanente desses profissionais torna-se extremamente necessária para que compreendam a importância da adesão a tais atividades e estejam aptos a fazerem as orientações e conscientização sobre adoção de hábitos saudáveis.

Dentre todos os profissionais da saúde, o enfermeiro, além do conhecimento científico, dispõe de estratégias como a visita domiciliar, a consulta de enfermagem e os grupos operativos de educação em saúde para identificar problemas, fazer o acompanhamento do indivíduo e estimular a prática do autocuidado, determinando as intervenções necessárias considerando a individualidade de cada sujeito.

Esta pesquisa colabora com a ampliação do conhecimento referente à adesão às atividades de autocuidado do DM em idosos e dos fatores a ela associados, considerando que são poucas as pesquisas abordando esse assunto na população idosa.

Sendo assim, esses achados contribuirão sobremaneira com os profissionais de saúde, especialmente com a enfermagem, ajudando-os a identificar problemas e potencialidades para o autocuidado nos idosos. O planejamento de ações educativas deve ser direcionado, considerando idade, escolaridade, renda, a presença ou não do companheiro, limitações físicas e cognitivas, porém, sempre enfatizado que o indivíduo é o maior responsável pela própria saúde.

Destaca-se ainda a escassez de estudos condizentes com essa temática envolvendo a população idosa, o que configurou como limitação para a discussão dos resultados aqui encontrados.

REFERÊNCIAS

ADENIYI, O. V. et al. Diabetic patients' perspectives on the challenges of glycaemic control. **Afr J Prm Health Care Fam Med.**, v.7, n.1, p. 1-8, 2015.

AGUIAR, A. M. A. et al. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.4, p.853-866, 2014.

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, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes - 2015. **Diabetes Care**, v.38, Suppl1, p.S1-S94. 2015.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 37, Suppl 1, p.S81-S90. 2014.

AMIDU, N. et al. Association between metabolic syndrome and sexual dysfunction among men with clinically diagnosed diabetes. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v.5, p.42-50, 2013.

ANDRADE, F. C. D. et al. Correlates of the incidence of disability and mortality among older adult brazilians with and without diabetes mellitus and stroke. **BMC Public Health**, v.12, p.361-370, 2012.

ANDRADE, S. S. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, p.297-304, 2015.

ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, dez. 2012 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso> (acesso em 14 de outubro de 2015).

ARIFULLA, M et al. Patients' Adherence to Anti-Diabetic Medications in a Hospital at Ajman, UAE. **Malays J Med Sci.**, v.21, n.1, p.44-49, 2014.

AWODELE, O; OSUOLALE, J. A. Medication adherence in type 2 diabetes patients: study of patients in Alimosho General Hospital, Igando, Lagos, Nigeria. **African Health Sciences**, v.15, n.2, p. 513-522, 2015.

BAKER, A. H.; WARDLE, J. Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. **Appetite**. v.40, n.3, p.269-75, 2003.

BANDEIRA, L.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. **Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008**. In: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero, p. 107-119, 2010.

BAGONZA, J.; RUTEBEMBERWA, E.; BAZEYO, W. Adherence to anti diabetic medication among patients with diabetes in eastern Uganda; a cross sectional study. **BMC Health Services Research**, v.15:168, 2015.

BAQUEDANO, I. R. et al. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.1017- 23, 2010.

BERTOLUCCI, P.H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, p. 1-7, 1994.

BLAY, S. L. et al. Increased health burden associated with comorbid depression in older Brazilians with diabetes. **J Affect Disord.**, 2013.

BOOTH, A. O. et al. Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. **Primary Health Care Research & Development**, v.14, p.293–306, 2013.

BRAGA, J. R. et al. Management of diabetes mellitus and associated cardiovascular risk factors in Brazil – the Brazilian study on the practice of diabetes care. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v.5, p.46-56, 2013.

BRASIL. Lei nº 1074/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília: DF, Outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013c.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.15, p. 152-7, 2006.

CABRELLI, R. et al. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. **Rev Rene**, v.15, n.1, p.89-98, 2014.

CHAFFEE, B. W. Fatores nos primeiros anos de vida que influenciam o consumo de frutas e verduras entre crianças. **J Pediatr**. v.90, n.5, p.437-439, 2014.

CISNEROS, L. L.; GONÇALVES, L. A. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1505-1514, 2011.

CLUM, G. et al. Factors Influencing Consumption of Fruits and Vegetables in Older Adults in New Orleans, Louisiana. **J Nutr Health Aging**. , v.20, n.7, p.678-84, 2016.

COELHO, A. C. M. **Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial**. 2013. 112f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

COELHO, C. R. et al. A cross-sectional study of depression and self-care in patients with type 2 diabetes with and without foot ulcers. **Ostomy Wound Manage**, v.60, n.2, p.46–51, 2014.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2 ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

CUBAS, M. R. et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. Mov.**, v. 26, n. 3, p. 647-655, 2013.

CUENTRO, V. S. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre idosos de um hospital público. **Revista contexto & saúde**, v. 16 n. 30, p. 28-35, 2016.

CUEVAS, A; ALONSO, R. Dislipidemia diabética. **Rev Med Clin Condes**, v.27, n.2, p.152-159, 2016.

DANNA, S. M. et al. Association between Depressive Symptoms and Cognitive Function in Persons with Diabetes Mellitus: A Systematic Review. **PLoS One**, v.11, n.8, 2016.

DEGANI, G. C. et al. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n.5, p.759-65, 2014.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Salário Mínimo Nominal e Necessário**. 2016. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>. Acesso em 06 nov 2016.

DIAS, A. M. et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. **Millenium**, v. 40, p. 201-219. 2011.

DIAS, V. R. et al. Avaliação da percepção sensorial ao gosto doce em pessoas com Diabetes Mellitus tipo2. **Rev Rene**, v.17, n.4, p.483-9. 4, 2016.

DOUBOVA, S. V. et al. Factors associated with regular physical exercise and consumption of fruits and vegetables among Mexican older adults. **BMC Public Health**, v.16, n.952, 2016.

DUARTE, C. K. et al. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. **Rev Assoc Med Bras.**, v.58, n.2, p.215-221, 2012.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 126-134, 2012.

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.

FARIA, H. T. G. et al. Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes *mellitus*. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n.3, p.231-247, 2013.

FERNANDES, M. G. M. et al. Indicadores sociais e saúde autorreferida de idosos diabéticos: variações entre os sexos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 35, n. 1, p. 59-66, 2013.

FERRANNINI, E.; CUSHMAN, W. C. Diabetes and hypertension: the bad companions. **Lancet.**, v.380, n.9841, p.601-10, 2012.

FERREIRA, M, C. Clinical variables associated with depression in patients with type 2 diabetes. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 61, n.4, p.336-340, 2015.

FLOR, L. S. et al. Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. **Rev Saúde Pública**, v.49:29, 2015.

FREITAS, C. V. et al. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.19, n.1, p.119-128, 2016.

FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C. C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v.13, n.1, p.75-84, 2015.

GEMEAY, E. M. et al. The association between diabetes and depression. **Saudi Med J.**, v.36, n.10, p.1210-1215, 2015.

GEIB, L. T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.123-133, 2012.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; FOSS, M. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, 2012.

GOMIDES, D. S. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.3, p.289-93, 2013.

GONZÁLEZ, A. C. T. et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2016 .

GONZALES, J. S. et al. Differentiating symptoms of depression from diabetes-specific distress: relationships with self-care in type 2 diabetes. **Diabetologia**, v.51, n.10, p.1822-5, 2008.

GUNGGU, A.; THON, C. C.; LIAN, C. W. Predictors of Diabetes Self-Management among Type 2 Diabetes Patients. **Journal of Diabetes Research**, 2016.

HALTER, B. J. et al. Diabetes and cardiovascular disease in older adults: current status and future directions. **Diabetes**, v.63, p. 2578-2589. 2014.

HELMO, F. R. et al. Cuidados com os pés: o conhecimento de indivíduos com diabetes mellitus. **Enfermería Global**, v.35, p. 52-62, 2014.

HEROLD, K. C. et al. Type 1 diabetes: translating mechanistic observation into effective clinical outcomes. **Nat Rev Immunol.**, v.13, n.4, p.243-256, 2013.

HOVSTADIUS, B; PETERSSON, G. Factors leading to excessive polypharmacy. **Clin Geriatr Med.**, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: subsídios para as projeções da população. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> (acesso em 13 de agosto de 2015).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2014. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014a. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf> (acesso em 13 de agosto de 2015).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2014. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014b.

Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/SIS_2014.pdf (acesso em 13 de agosto de 2015).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 32. 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf (acesso em 07 de agosto de 2014).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Uberaba (MG)**. 2010. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=317010&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc (acesso em 10 de agosto de 2016).

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**, 6th ed., International Diabetes Federation, Brussels, 2013a.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Global guideline for managing old people with type 2 diabetes**, International Diabetes Federation, Brussels, 2013b.

ISLAM, S. M. S., et al. Association between depression and diabetes amongst adults in Bangladesh: Hospital-based case-control study. **Journal of global health**, v. 5, n. 2, 2015.

JACONDINO, C. B. et al. Adesão à dieta por idosos com síndrome metabólica assistidos na Estratégia Saúde da Família: frequência e associação com depressão. **Sci Med.**, v.26, n.3, 2016.

JESUS, R. A. T. **Estado nutricional e adesão ao tratamento de pacientes diabéticos tipo 2 de uma unidade básica de saúde de Trevisco - SC**. 2012, 99p, Monografia. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.

KATON, W. J. The Comorbidity of Diabetes Mellitus and Depression. **Am J Med.**, v.121, n.11, Suppl 2, p.S8-15, 2008.

KHALIL, S. S.; RODRIGUES, M.C. S. Polifarmácia em idosos do Brasil: reflexão à luz de problemáticas e perspectivas. **Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento**, v.1, n.2, 2015.

KLAFKE, A. et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil: 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.3, p.455 - 462, 2014.

KIRKMAN, M. S. et al. Diabetes in older adults. **Diabetes Care**, v.35, p. 2650 - 2664, 2012.

LEONE, T.; COAST, E.; NARAYANAN, S.; DE GRAFT AIKINS, A. Diabetes and depression comorbidity and socio-economic status in low and middle income countries (LMICs): a mapping of the evidence. **Global Health**, v.8, n.39, 2012.

LESLIE, R. D. G.; BRADFORD, C. Autoimmune diabetes: caught in a NET. **Diabetes**, v. 63, p.4018-4020, 2014.

LIMA, L. A. et al. Hábitos alimentares de hipertensos e diabéticos atendidos em um serviço de Atenção Primária à Saúde do Sul do Brasil. **Rev. Nutr.**, v.28, n.2, p.197-206, 2015.

LINDEMANN, I. L.; MENDONZA-SASSI, R. A. Orientação para alimentação saudável e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde no Sul do Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.29, n.1, p.34-42, 2016.

LLOYD C. et al. Epidemiology of depression in diabetes: international and cross-cultural issues. **Journal of Affective Disorders**, v.142, p. S22-S29, 2012.

LLOYD C. The effects of diabetes on depression and depression on diabetes. **Diabetes Voice**, v.53, n.10, p.23-6, 2008.

LUZ, E.P. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.2, p. 303-314, 2014.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M.L. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.4, p.540-547, 2006.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.4, p.609-622, 2014.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R.; NERI, A. L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3653-3668, 2015.

MARQUES, M. B. et al. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.2, p.415-20, 2013.

MARTINO, N. M. B.; MARTINO, H. S. D. **Biodisponibilidade de minerais**. In: Silva SMCS, Mura JDP. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo (SP): Roca; 2010.

MARTINS, W. A.; MOÇO, E. T. M. Cardio-oncologia: o preço do envelhecimento. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 3, 2012.

MEDEIROS, S. G; MORAIS, F. R. R. Organization of healthcare services for elderly women: users' perceptions. **Interface**, v. 19, n. 52, p. 109-19. 2015.

MELLO, A. P. A. et al. Estudo de base populacional sobre excesso de peso e diabetes mellitus em idosos na região metropolitana de Goiânia, Goiás. **Geriatr Gerontol Aging**, v.10, n.3, p.151-7, 2016.

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

MICHELS, M. J. **Depressão em diabéticos tipo 2**: prevalência, fatores associados, avaliação da aderência ao tratamento e complicações do diabetes. 2010. 76f. Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2010.

MICHELS, M. J. et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.54, n.7, p.644-651, 2010.

MUT-VITCU, G. et al. Depression influences the quality of diabetes-related self-management activities in elderly patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. **Clinical Interventions in Aging**, v.11, p. 471–479, 2016.

NOGUEIRA, E. L. et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.3, p.368-377, 2014.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; MACIEL, M. G.; NETO, J. F. R. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v.17, n.6, p.562-572, 2012.

OLIVEIRA, M. M. et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, p.287-296, 2015.

OREM, D. E. **Nursing**: concepts of participle. 6 ed. St Louis. Mosby, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Adesão às terapias de longa duração**: evidência para a prática. Genebra, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atlas global sobre prevenção e controle das doenças cardiovasculares**. Genebra, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depressão**: uma crise global. Dia Internacional da Saúde Mental, 10 de outubro de 2012. 29 p. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Monitor do progresso das doenças crônicas não transmissíveis 2015**. Genebra, 2015.

ONG, W. N.; CHUA, S. S.; NG, C. J. Barriers and facilitators to self-monitoring of blood glucose in people with type 2 diabetes using insulin: a qualitative study. **Patient Prefer Adherence**, v.15, n. 8, p. 237-246, 2014.

OSBORN, C.Y.; EGEDE, L. E. The Relationship between Depressive Symptoms and Medication Non-Adherence in Type 2 Diabetes: The Role of Social Support. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 34, n.3, p.249-253, 2012.

OSBORN, C. Y.; MAYBERRY, L. S.; KIM, J. M. Medication adherence may be more important than other behaviours for optimizing glycaemic control among low-income adults. **J Clin Pharm Ther.**, v.41, n .3, p.256–259, 2016.

PARADELA, E. M. P. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, p. 31-40, 2011.

PARREIRA, J. A. R.; BASSITT, D. P. Aplicação da escala de depressão geriátrica em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. **Enfermagem Brasil**, v.14, n.4, p.202-210, 2015.

PASSANHA, A. et al. Milk consumption profile in elderly people. **J Human Growth Develop.** v. 21, n.2, p. 319-26, 2011.

PAULA JÚNIOR, J. D. et al. Prática de polifarmácia por idosos cadastrados em unidade de atenção primária. **Investigação**, v.13, p.15-18, 2013.

PILGER, C.; MENON, M. H; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 19, n. 5, p. 01-09, 2011.

PORCIÚNCULA, R. C. R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Uberaba, MG: Assessoria de Planejamento em Saúde, 2014. 157 p.

RAMOS, L.R. **Growing old in São Paulo, Brazil**: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. Theses (Doctor) - London School of Hygiene and Tropical Medicine, London. 1987.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Informe de situação e tendências**: demografia e saúde / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 36 p.

REZENDE NETA, D. S; SILVA, A. R. V.; SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.**, v.68, n.1, p.111-6, 2015.

RODRIGUES, R. M. C. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. **Rev Panam Salud Publica**, v.23, n.2, p.109–115, 2008.

ROLNICK, S. J. et al. Patient Characteristics Associated with Medication Adherence. **Clinical Medicine & Research**, v. 11 n. 2, p.54-65, 2013.

ROMBALDI, A. J. et al. Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p.1513-1521, 2014.

ROSIS, R. G.; MASSABKI, P. S.; KAIRALLA, M. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. **Rev Bras Clin Med.**, v.8, n.2, p.101-8, 2010.

ROOS, A. C.; BAPTISTA, D. R.; MIRANDA, R. C. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **Demetra**, v.10, n.2, p. 329-346, 2015.

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.

ROSSET, I. et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p.391-400, 2011.

ROY, T.; LLOYD, C. E. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. **J Affect Disord.**, v.142, n.1, p.S8–S21, 2012.

SANTOS, I. C. R. V. et al. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.10, p. 3007-3014, 2013.

SANTOS, G. F. P. et al. A adesão ao autocuidado influencia parâmetros bioquímicos e antropométricos de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos no programa hiperdia do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Nutr. clin. diet. hosp.**, v.34, n.3, p.10-19, 2014.

SANTOS, M. V. R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med.**, v.11, n.1, p.55-61, 2013.

SASS, A. et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.1, p.80-85, 2012.

SCHMITT JÚNIOR, A. A.; LINDNER, S.; SANTA HELENA, E. T. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Rev Assoc Med Bras.**, v.59, n.6, p.614–621, 2013.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enf**, v.63, n.1, p.136-140, 2010.

SILVA, C. M. G.; VIDAL, E. C. F. Idosos com diabetes mellitus: práticas de autocuidado. **Cad. Cult. Ciênc.**, v. 10, n. 2, dez. 2011.

SILVA, J. M. N. et al. Avaliação da qualidade de sono em idosos não institucionalizados. **ConScientiae Saúde**, v.11, n.1, p.29-36, 2012.

SILVEIRA, E. A. et al. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3689-3699, 2015.

SINCLAIR, A. et al. Diabetes Mellitus in Older People: Position Statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes. **JAMDA**, v.13, p.497-502, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**, v.107, n. 3, supl. 3, Setembro 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016**. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.

SOUZA, M. J. P.; OLIVEIRA, P. R.; BURNQUIST, H. L. Lar "Doce" Lar: uma análise do consumo de açúcar e de produtos relacionados no Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, v.51 n.4, P. 785-796, 2013.

STACCIARINI, T. S. G; HAAS, V. J.; PACE, A. E. Fatores associados à autoaplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1314-1322, 2008.

STARKSTEIN, S. E. et. al. Diagnostic Criteria for Depression in Type 2 Diabetes: A Data-Driven Approach. **Plos One**, v. 9, n.11, 2014.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol.**, v.18, n. 2, p.170-180, 2015.

TAVARES, D. M. S et al. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.2, p.211-8, 2011.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiqu. Clín.**, v.32, n.3, p.149-159, 2005.

TOOBERT, D J.; GLASGOW, R. E. **Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire**. In: BRADLEY, C., editor.

Handbook of psychology and diabetes. Switzerland: Harwood Academic, p.351-375, 1994.

TOOBERT, D J.; HAMPSON, S. E.; GLASGOW, R. E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care**, v.23, n.7, p.943-950, 2000.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.885-895, 2004.

TREVISANI, F. A. **Atividades de autocuidado de idosos com diabetes mellitus tipo 2**. 2014. 183f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

TSCHIEDEL, B. Complicações crônicas do diabetes. **JMB**, v.102, n.5, 2014.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, p.539-548, 2012.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012.

VERAS, V. S. et al. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.35, n.4, p.42-8, 2014.

VIRTUOSO, J. F. et al. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.23-31, 2012.

WEINGER, K.; BEVERLY, E. A.; SMALDONE, A. Diabetes Self-Care and the Older Adult. **West J Nurs Res**, v.36, n.9, p.1272-1298, 2014.

WHEBERTH, A. P. V. B. **Polifarmácia em idosos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais. Governador Valadares, 22f. 2011.

WILTINK, J. et al. Associations between Depression and Diabetes in the Community: Do Symptom Dimensions Matter? Results from the Gutenberg Health Study. **Symptom Dimensions of Depression and Diabetes**, v. 9, n.8. 2014.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.3, p.583-595, 2012.

Apêndice A

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Início da entrevista: _____ Término: _____
 Data da Coleta: ____/____/_____
 Bairro: _____ Endereço: _____
 Tel: _____

1) Data de nascimento: ____/____/_____
 Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) Sexo.....
 1- Masculino 2- Feminino

3) Qual o seu estado conjugal?.....
 1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)
 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

4) Escolaridade:.....
 Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

5) Qual a sua renda individual:.....
 1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
 4 - De 1 | 3 salários mínimo 5 - De 3 | 5 salários mínimos 6 – mais de 5 salários mínimos

Apêndice C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sintomas depressivos, fatores associados e acesso aos serviços de saúde entre idosos residentes no Triângulo SUL Mineiro

Pesquisador: Leiner Resende Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69897617.2.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.295.596

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora: "O tornar-se idoso no Brasil tem acontecido de maneira acelerada, com dificuldades de ajuste às novas demandas sociais e sanitárias. Diferentemente dos países desenvolvidos, cujo envelhecimento ocorreu após a vigência de melhores condições de vida da população em uma realidade socioeconômica mais equilibrada (BRASIL, 2007). Assim, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma desigual, apresentando variações nos percentuais entre as regiões brasileiras, sendo 12,7% no Sudeste; 12,3% no Sul; 10,5% no Nordeste, 9,5% no Centro-Oeste e 7,3% no Norte (IBGE, 2010a). Estes dados evidenciam a heterogeneidade do envelhecimento populacional brasileiro sendo relevante desenvolver pesquisas com o intuito de propor ações em saúde que atendam as especificidades de cada localidade. No estado de Minas Gerais a população idosa corresponde a, aproximadamente, 11,8% e no Triângulo Mineiro, local de realização da presente investigação a 11,5% (IBGE, 2010b; 2010c). Estes percentuais estão acima da média nacional denotando a necessidade de desenvolver pesquisas nesta localidade com o intuito de compreender a dinâmica do processo de envelhecimento, bem como suas implicações para as áreas sociais e de saúde. O crescente número de idosos é uma realidade e vem acontecendo em todo o mundo, sendo mais acelerado em países em desenvolvimento. O aumento do envelhecimento populacional é uma das consequências da

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.295.596

transição demográfica, resultado da interação entre a taxa de fecundidade e a de mortalidade (IBGE, 2010). No Brasil, esta realidade é evidenciada pelo percentual considerável de pessoas acima de 60 anos, representadas por 12,6% da população total (IBGE, 2012). Anualmente, 650 mil indivíduos chegam à velhice, a maior parte com doenças crônicas não estão acima da média nacional denotando a necessidade de desenvolver pesquisas nesta localidade com o intuito de compreender a dinâmica do processo de envelhecimento, bem como suas implicações para as áreas sociais e de saúde. O crescente número de idosos é uma realidade e vem acontecendo em todo o mundo, sendo mais acelerado em países em desenvolvimento. O aumento do envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica, resultado da interação entre a taxa de fecundidade e a de mortalidade (IBGE, 2010). No Brasil, esta realidade é evidenciada pelo percentual considerável de pessoas acima de 60 anos, representadas por 12,6% da população total (IBGE, 2012). Anualmente, 650 mil indivíduos chegam à velhice, a maior parte com doenças crônicas não transmissíveis e alguns com limitações funcionais. Em menos de meio século, o Brasil tem passado de um panorama de mortalidade característico de uma população jovem para um cenário de doenças complexas que perduram durante anos e até então eram peculiares dos países longevos (LEBRÃO, 2007). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 48,9% dos idosos apresentam mais de uma doença crônica e, entre aqueles com 75 anos ou mais de idade, a proporção atinge 54,0%. Destaca-se que as morbidades crônicas contribuem para o processo de declínio funcional (IBGE, 2010a). Doenças crônicas não transmissíveis são as afecções que apresentam evolução longa, como resultado de um processo multifatorial, gradativo e cumulativo. Em geral, essas condições cursam com sintomatologia permanente, intervalando fases assintomáticas e agudas (PEREIRA, 2008). Na velhice, esse processo pode se revelar de forma expressiva e, com frequência, pode haver a associação de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando as comorbidades (BRASIL, 2007). Dentre essas morbidades, evidencia-se a depressão, cuja prevalência na velhice é alta (SNOWDON, 2002). A doença traz consigo repercussões importantes na vida do idoso (AVDs), que pode levar à dependência e comprometer a qualidade de vida do idoso (SANTOS, 2003). Destaca-se que a manutenção da capacidade funcional para a realização das AVDs, que permite que o idoso viva sem dependência tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde desta área, considerando que ele está mais vulnerável a apresentar doença crônica. Estas morbidades podem gerar dependência funcional e maior utilização dos serviços de saúde, expressos na maior procura, em internações hospitalares mais frequentes e maior tempo de ocupação do leito (VERAS, 2009). De acordo com os dados do sistema de informação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.295.596

Triângulo Mineiro (UFTM), referência para 27 municípios da macrorregião do Triângulo Sul, sediado no município de Uberaba, as internações dos idosos representaram 24% em relação às outras faixas etárias. A média de permanência hospitalar dos idosos foi de 5,75 dias no ano 2008, 7,17 em 2009 e 6,16 em 2010. Os homens idosos apresentaram maior percentual de internação em 2008 (50,98%) e em 2009 (50,1%). Qual a prevalência do indicativo de depressão na população idosa residente no Triângulo Sul Mineiro? A Capacidade Funcional pode interferir no indicativo de depressão?

Idosos com sintomas depressivos procuram mais os serviços de saúde do que idosos sem sintomas?"

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora: ". Identificar a prevalência do indicativo de depressão entre idosos residentes no Triângulo Mineiro;

2. Verificar a associação do indicativo de depressão com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, renda, número de morbidades e capacidade funcional.

3. Analisar a utilização e o acesso aos serviços de saúde entre os idosos com indicativo de depressão residentes no Triângulo Mineiro;"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "O risco previsto é de desconforto na aplicação do instrumento de depressão. Se isso ocorrer ao idoso será oferecido apoio emocional, será interrompido a entrevista e será feito encaminhamento para a ESF do território adscrito. Será utilizado número de identificação para garantia do anonimato.

O risco previsto é de desconforto na aplicação do instrumento de depressão. Se isso ocorrer ao idoso será oferecido apoio emocional, será interrompido a entrevista e o encaminhamento para a ESF do território adscrito. Será utilizado número de identificação para garantia do anonimato.

O benefício será de identificar idosos com depressão e fatores associados para que os profissionais de saúde estejam mais atentos ao tema, procurando melhorar a assistência a esses idosos. Todos os municípios que serão investigados contam com Equipes de Saúde da Família (ESF), e todas as equipes contam com profissional de psicologia."

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.295.596

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com abordagem quantitativa; tipo inquérito domiciliar; analítico, transversal e observacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 22/09/2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_890626.pdf	20/09/2017 09:24:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_20_09.doc	20/09/2017 09:24:38	Leiner Resende Rodrigues	Aceito
Outros	Apendice_Anexos.docx	17/06/2017 13:03:03	Leiner Resende Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Leiner.docx	14/06/2017 09:44:53	Leiner Resende Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	31/05/2017 09:37:08	Leiner Resende Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.295.596

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 25 de Setembro de 2017

Assinado por:

Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

Apêndice D

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo **Quedas e violência contra idosos de Uberaba - MG**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: calcular a prevalência de quedas e de violência contra idosos; caracterizar o perfil do idosos que sofreram quedas e violência física e psicológica; verificar os preditores de quedas e de violência física e psicológica contra os idosos e, identificar *clusters* de quedas e violência contra idosos no município de Uberaba. Para participar você deverá responder umas perguntas sobre os seus dados pessoais e sua saúde. Além disto, realizar testes de desempenho funcional realizados pela verificação da sua força das mãos e sua capacidade de andar.

Você poderá obter todas as informações que quiser; e poderá não participar da pesquisa e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado por um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3700-6015 / 3318-5881

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3700-6776.

Anexo A

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

31) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

32) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____
 Em que cidade vive? _____
 Em que bairro estamos? _____
 Em que local estamos? _____
 Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

33) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____
 Tapete _____
 Tijolo _____

Nota: _____

34) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

35) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____
 Tapete _____
 Tijolo _____

Nota: _____

36) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____
 Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

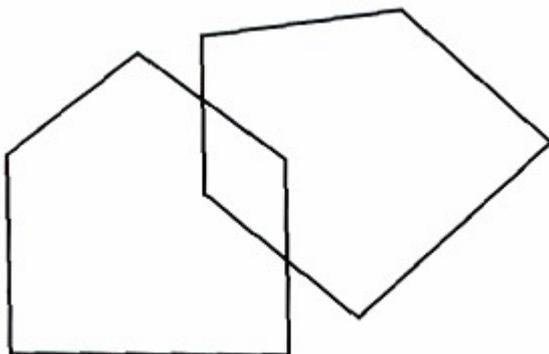
Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

37) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.) Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

38) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos \leq 13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 18

• com escolaridade superior a 11 anos \leq 26

39) Idoso apresentou declínio cognitivo:.....

(1) Sim (2) Não



Anexo B

MORBIDADES REFERIDAS

O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

Morbidades	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99
F) Embolia	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99
J) Diabetes (se sim, preencher QAD)	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99
L) Derrame	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99
R) Catarata	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99
X) Tumores benignos	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99
Z) Outras ()	1	2	99

Número de doenças.....

Anexo C

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES - QAD

(As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente)

1 - ALIMENTAÇÃO GERAL								
1.1 - Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 - Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2 - ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1 - Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 - Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gorduras como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 - Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	0	1	2	3	4	5	6	7
3 - ATIVIDADE FÍSICA								
3.1 - Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade física, inclusive andar)?	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 - Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
4 - MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA								
4.1 - Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 - Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	1	2	3	4	5	6	7
5 - CUIDADO COM OS PÉS								
5.1 - Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 - Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 - Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos depois de lavá-los?	0	1	2	3	4	5	6	7
6 - MEDICAÇÃO								
6.1 - Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes conforme foi recomendado? OU	0	1	2	3	4	5	6	7
6.2 - Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.3 - Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
7 - TABAGISMO								
7.1 - Você fumou um cigarro - ainda que só uma tragada - durante os últimos SETE DIAS?	() sim () não							
7.2 - Se sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia? Número de cigarros _____								
7.3 - Quando fumou seu último cigarro?								
() Nunca fumou								
() Há mais de dois anos atrás								
() Um a dois anos atrás								
() Quatro a doze meses atrás								
() Um a três meses atrás								
() no último mês								
() Hoje								

Anexo D

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (GDS - 15)

Questões	Não	Sim
Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
Você sente que sua vida está vazia?	0	1
Você se aborrece com frequência?	0	1
Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
Você sente que a sua situação não tem saída?	0	1
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
Você se sente cheio de energia?	1	0
Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL		

Considere: a soma total de pontos maior que 5 é indicativa de depressão

Presença de indicativo de depressão:.....

(1) Sim (2) Não