



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**ALYNNE RADOYK SILVA LOPES**

**HOMENS IDOSOS DIABÉTICOS: análise do autocuidado**

São Luís

2017

**ALYNNE RADOYK SILVA LOPES**

**HOMENS IDOSOS DIABÉTICOS: análise do autocuidado**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca de defesa do Curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a)  
autor(a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

LOPES, ALYNNE RADOYK SILVA.

HOMENS IDOSOS DIABÉTICOS: análise do autocuidado / ALYNNE  
RADOYK SILVA LOPES. - 2017.

49 f.

Orientador (a): ANA HÉLIA DE LIMA SARDINHA.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do  
Maranhão, São Luís, 2017.

1. AUTOCUIDADO. 2. DIABETES MELLITUS TIPO 2. 3.  
HOMEM. 4. IDOSO. I. SARDINHA, ANA HÉLIA DE LIMA. II.  
Título.

**ALYNNE RADOYK SILVA LOPES**

**HOMENS IDOSOS DIABÉTICOS: análise do autocuidado**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ NOTA: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

**Prof.<sup>ª</sup>. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (Orientadora)**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Me. Rafael de Lima Abreu**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>ª</sup>. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes**  
Universidade Federal do Maranhão

## RESUMO

**Introdução:** A transformação dos perfis demográficos e epidemiológicos da população brasileira tem levado a um aumento progressivo das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o diabetes mellitus, que acomete principalmente a população idosa. **Objetivo:** Analisar as atividades de autocuidado dos homens idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, no qual participaram 96 idosos atendidos em um ambulatório de endocrinologia, de um hospital universitário. Os dados foram coletados por meio de dois questionários semiestruturados: o primeiro foi o questionário para caracterizar as variáveis socioeconômica, demográfica e clínicas dos homens idosos com diabetes mellitus e o segundo foi o questionário de atividades de autocuidado para analisar as atividades de autocuidado com diabetes, foi considerado um escore de no mínimo de cinco pontos de média em cada atividade para caracterizar uma boa adesão ao autocuidado, os dados foram apresentados por meio de tabelas, e discutidos à luz da literatura. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética com parecer nº 1.237.917. **Resultados:** Os idosos caracterizaram-se por homens entre 60 e 80 anos, aposentados, pardos, com baixa escolaridade, e apresentando de 1 a 2 comorbidades, sendo a hipertensão arterial a mais relatada. Em relação às atividades de autocuidado com o diabetes, os itens de terapia medicamentosa e cuidado com os pés apresentaram boa adesão, enquanto a monitorização da glicemia e a prática de atividade física obtiveram menor adesão. **Conclusão:** Foi constatada a baixa adesão às atividades de autocuidado no que se refere à monitorização da glicemia e a prática de atividade física, o que pode acarretar no aparecimento de comorbidades e complicações da doença. Desta maneira é evidente a necessidade da promoção do autocuidado nessa população.

**PALAVRAS CHAVES:** Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Idoso; Homem.

## ABSTRACT

**Introduction:** The transformation of the demographic and epidemiological profiles of the Brazilian population has led to a progressive increase in chronic noncommunicable diseases, including diabetes mellitus, which mainly affects the elderly population. **Objective:** To analyze the self-care procedures of elderly men with diabetes mellitus type 2. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach involving 96 elderly patients attending at an endocrinology outpatient clinic at a university hospital. Data were collected through two semistructured questionnaires: the first one to characterize the socioeconomic, demographic and clinical variables of elderly men with diabetes mellitus type 2, and the second one was the self-care procedures questionnaire to analyze self-care behavior toward diabetes. It was considered a score of at least five points of average in each procedure to characterize a good adherence to self-care. The data were presented through charts, and discussed in the light of the literature. The research was approved by the Ethics Committee with evaluation no. 1,237,917. **Results:** The elderly were characterized by men between 60 and 80 years old, retired, brown, with low schooling, and presenting 1 to 2 comorbidities, with hypertension being the most reported. Regarding self-care procedures with diabetes, the items of drug therapy and foot care showed good adherence, while blood glucose monitoring and physical activity practice achieved lower compliance. **Conclusion:** Low adherence to self-care activities regarding blood glucose monitoring and physical activity was observed, which may lead to the onset of comorbidities and complications of the disease. Thus, the need to promote self-care in this population is evident.

**KEYWORDS:** Diabetes Mellitus type 2; Self Care; Elderly; Men.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABEP</b>	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>EBSERH</b>	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistólica
<b>HUUFMA</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
<b>HUUPD</b>	Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MA</b>	Estado do Maranhão
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PNAISH</b>	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
<b>QAD</b>	Questionário de Autocuidado com o Diabetes
<b>SBD</b>	Sociedade Brasileira de Diabetes
<b>SBE&amp;M</b>	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
<b>SDSCA</b>	Summary of Diabetes Self Care Activities
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TDAE</b>	Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem
<b>UFMA</b>	Universidade Federal do Maranhão
<b>WHO</b>	World Health Organization

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Caracterização dos indicadores socioeconômicos e demográficos dos homens idosos diabéticos. São Luís - MA, 2017.

**Tabela 2** - Caracterização dos indicadores clínicos dos homens idosos diabéticos. São Luís - MA, 2017.

**Tabela 3** - Média da adesão aos domínios do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. São Luís - MA, 2017.

**Tabela 4** - Item Tabagismo do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. São Luís - MA, 2017.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Processo de envelhecimento</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Saúde do homem e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Diabetes Mellitus e o autocuidado</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Tipo de estudo</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Local e período do estudo</b>	<b>20</b>
<b>4.3 População e amostra</b>	<b>21</b>
<b>4.4 Critérios de inclusão</b>	<b>21</b>
<b>4.5 Coleta de dados</b>	<b>21</b>
<b>4.6 Instrumentos de pesquisa</b>	<b>22</b>
<b>4.7 Análises dos dados</b>	<b>23</b>
<b>4.8 Aspectos éticos</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>24</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>34</b>
REFERÊNCIAS	35
ANEXO A - SUMMARY OF DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES (SDSCA)	39
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	41
ANEXO C - PARECER DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM	44
ANEXO D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO BIBLIOTECA UFMA	45
APÊNDICE	46
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	46
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO	47
APÊNDICE C - TERMO PÓS ESCLARECIDO	49

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido como um processo progressivo em que ocorrem mudanças biológicas, funcionais, psicológicas que ao longo do tempo tendem a determinar uma gradual perda da capacidade que a pessoa possui para adaptar-se ao meio ambiente, consequentemente resultando em uma maior fragilidade, aumentando a incidência de doenças que levam à morte (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Para a Organização Mundial da Saúde (2015) idoso é aquela pessoa a partir dos 60 anos de idade, essa idade é válida para os países em desenvolvimento, no qual está inserido o Brasil, já em países desenvolvidos a idade é de 65 anos. A participação de pessoas nessa faixa etária de idade na população brasileira, em 2014, foi de 13,7% (IBGE, 2014). Essa mudança deve-se ao aumento da perspectiva de vida, melhoria das condições socioeconômicas e de saúde, resultando em um aumento significativo no número de idosos.

A partir da transição demográfica, importantes mudanças começam a ocorrer, a população experimenta o aumento da prevalência e incidência de doenças crônicas (CARAZZAI, 2014). As doenças crônicas cardiovasculares como: a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e obesidade, correspondem atualmente a 30% da taxa de mortalidade na população idosa (SILVA; MURA, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) comprovam o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas (hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares), e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam com a mesma frequência que as mulheres, os serviços de atenção à saúde.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) estima que a população mundial com diabetes seja da ordem de 382 milhões e que alcance 471 milhões em 2035, o que pode ser considerado uma epidemia em curso.

De acordo com Gomides *et al.* (2013) o autocuidado é um dos principais componentes no tratamento do diabetes, que envolve o segmento de um plano alimentar, a monitorização da glicemia capilar, a realização de atividades físicas, o uso correto da medicação e os cuidados com os pés. E a participação ativa do paciente é decisiva na prevenção de complicações agudas e crônicas decorrentes da doença (PEREIRA *et al.*, 2016).

Para Orem (1980), o autocuidado é a prática de atividades que a pessoa inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem estar. Esta teoria tem como propósito as ações que, seguindo um modelo, contribui de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de ações denominadas requisitos de autocuidado.

Diante disso, a pesquisa justifica-se pelo interesse em investigar o autocuidado em homens idosos com DM, grupo social que vem recebendo destaque nas políticas de saúde que ainda foi pouco estudada e que agrava os problemas de saúde da população idosa em geral. Como também pela participação no projeto de pesquisa intitulado diabetes mellitus: avaliação do conhecimento. A partir desse contexto questiona-se: quais as atividades de autocuidado realizadas por homens idosos diabéticos?

Devido à dimensão do problema, faz-se necessária uma análise das atividades de autocuidado dos homens idosos com diabetes mellitus tipo 2. E espera-se com o resultado da pesquisa contribuir para as discussões, no que se refere ao tema.

## **2 OBJETIVOS**

- Analisar as atividades de autocuidado dos homens idosos com diabetes mellitus tipo 2.
- Caracterizar variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas dos idosos com diabetes mellitus tipo 2 .

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Processo de envelhecimento

O processo de envelhecer é um fenômeno que atinge todas as pessoas. Sendo determinado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intrinsecamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (FECHINE; TROMPIERE, 2012). Portanto multifatorial, podendo ser diferente de pessoa para pessoa.

Biologicamente, o envelhecimento é relacionado ao acúmulo de danos moleculares e celulares, o que acarreta uma perda gradual nas reservas fisiológicas levando ao aumento do risco de contrair diversas doenças (OMS, 2015). Porém ao falar de envelhecimento é necessário ressaltar, não só a abordagem associada à idade, mas também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial.

Segundo a OMS (2015) o ritmo de envelhecimento da população é maior que no passado, tudo isso devido à combinação da queda na taxa de natalidade e ao aumento da expectativa de vida, resultando no rápido envelhecimento da população mundial. É notório que o Brasil, de modo similar a países em desenvolvimento, está vivenciando essa mudança demográfica.

A OMS (2014) afirma que a população mundial de idosos passará da marca de 841 milhões para 2 bilhões em 2050, tornando as doenças crônicas e qualidade de vida desafios de saúde pública. Em 2020 essa população será maior que o número de crianças até cinco anos, sendo que 80% viverão em países de renda baixa e média, como o Brasil.

De acordo com o IBGE (2013) o Brasil vem aumentando gradativamente sua população idosa, em todos os estados, representando 8,46% no país. O Estado do Maranhão a população de idosos é aproximadamente 589.000 pessoas, acompanhando a tendência nacional. Esses dados representam que as pessoas mais velhas estão tornando-se responsáveis por uma proporção cada vez maior da população em geral.

O município de São Luís tem a população de 1.014.837 segundo último censo em 2010, constituída 5,2% ou 52.772 de idosos. São Luís é a única capital do Nordeste em que a população idosa vivendo em área urbana ultrapassa a população idosa que vive em zona rural (IBGE, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) afirma que 8,8 % da população idosa do estado do Maranhão possuem limitação funcional para realizar atividades de vida diária e 25,7% possuem limitação funcional para realizar as atividades instrumentais de vida diária.

O aumento da longevidade dependerá de um fator essencial, a saúde. Caso os anos proporcionados pelo aumento da expectativa de vida são vividos com boa saúde, a capacidade de realizar atividades é diferente, caso esses anos a mais são vistos somente como declínio na capacidade física e mental, as repercussões são negativas (OMS, 2015).

De acordo com Pilger, Menon e Mathias (2013) os idosos consistem na maior demanda dos serviços de saúde, pelo fato da maior frequência de doenças relacionadas ao envelhecimento.

No entanto, a maior longevidade também repercute em implicações cruciais na sociedade em diversas áreas, incluindo os sistemas de saúde, programas sociais, mercado de trabalho, políticas públicas e dinâmicas familiares, o que exige uma efetividade na resolução dos problemas e desafios, principalmente no setor da saúde (TONELLI; RIELLA, 2014).

### **3.2 Saúde do homem e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**

A população mundial atingiu 7,2 bilhões de pessoas, com perspectiva de crescimento demográfico de 8,1 bilhões de pessoas em 2025 e 9,6 bilhões em 2050 segundo o estudo “Perspectivas de População Mundial” (ONU, 2013).

Segundo projeções do IBGE (2017) a população brasileira, conta com mais de 207 milhões de pessoas, sendo composta de 49,33% de homens. Bem como o Maranhão conta com mais de 7 milhões de residentes, destes 49,41% composta de homens.

Para o Ministério da Saúde (2012) as diferenças de morbimortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas: os homens morrem mais cedo, morrem principalmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis às doenças cardiovasculares, possivelmente pelos comportamentos de risco mais frequentes, procuram menos os serviços de saúde, por limitação de tempo e, principalmente, pela falsa autopercepção da sua infalibilidade física e mental.

No que concerne aos agravos à saúde masculina, estudos comprovam que há maior vulnerabilidade deles às doenças, principalmente às crônicas, buscando os serviços de saúde quando já se encontram com a enfermidade agravada, demandando, assim, maior custo ao Sistema de Saúde (PNAISH, 2008). Cabe ressaltar que homens e mulheres possuem riscos

diferentes para determinadas doenças, possuindo o fator biológico maior peso em alguns casos, e em outros predominarem a questão socioeconômica e cultural.

Segundo Toneli, Souza e Muller (2010) o argumento de que a mulher está mais próxima do cuidado preventivo e o homem ao cuidado que atenda às necessidades imediatas, “curativas”, é recorrente. Por outro lado, ao afirmarem que apenas procuram o serviço no extremo de suportabilidade, estas pessoas estão levando a termo a expressão do “até onde o corpo aguenta”.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem criada pela portaria nº 1944 de 28 de agosto de 2009 tem como objetivo:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009, p.1).

Na velhice, os homens são levados a se confrontar com a própria vulnerabilidade, sobretudo porque nessa etapa do ciclo de vida muitos homens são levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce para as enfermidades (BRASIL, 2009).

Para Quirino, Medrado e Lyra (2016) registraram em sua pesquisa no município de Recife uma maioria de homens idosos e/ou aposentados, que demandavam certa urgência no atendimento, com demandas relacionadas ao trabalho ou decorrentes dele. No entanto a expressiva maioria buscava tratar de uma queixa já instalada. Comprovando que à busca aos serviços de saúde com foco na prevenção quase nunca ocorre.

A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (PNAISH, 2008).

### **3.3 Diabetes Mellitus e o autocuidado**

As doenças crônicas, principalmente as não transmissíveis, estão associadas às pessoas mais velhas sendo responsáveis pela maioria dos problemas de saúde enfrentados por essa população (OMS, 2015).

As DCNT são doenças multifatoriais que ao longo da vida se desenvolvem e tem longa duração. A DM é uma das quatro DCNT de maior impacto mundial, conjuntamente

com as doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas. As quais possuem em comum, fatores de risco individuais modificáveis: como tabagismo, inatividade física, uso nocivo de álcool e alimentação não saudável; e os fatores não modificáveis que incluem: a genética, o sexo e a idade (BRASIL, 2014).

A cronicidade das doenças mais prevalentes em idosos deve ser considerada, já que determinam custos mais elevados dos tratamentos de saúde, em comparação com outras faixas etárias (LOPES, 2014). No entanto muitas dessas DCNT podem ser prevenidas, controladas ou retardadas envolvendo-se hábitos de vida saudáveis, principalmente se forem descobertos precocemente.

De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM (2015) as DCNT em 2013 no Brasil causaram aproximadamente 72,6% das mortes, seguindo assim a tendência mundial. Gerando um grande impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos portadores, a maior chance de morte prematura e os efeitos econômicos prejudiciais para as famílias, comunidade e sociedade.

Conforme a World Health Organization (2016) o número de adultos com diabetes quadruplicou em todo o mundo em menos de 40 anos, chegando em 2016 a 422 milhões de casos, já no Brasil mais de 12 milhões de pessoas são portadoras de diabetes mellitus (SBD, 2016). Revelando na problemática uma questão importante de saúde pública.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - SBE&M (2017) define a diabetes como doença crônica, autoimune, caracterizada pela deficiência da produção de insulina pelo organismo. A doença envolve o metabolismo da glicose no sangue, podendo ser apresentado de inúmeras formas. Também considerada uma síndrome de etiologia múltipla. O Diabetes é classificado em: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes gestacional, e outros tipos de diabetes.

Segundo Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015) o DM tipo 2 é a forma mais frequente, sendo responsável por 90 a 95% dos casos, podendo ocorrer em qualquer idade, mas geralmente diagnosticada após os 40 anos. Ele caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. O DM tipo 2 é causado por uma interação de fatores genéticos e ambientais (sedentarismo, dieta rica em gorduras e o envelhecimento).

O conjunto de sinais e sintomas que levam a suspeita de diabetes são poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso, esses sinais são mais evidentes no tipo 1, mas podem estar presentes no tipo 2, os mesmos também podem evoluir para cetose,

desidratação e acidose metabólica, principalmente em caso de estresse agudo. Sintomas mais vagos podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga (SBD, 2017).

No tipo 2 o início é assintomático e insidioso, o que faz frequentemente, a suspeita da doença ser feita por uma complicação tardia, como proteinúria, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica, retinopatia ou infecção de repetição (BRASIL, 2013).

Conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015) são utilizados três critérios para o diagnóstico de DM com a utilização da glicemia: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescido de glicemia casual  $> 200$  mg/dl; glicemia em jejum  $\geq 126$  mg/dl. Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose  $> 200$  mg/dl.

O tratamento do DM em idosos atende aos mesmos princípios utilizados em outras faixas etárias. Entretanto deve-se atentar a importantes particularidades dessa população, como a dificuldade na diferenciação entre tipo 1 e 2, diferença nas metas de controle glicêmico e uso de vários antidiabéticos orais (SBD, 2014-2015).

Nas últimas décadas, buscou-se definir um tratamento padrão a ser utilizado, considerando medicamentos, padrões de alimentação, atividade física e resultados da monitorização da glicemia e utilização desses dados (FERRITO; NUNES; CARNEIRO, 2014). Porém não estabeleceram metas glicêmicas, sendo recomendada a individualização, tendo em vista diferentes fatores como:

presença ou não de doenças que limitam a qualidade e/ou quantidade de potenciais anos de vida (câncer; miocardiopatia grave; insuficiências renal, hepática ou pulmonar; sequelas importantes de acidente vascular cerebral [AVC] etc.) e idade muito avançada, na qual o tempo de hiperglicemia não seria suficiente para desenvolver as complicações crônicas do diabetes. Limitações econômicas, sociais ou familiares podem inviabilizar esquemas terapêuticos complexos necessários para o controle glicêmico ideal. Nessas situações, seriam aceitáveis valores glicêmicos de jejum de até 150 mg/dl e pós-prandiais  $< 180$  mg/dl (SBD, 2014-2015, p 199).

As complicações agudas e crônicas do DM tipo 2 causam alta morbimortalidade, o que acarreta altos gastos para a saúde. As complicações crônicas dividem-se em: microvasculares (oftalmológicas, neurológicas e renais) e macrovasculares (doença vascular, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico) que surgem principalmente nos casos não controlados e de longa duração (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

Uma complicação clássica é o pé diabético, que se inicia após uma úlcera plantar consequência da associação da neuropatia periférica com a doença vascular, resultando em

infecções severas, em sua grande maioria, e até mesmo em amputações, quando não prestada uma assistência específica, adequada e precoce (SOARES *et al.*, 2016).

Gomides *et al.* (2013) ressalta-se que a presença de complicações pode diminuir a motivação para o autocuidado, tendo em vista as limitações relacionadas a elas. Considerado um dos principais componentes no tratamento do diabetes, o autocuidado envolve o segmento de um plano alimentar, a monitorização da glicemia capilar, a realização de atividades físicas, o uso correto da medicação e os cuidados com os pés.

A preocupação com o autocuidado foi evidenciada pela enfermeira Dorothea Orem quando na década de 1950 desenvolveu a teoria do autocuidado, baseada na premissa de que as pessoas podem cuidar de si próprios. Contidas nele e entre si apresentam-se três teorias: a teoria dos sistemas de enfermagem; a teoria do déficit de autocuidado e a teoria do autocuidado (OREM, 1995).

Como o conceito de déficit de autocuidado refere-se à relação entre o autocuidado e a exigência do mesmo, está contido na teoria dos sistemas de enfermagem. Ele representa a necessidade de autocuidado, a qual, quando reconhecida, ativa um sistema de enfermagem. Deste modo, para a enfermagem ser legítima, o déficit de autocuidado precisa existir (OREM, 1995).

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem é uma das mais referenciadas na enfermagem, incorporando o modelo de enfermagem proposto pela mesma. O autocuidado é o conceito principal na TDAE. Portanto pode ser definido como a prática de atividades que as pessoas realizam para o seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar, objetivando a preservação da vida. Sendo o enfermeiro o agente propiciador do autocuidado ao cliente (QUEIROZ; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014).

As demandas terapêuticas na teoria de Orem são classificadas em:

requisitos universais – que buscam manter a vida, a estrutura e o funcionamento do ser humano; os de desenvolvimento – oferecem as condições necessárias para as mudanças que ocorrem ao longo dos ciclos da vida, permitindo adaptações para o desenvolvimento do indivíduo; os desvios de saúde – são as necessidades de autocuidado que se manifestam na presença de doenças, incapacidades e tratamentos necessários para o restabelecimento do indivíduo (OREM, 1995, p. 147).

Por desvio de saúde consideram-se as necessidades de autocuidado que surgem mediante doenças ou incapacidades, e os transtornos exigidos para corrigir essa condição que são: assegurar cuidados apropriados; conscientização e atenção dos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; execução efetiva de medidas médicas; conscientização e atenção, ou regulação de efeitos desagradáveis ou maléficis de medidas; modificação do autoconceito (auto-imagem), na aceitação de si como estando no estado especial de saúde e

necessitando de formas específicas de cuidados de saúde e aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999).

Por sua vez, a teoria dos sistemas de enfermagem engloba a teoria do déficit de autocuidado e esta, contém a teoria do autocuidado. Quando uma exigência por cuidado de enfermagem é ativada, um sistema de enfermagem é produzido. Por isso, sistema de enfermagem é o conjunto de ações e interações dos enfermeiros e dos pacientes, classificado em totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educativo (OREM, 1993).

Queirós, Vidinha e Almeida Filho (2014) acrescentam que autocuidado é universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária e às instrumentais. Trata-se de um comportamento pessoal, que pode influenciar na saúde, porém não se dá de maneira isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde.

As alterações que ocorrem com o aumento da idade, afetam diretamente a vida e a saúde dos idosos, implicando em sua capacidade física e mental de exercer determinadas atividades do dia-a-dia (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014). Para pacientes diabéticos este corresponde à prática de atividades realizada pela pessoa em benefício próprio na perspectiva da promoção da saúde e bem-estar (SAMPAIO; GUEDES, 2012).

O enfermeiro, sendo entendedor dessas alterações, precisa estar atento para identificá-las. Ele deve saber compreender as necessidades evidentes ou não de cada cliente, realizando cuidados individualizados e buscando conservar a sua liberdade e autonomia (VALCARENGHI *et al.*, 2014).

A perspectiva do autocuidado a diabetes nos idosos apresenta complexidades adicionais, relacionadas com problemas específicos da idade, como baixos níveis de conhecimento, dependência, mobilidade reduzida, suporte social inadequado, reduzida capacidade para o autocuidado. Portanto esses fatores são muitas vezes limitadores do acesso aos cuidados, impactando diretamente na saúde e na qualidade de vida dos idosos e muitas vezes desconhecidos dos profissionais (LIMA *et al.*, 2016).

Diante disso, Rosa (2016) afirma que a pessoa idosa pode ser vista enquanto agente de autocuidado, que apesar das suas limitações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento pode adotar comportamentos de autocuidado.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa "**DIABETES MELLITUS: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO**".

### **4.2 Local e período do estudo**

A pesquisa foi realizada no município de São Luís – Maranhão (MA), no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra (HUUPD), um dos centros de atendimento aos portadores de DM.

O município de São Luís é o mais populoso do estado do Maranhão, com uma população de 1.082.935 habitantes e o quarto mais populoso do Nordeste. Da totalidade de sua área geográfica de 831,7 km<sup>2</sup>, desse total 157,56 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. O município localiza-se na ilha de Upaon – Açú, no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar, e faz parte da mesorregião do norte maranhense, e da microrregião da aglomeração urbana de São Luís – MA (IBGE, 2017).

O HUUPD foi inaugurado em 28 de julho de 1961, pelo presidente Dr. Jânio Quadros. O complexo hospitalar da Universidade Federal do Maranhão é composto por duas unidades: Presidente Dutra e Materno Infantil, e por 10 unidades ambulatoriais, sendo uma, o Centro de Referência em Endocrinologia e Diabetes.

Em 2013, a UFMA assinou o contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, cuja criação integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. A EBSEH, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, passou a ser a responsável pela gestão do HUUFMA, assumindo a coordenação e avaliação da execução das atividades do hospital; apoiando tecnicamente a elaboração de instrumentos de melhoria de gestão, além de distribuição de recursos para a melhoria dos serviços prestados (EBSEH, 2016).

Dentro desse contexto o Centro de Referência em Endocrinologia e Diabetes atende aos usuários portadores de diabetes mellitus. A assistência direta ao paciente diabético

é realizada nos dias úteis, no turno matutino e vespertino. A pesquisa foi realizada entre os meses de dezembro de 2016 a maio de 2017.

#### **4.3 População e amostra**

A amostra do estudo foi por conveniência, composta por 96 idosos atendidos no Ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra.

#### **4.4 Critérios de inclusão**

A) Possuir idade igual ou superior a 60 anos, ser do sexo masculino, com diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2, que seja cadastrado e realize acompanhamento há pelo menos seis meses no local do estudo.

B) Possuir condições para comunicar-se com o pesquisador.

#### **4.5 Coleta de dados**

O período de coleta de dados foi de segunda a quarta, no turno matutino, no Ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra. Os idosos foram abordados pelo pesquisador na sala de espera, no primeiro momento foram encaminhados para uma sala reservada, questionados sobre sua idade e apresentados os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios e assegurado o sigilo das informações.

Após o primeiro momento aqueles que aceitarem participar da pesquisa foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e a responderem a entrevista em um momento oportuno para o idoso e para o serviço de saúde, com duração média de 30 a 40 minutos. De maneira a otimizar o atendimento e garantir a privacidade dos participantes.

A obtenção dos dados foi realizada na seguinte sequência: realização de contato pessoal com os pacientes e proposta a participação na pesquisa; orientação do pesquisado quanto à pesquisa; assinatura do TCLE (ANEXO B) e preenchimento dos questionários, respectivamente.

#### 4.6 Instrumentos de pesquisa

Este estudo utilizou dois instrumentos: o primeiro foi o questionário com os dados socioeconômico, demográfico e clínico (Apêndice A) e o segundo instrumento foi o Questionário de Autocuidado com o Diabetes (QAD), versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira a partir do Summary of Diabetes Self Care Activities (SDSCA) direcionados aos pacientes portadores de diabetes mellitus (Anexo A).

O questionário socioeconômico, demográfico e clínico, possui as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, profissão, renda, escolaridade, estado civil, número de filhos, classificação do diabetes mellitus, comorbidades apresentadas, complicações crônicas, medicamentos utilizados e glicemia capilar.

O QAD é um questionário utilizado para avaliar a adesão às atividades de autocuidado nos diabéticos nos sete dias anteriores à aplicação do questionário e tem sido um dos instrumentos mais usados em pesquisa. Apesar da pesquisa não ter utilizado um instrumento direcionado pela teoria de Dorothea Orem, o QAD é pertinente quando se refere ao autocuidado e enfoca nos requisitos de desvio de saúde.

O QAD possui sete domínios e dezessete itens 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, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso) e o “tabagismo” (dois itens). Este instrumento possui oito questões fechadas e autopreenchíveis, tendo o escore total de sete pontos. Para evidenciar uma mudança de comportamento por parte do usuário, deve ser considerado o escore mínimo de cinco pontos de média em cada domínio.

As variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio padrão (DP); as variáveis categóricas, por meio de frequência absoluta e porcentagem. Foram atribuídos valores às respostas de acordo com a frequência com que realizavam determinada atividade nos dias da semana, com variação dos escores, de cada item, de zero a sete. O valor zero corresponde à situação menos desejável e sete ao mais desejável. Nos itens da dimensão “alimentação específica”, os valores foram invertidos (7=0, 6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7). A análise do tabagismo foi realizada por meio das frequências absoluta e relativa de fumantes na amostra, bem como a média de cigarros consumidos por dia (Michels *et al.*, 2010).

#### **4.7 Análises dos dados**

Os dados foram importados para o software de tratamento estatístico Epiinfo versão 7.1.3, tendo como nível de significância de 95% e margem de erro tolerável de 5% e no programa Microsoft Office Excel 2007, apresentados por meio de tabelas, em números absolutos e percentuais, analisados através de uma estatística descritiva trabalhando com frequência relativa e absoluta, e discutida à luz da literatura.

#### **4.8 Aspectos éticos**

A pesquisa faz parte do projeto “Diabetes Mellitus: avaliação do conhecimento” que foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, a fim de atender aos aspectos recomendados na resolução 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando-se os princípios éticos, a confidencialidade e o anonimato, sendo aprovada com o parecer de número 1.237.917 (Anexo B).

A pesquisadora esclareceu todos os questionamentos dos participantes com relação à pesquisa e após os mesmos aceitarem participar, estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias, construído especificamente para este estudo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 96 homens, idosos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

**Tabela 1** - Caracterização dos indicadores socioeconômicos e demográficos dos homens idosos diabéticos. São Luís - MA, 2017. (continua)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
60 a 65	32	33,3
66 a 70	35	36,5
71 a 75	25	26
76 a 80	4	4,2
<b>Cor</b>		
Branca	25	26
Preta	30	31,3
Amarela	6	6,3
Parda	35	36,5
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	66	68,8
Outros	30	31,2
<b>Renda</b>		
1 a 2 salários mínimos	75	78,1
3 a 4 salários mínimos	12	12,5
5 ou mais salários mínimos	9	9,4
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	15	15,6
Ensino fundamental incompleto	29	30,2
Ensino fundamental completo	8	8,3
Ensino médio incompleto	11	11,5
Ensino médio completo	30	31,3
Educação superior completa	3	3,1
<b>Estado civil</b>		
Casado / união estável	70	72,9
Solteiro	12	12,5
Separado / divorciado	3	3,1
Viúvo	11	11,5

**Tabela 1** - Caracterização dos indicadores socioeconômicos e demográficos dos homens idosos diabéticos. São Luís - MA, 2017. (continuação)

<b>Número de filhos</b>		
1 filho	7	7,8
2 a 3 filhos	44	48,9
≥ 4 filhos	39	43,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

Em relação à caracterização dos dados socioeconômicos e demográficos, 35 (36,5%) dos idosos afirmou ter entre 66 e 70 anos (Tabela 1). Dados do IBGE (2015) corroboram com os achados da pesquisa, afirmando que o estado do Maranhão possui expectativa de vida masculina na casa dos 66 anos, valores bem inferiores à média nacional, que é de 71,9 anos.

Houve predominância de não brancos (parda e preta) representando 65 (67,8%) da amostra. De acordo com Barros *et al.* (2012) em relação à cor da pele, a população maranhense aponta para a predominância da cor parda 66%, tendo em vista que o estado possui a segunda maior população de negros do país.

No que diz respeito à ocupação, 66 (68,8%) afirmaram ser aposentados e 30 (31,2%) informaram realizar alguma outra atividade remunerada, isso demonstra tanto o elevado número de idosos sem direito à aposentadoria como a quantidade que ainda exercem atividade remunerada. Pinheiro e Coelho Filho (2016) corroboram com esta pesquisa ao evidenciar o percentual elevado de 22,7% de idosos que não recebiam aposentadoria. Porém o processo de transição para a aposentadoria é determinante para maior adesão às atividades de autocuidado, tendo em vista que o avanço da idade determina uma maior demanda de saúde.

Observou-se também que 75 (78,1%) declararam receber até 1 salário mínimo, ou seja, pertencente a classe econômica D e E (baixa renda) de acordo com a categorização de classes da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014). Estudo de Lopes *et al.* (2014) afirma que 55,2% dos entrevistados recebiam um salário mínimo.

Dentre a escolaridade, 52 (54,2%) apresentaram baixa escolaridade, o que corresponde a menos que nove anos de estudo, e somente 3 (3,1%) relatou possuir ensino superior completo. Em relação ao nível de escolaridade Gomides *et al.* (2013) revela que 85,7% dos participantes possuíam baixa escolaridade, dados que corroboram os achados na pesquisa.

Para Pilger, Menon e Mathias (2013) algumas características como o analfabetismo, aposentadoria e alterações do estado nutricional levam a uma maior dependência dos idosos em relação à outras pessoas.

Quanto ao estado civil, 70 (72,9%) declararam-se sendo casados, com 44 (48,9%) relatando ter entre dois e três filhos. Tal predomínio corrobora com Duarte *et al.* (2013) que encontrou 76,9% de idosos casados e Barbosa *et al.* (2014) em pesquisa realizada em Montes Claros – MG com 153 (53,5%) afirmando este estado civil. Calenti *et al.* (2010) afirma que a capacidade funcional é menor entre os casados comparados aos sem companheiro, no presente estudo a categoria sem companheiro engloba os viúvos, solteiros e divorciados.

**Tabela 2** - Caracterização dos indicadores clínicos dos homens idosos diabéticos. São Luís - MA, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Comorbidade</b>		
Sim	67	69,8
Não	29	30,2
<b>Quantidade de comorbidade</b>		
1 a 2	63	65,6
3 ou mais	3	3,1
<b>Comorbidade</b>		
Hipertensão Arterial	45	49,5
Cardiopatia	15	16,5
Afecções renais	13	14,3
Osteomusculares	7	7,7
Endócrinas	4	4,4
Afecções do SN	3	3,3
<b>Quantidade de medicamentos</b>		
1 a 2	84	87,5
3 ou mais	12	12,5
<b>Medicamentos utilizados</b>		
Metformina	41	43,6
Glibenclamida	27	28,4
Insulina	22	22,9
Losartana potássica	16	16,7
Sinvastatina	6	6,3
<b>Glicemia casual</b>		
0 a 199 mg/dl	69	71,9

≥ 200 mg/dl	27	28,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

Em relação à comorbidade, 69,8% relataram possuir alguma comorbidade, sendo que 30,2% não apresentavam nenhuma outra doença, 65,6% referiram possuir de 1 a 2 e 3,1% relataram possuir 3 ou mais (Tabela 2). Estudo realizado por Marin *et al.* (2008) encontrou média de 2,5 diagnósticos de doenças crônicas, sendo as cardiovasculares as mais frequentes, seguida das doenças osteomusculares e do sistema conjuntivo, além de endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Dentre os indicadores clínicos podemos citar a hipertensão arterial como a principal comorbidade associada ao diabetes mellitus com 45 (49,5%) do total da amostra. Seguida das complicações cardíacas 15 (16,5%) como (cardiopatias, cardiomegalias, trombose, hipercolesterolemia, dislipidemia), renais com 13 (14,3%) a exemplo (doença renal crônica, cálculo renal, nefropatia), complicações do Sistema Nervoso Central, endócrinas e articulares que juntas correspondem a 14 (15,4%) da amostra (Tabela 2).

Mengue *et al.* (2016) constatou em sua pesquisa a prevalência de hipertensão arterial de 59,0% a qual aumentou significativamente com a idade, assim como a prevalência de doenças cardíacas, que variou de 11,0% no grupo com 60 a 69 anos a 22,0% no grupo com ≥ 80 anos, e a prevalência de AVC foi referido por uma minoria (6,0%), chegando a 10,0% no grupo com ≥ 80 anos. Ou seja, a frequência de comorbidades neste estudo está relacionado ao avanço da idade.

É preciso ressaltar que, o Ministério da Saúde (2013) considera a hipertensão arterial e o diabetes como os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, a qual é considerada a primeira causa de morte no Brasil e no mundo.

Ao serem interrogados quanto ao número de medicamentos utilizados diariamente, 87,5 % relataram tomar de 1 a 2 medicações, e 12,5% utilizavam entre 3 ou mais medicações.

Quanto à terapia medicamentosa podemos afirmar que todos fazem uso de medicações diariamente, sendo o cloridrato de metformina o mais usado com 41 (43,6%), seguido da glibenclamida 27 (28,4%), insulina 22 (22,9%), e da losartana potássica com 16 (16,7%). A associação de doenças crônicas traz consigo a ampla utilização de medicamentos (Tabela 2). Os resultados deste estudo foram semelhantes ao de Sardinha *et al.* (2015) no qual 46% dos idosos com diabetes mellitus utilizavam glibenclamida 5mg e metformina 850 mg em associação e 23,3% utilizava somente a metformina.

Cabe destacar a elevada frequência de terapia combinada, o que corrobora a literatura no sentido de que a maioria dos idosos necessita de mais de um antidiabético, para o controle adequado da doença (SARDINHA *et al.*, 2015).

Mengue *et al.* (2016) refere em sua pesquisa, com 23,0% dos idosos utilizando apenas um medicamento, 23,0% utilizando dois, 29,0% utilizando três ou quatro medicamentos e 18,0% utilizando pelo menos cinco e caracterizando polifarmácia, corroborando assim com os dados desta pesquisa.

A glicemia casual apresentou média de 174 mg/dl, ou seja, dentro da normalidade que preconiza valores inferiores a 200mg/dl, porém 27 (28,1%) dos participantes valores acima de 200 mg/dl, variando entre 225 a 296 mg/dl. Este resultado vai ao encontro da pesquisa de Duarte *et al.* (2013) que encontrou média de 173,33 mg/dl em glicemia de idosos portadores de DM. Porém esses dados vão de encontro com os achados de Oliveira *et al.* (2012) onde os valores da glicemia obtiveram uma variação de 212 a 345 mg/dl.

Para a avaliação da adesão às práticas de autocuidado, os itens do QAD foram parametrizados em dias por semana, de 0 a 7, sendo zero a situação menos favorável e sete a mais favorável. Apenas no item sobre alimentação específica, às perguntas sobre o consumo de doces e alimentos ricos em gordura, os valores foram invertidos, sendo 7 (sete) considerado menos favoráveis e 0 (zero) o mais favorável (Tabela 3).

A adesão às práticas de autocuidado foi considerada satisfatória quando as médias eram maiores ou iguais a 5, exceto para os itens “ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral e ingerir doces”, que, por se tratar de comportamentos inadequados, espera-se encontrar valores menores, exatamente o contrário.

A análise descritiva dos itens permitiu analisar as atividades de autocuidado através do questionário de autocuidado com o diabetes e obter uma média global de 5,69 dia/semana, levando em consideração todos os itens do QAD.

Ao analisar o autocuidado de diabéticos, obtiveram-se uma adesão melhor às atividades relacionadas à terapia medicamentosa e cuidado com os pés, enquanto as atividades relacionadas à atividade física e monitorização da glicemia receberam uma pontuação menor.

Dados semelhantes foram encontrados na Índia, país em processo de desenvolvimento como o Brasil, onde os resultados encontrados mostraram que 79,8% informaram realizar atividades relacionadas à terapia medicamentosa, enquanto 21% relataram realizar o nível de atividade física recomendada (GOPICHANDRAN *et al.*, 2012).

**Tabela 3** - Média dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. São Luís - MA, 2017.

<b>Domínio</b>	<b>Itens do QAD</b>	<b>Média (±DP)</b>
Alimentação geral	Seguir uma dieta saudável	4.23 (±2.55)
	Seguir orientação alimentar	3.31 (±2.93)
Alimentação específica	Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	4.97 (±2.34)
	Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	3.05 (±2.59)
	Ingerir doces	0.57 (± 1.72)
Atividade física	Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	2.25 (±2.57)
	Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar, etc)	1.21 (±2.10)
Monitorização da glicemia	Avaliar o açúcar no sangue	1.28 (±2.32)
	Avaliar o açúcar no sangue conforme recomendado	1.17 (±2.38)
Cuidado com os pés	Examinar os pés	5.53 (±2.54)
	Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	4.29 (±3.07)
	Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	4.15 (±3.22)
Medicação	Tomou medicamentos conforme recomendado	6.41 (±1.41)
	Tomou insulina conforme recomendado	6.77 (±0.64)
	Tomou o número indicado de comprimidos do diabetes	6.65 (±0.97)

QAD: Questionário de Autocuidado com o Diabetes

Já no Brasil esses resultados também foram encontrados em outros estudos que aplicaram o QAD em populações com média de 60 anos no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (MICHELS *et al.*, 2010) e no município de Ribeirão Preto – São Paulo (GOMIDES *et al.*, 2013).

O autocuidado relacionado ao domínio alimentação geral foi próximo ao desejável, demonstrando que os idosos têm o hábito de se alimentar adequadamente. Dentre os cinco itens abordados sobre alimentação: seguir a orientação alimentar foi a que apresentou menor adesão com média de 3,31 dias/semana, no que se refere ao item os idosos relataram que apesar de receberem orientações sobre uma dieta saudável, a mesma é financeiramente

incompatível com os rendimentos, fazendo assim adaptações a fim de seguir uma dieta saudável. Gomides *et al.* (2013) constatou em sua pesquisa com média de 5,6 dia/semana para o item de dieta saudável e, 4,3 dia/semana para o item seguir a orientação alimentar.

Se por um lado os alimentos indicados são de difícil acesso para as pessoas de baixa renda, os alimentos ricos em carboidratos têm um baixo custo, são de rápido preparo e fácil ingestão (NASRI, 2002).

O item ingerir doces apresentou maior adesão com média de 0,57 dia/semana. Esse aspecto positivo também foi encontrado no estudo de Felix *et al.* (2015) que apresentou média de consumo de 1,22 dia/semana e 60% relatando não ingerir açúcar ou doces, pois de acordo com seus conhecimentos adquiridos a partir da orientação da equipe de saúde essa categoria de alimento não é recomendado para o diabetes mellitus, como também a sociedade rotulado que doces são alimentos prejudiciais e proibidos para diabéticos.

A alimentação segundo é um requisito básico para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando uma melhor qualidade de vida. No entanto, o padrão alimentar da população urbana brasileira sofreu modificações expressivas, com aumento no consumo de proteínas de origem animal, de lipídios de origem animal e vegetal, e redução no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos. Isso, associado a fatores como hereditariedade, obesidade e inatividade física, têm contribuído para a elevação na prevalência de doenças (MARTINS *et al.*, 2010).

No tratamento do DM o cuidado com a alimentação é fundamental, pois favorece o controle metabólico, a normalização da glicemia, diminui os riscos cardiovasculares e contribui para o controle de peso, prevenindo o aparecimento de complicações agudas e crônicas da doença (FERREIRA; FERNANDES, 2009).

Quanto ao domínio atividade física, observou-se uma média de 2,25 dia/semana para o item realizar atividade física por pelo menos 30 minutos. Em relação à prática de atividade física específica (caminhada, natação, entre outras), a média encontrada foi de 1,21 dia/semana. Dados similares foram encontrados por Gomides *et al.* (2013) que obteve a média de 1,24 dia/semana para este último item. Alguns idosos relataram que realizavam atividade física, mas que devido ao período chuvoso da pesquisa haviam suspenso a atividade. As médias do domínio atividade física indicam resultado insatisfatório para a compreensão e adoção de práticas do autocuidado.

Apesar de as pessoas idosas disporem de mais tempo, devido à aposentadoria, a baixa adesão à atividade física pode ser explicada pelas condições de saúde, pela redução da

renda e pelas restrições sociais que lhe dificultam o acesso. Assim como outros fatores relacionados ao processo de envelhecimento (DOLL, 2007).

Em uma pesquisa realizada por Nagai, Chubaci e Neri (2012) os idosos relataram que não realizavam atividade física, atribuindo a não realização a limitações físicas, como dores nas articulações, dispnéia e sintomas hipoglicêmicos, no entanto, reconhecerem os benefícios da atividade física para a saúde.

Segundo a Associação Brasileira de Diabetes a perda de 5 a 10% de peso aliado a prática de exercício físico diminui a glicemia, retarda o avanço da doença, podendo repercutir até na necessidade de tratamento farmacológico pelo diabético. Além disso, a modificação no estilo de vida é de extrema importância, sobretudo, entre a população idosa que registra um aumento dos índices de obesidade e maior incidência de comorbidades relacionadas ao sedentarismo (FRANCISCO *et al.*, 2010).

No domínio monitorização da glicemia a média encontrada para o item avaliar o açúcar no sangue foi de 1,28 dia/semana e avaliar o açúcar no sangue conforme recomendado foi de 1,17 dia/semana. Felix *et al.* (2015) encontrou 0,79 dia/semana no que se refere ao item, resultados semelhantes ao do estudo.

Como justificativa para a baixa monitorização, os idosos informaram que não obtiveram orientação profissional para medir diariamente a glicemia, outros, entretanto obtiveram as orientações, mas não o faziam por falta de conhecimento da doença e condição financeira para comprar as fitas de glicemia capilar.

Deve se ressaltar, que apesar de os glicosímetros estarem cada vez acessíveis e com fácil leitura e manuseio, a adesão ao tratamento na população idosa e com baixo nível de escolaridade pode ser complexa. Assim o fato da baixa monitorização da glicemia não indica necessariamente baixa adesão, uma vez que os idosos não recebem orientação suficiente da equipe acerca dos programas existentes para a aquisição de fitas de glicemia capilar e glicosímetros, tornando ser um fator limitador.

A monitorização da glicemia é uma importante intervenção no controle e tratamento do DM. O controle glicêmico pode ser monitorado por glicemias de jejum, pré-prandial (antes das refeições), pós-prandial (após as refeições) e pela hemoglobina glicada (HbA1c). As glicemias são utilizadas para orientar o ajuste de dose da medicação empregada, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação (BRASIL, 2013).

No que se refere ao domínio cuidado com pés, foram encontrados médias próximas ao desejável, na avaliação dos três itens do QAD. O item examinar os pés com média de 5,53 dia/semana apresentou o melhor resultado para o autocuidado. Esses resultados corroboram com os achados de Gomides *et al.* (2013), que encontrou níveis satisfatórios em todos os itens deste domínio.

A prevenção do pé diabético, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com DM, é de vital importância para a redução das complicações. Há evidências sobre a importância do rastreamento em todas as pessoas com diabetes a fim de identificar aquelas com maior risco para ulceração nos pés, que podem se beneficiar das intervenções profiláticas, incluindo o estímulo ao autocuidado (BRASIL, 2013). Uma importante ação da enfermagem é o ensino aos pacientes sobre os cuidados com os pés, que se inicia com o exame físico diário minucioso. Esse autoexame dos pés deve incluir a lavagem, secagem, e lubrificação dos pés e evitar o acúmulo de umidade nos espaços interdigitais (SMELTZER; BARE, 2012).

Ribeiro *et al.* (2017) evidenciou em sua pesquisa a necessidade de uma avaliação dos pés de pessoas com DM periodicamente como parte da consulta de enfermagem e pelos demais profissionais de saúde, o que consideramos uma medida fundamental na identificação dos fatores de risco que podem ser modificados e que, conseqüentemente, reduzirá o risco de ulceração e amputação de membros inferiores nas pessoas com diabetes.

O inadequado cuidado com os pés ou a falta de um simples exame dos mesmos é um dos maiores desafios para o diagnóstico precoce de úlceras nos membros inferiores (ROCHA; ZANNETI; SANTOS, 2009).

No tocante ao domínio da terapia medicamentosa todos os itens obtiveram resultado satisfatório para o autocuidado. O item tomar medicação conforme recomendado obteve média de 6,41dia/semana; tomar insulina conforme recomendado com média de 6,77 dia/semana e tomar número indicado de comprimidos com média de 6,65 dia/semana.

Estudo realizado por Sardinha *et al.* (2015) apontaram que 60,6% foram considerados aderentes à terapia medicamentosa, indicando como fatores facilitadores da adesão o apoio da família com um papel coadjuvante no processo de cuidar, a necessidade do cumprimento da terapêutica, bem como o medo de agravo à saúde e a vontade de viver.

Desta forma, o enfermeiro utiliza-se de diferentes métodos de acordo com os requisitos necessários advindos do déficit de autocuidado, podendo ora agir ou fazer por ele,

orientar, guiar, oferecer apoio psicológico ou físico, proporcionar e manter um ambiente pessoal, ou ensiná-lo a lidar com as limitações inerentes da doença.

**Tabela 4** – Item Tabagismo do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. São Luís - MA, 2017.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias?		
Não	90	93,8
Sim	6	6,2
Se sim, quantos cigarros fumam, habitualmente, num dia? Número de cigarros		
3 cigarros	3	50,0
10 cigarros	3	50,0
Quando fumou o seu último cigarro?		
Nunca fumou	19	19,8
Há mais de dois anos atrás	69	71,9
Quatro a doze meses atrás	1	1,0
No último mês	1	1,0
Hoje	6	6,3
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

Conforme dados da amostra estudada, encontrou-se baixa porcentagem de pessoas tabagistas, 93,8%, e que relataram ter cessado o uso do tabaco há mais de dois anos atrás que corresponde a 71,9% da amostra (Tabela 2). Duarte *et al.* (2013) encontrou resultado semelhante com homens diabéticos, com 87,2 declarando-se não fumantes.

O resultado relacionado ao tabagismo mostrou-se positivo, pois já existem evidências que apontam que o uso de tabaco está associado à ocorrência de amputações, um grave desfecho relacionado ao DM (MICHELS *et al.*, 2010).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi constatada a baixa adesão às atividades de autocuidado no que se refere à monitorização da glicemia e a prática de atividade física, o que pode acarretar no aparecimento de comorbidades e complicações da doença, sendo importante a intensificação das ações de autocuidado no que tange essas atividades, cabendo aos profissionais de saúde, o estabelecimento de metas para o alcance de um autocuidado satisfatório.

Cabe frisar que a prática permanente de autocuidado em diabetes com o intuito de reduzir as complicações consideradas preveníveis, melhora a assistência à saúde e qualidade de vida, principalmente no decorrer do processo de envelhecimento.

É necessário que os idosos sejam alertados pelos profissionais de saúde para as atividades de autocuidado, sendo orientados para o aparecimento das principais alterações ocasionadas por tais condições, a fim de prevenir e/ou evitar o agravo do diabetes.

Merece ser ressaltado o papel dos serviços de saúde, os quais têm o desafio de montar estratégias para atuar com o contingente crescente de idosos, atendendo às suas necessidades, e que precisam ser estimulados quanto às práticas saudáveis, independência funcional e autonomia, de forma a fomentar mudanças comportamentais que favoreçam a promoção da saúde na população idosa com DM.

A assistência de enfermagem associada à teoria do autocuidado de Orem permite enfatizar o compromisso do profissional com o homem idoso portador de diabetes, engajando e tornando-o protagonista do seu autocuidado.

Diante das mudanças do modelo assistencial, o profissional enfermeiro faz-se necessário, pois é o preparado para prestar o cuidado de forma sistematizada, integral e humana, voltado não só para a doença, mas para a saúde do cliente, família e comunidade.

A pesquisa possuiu limitação devido à dificuldade de encontrar literatura no que se refere ao autocuidado de homens com diabetes mellitus, assim como a carência de estudos que utilizam o questionário de autocuidado.

Desta forma, a pesquisa poderá contribuir para o aumento do conhecimento na perspectiva do cuidado com homens idosos diabéticos, e ressalta a importância da ampliação dos resultados encontrados em outras realidades, uma vez que as mudanças de comportamento ocorrem lentamente e varia de pessoa para pessoa.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e Documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2000.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014, 19: Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151003>> Acesso em: 30 maio 2017.

BARROS, M. A. et al. Aspectos sociais e demográficos do maranhão no período de 2000 a 2010. **64ª Reunião Anual da SBPC**. Disponível em: <http://www.sbpnet.org.br/livro/64ra/resumos/resumos/9368.htm>. Acesso em: 14 mar 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2017.

CALENTI, J. C. M. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50(3):306-310. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63031151003/>>. Acesso em: 1 jun 2017.

CARAZZAI, E.M. **Qualidade de vida no envelhecimento: Situação de saúde dos idosos assistidos em unidades de saúde da família de município do interior paulista**. 2014. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108792/000769602.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 de nov 2016.

DOLL, J. (2007). Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. In: Neri, A.L. et al. (Orgs.). *Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade*. São Paulo (SP): Editora Fundação Perseu Abramo (Edições SESC SP).

DUARTE, M. R. et al. Análise do comportamento de autocuidado de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo II. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 5, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1431/1051>> . Acesso em: 30 maio 2017.

EBSERH. **HU-UFMA comemora 25 anos como hospital universitário**. Disponível em: <[http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/noticias/-/asset\\_publisher/s7KDTvaBNPtX/content/id/1518423/2016-10-hu-ufma-comemora-25-anos-como-hospital-universitario](http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/noticias/-/asset_publisher/s7KDTvaBNPtX/content/id/1518423/2016-10-hu-ufma-comemora-25-anos-como-hospital-universitario)>. Acesso em: 12 maio 2017.

FECHINE, B.R.A, TROMPIERE, I. N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista científica internacional*, ed.20, v.1, n.7, 2012. Disponível em: <http://ftp.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>. Acesso em: 22 nov 2016.

FELIX, L. G. et al. Adherence of Older People with Diabetes to Self-Care Activities: a Study on Gender Differences. *International Archives of Medicine*, [S.l.], v. 9, dec. 2016. ISSN 1755-7682. Disponível em: <<http://www.imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1917>>. Acesso em: 28 jun 2017.

FERREIRA E. A. P.; FERNANDES A. L. Treino em Alta Observação e Adesão a Dieta em Adultos com Diabetes tipo 2. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2009; 25(4): 629-636. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a19v25n4.pdf>. Acesso em: 1 jun 2017.

FERRITO, C.; NUNES, L.; CARNEIRO, A. V. Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica. *Cadernos de Saúde*, v. 6, número único, p. 19-29, 2014. Disponível em:

<[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13926/1/CSaude\\_6\\_20132014\\_artigo\\_2\\_19\\_29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13926/1/CSaude_6_20132014_artigo_2_19_29.pdf)>. Acesso em: 22 nov 2016.

FRANCISCO P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. de Saúde Pública**. 2010; 26(1): 175-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/18>. Acesso em: 28 jul 2017.

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. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v26/n3/v26n3a14.pdf>. Acesso em: 20 nov 2016.

GOPICHANDRAN S. V. et al. Diabetes self-care activities: a community-based survey in urban southern India. **The National Medical Journal of India**. 2012; 25(1):1-14. Disponível em: <<http://imsear.li.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/139251/1/nmji2012v25n1p14.pdf>> Acesso em: 28 jul 2017.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Resultados do universo. Agregados por setores censitários. Brasília, IBGE, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_sinopse.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm)>. Acesso em: 10 nov 2016.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>> Acesso em 1 jul 2016.

INCA. (2012). "Brasil Conta com 12% dos Idosos no Rol dos Fumantes". Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=list.a.asp>>. Acesso em: 10 jul 2017.

LEOPARDI, M. T; WOSNY, A. M; MARTINS, M. L. Teoria em enfermagem: instrumento para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1999. 222p.

LIMA, M. A. B. et al. O enfermeiro auxiliando o idoso diabético para gestão do autocuidado o idoso diabético e a gestão do autocuidado. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/171925>> Acesso em: 1 jun 2017.

LOPES, F. A. M. et al. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933>>. Acesso em: 24 maio 2017.

MARIN, M. J. S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, 2008; 24(7): 1545-1555. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000700009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700009)>. Acesso em: 1 jun 2017.

MARTINS, M. P. S. C. et al. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. **Rev Bras Cardiol**. 2010;23(3):162-70.

MENGUE, S.S. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de saúde pública**. São Paulo. Vol. 50, supl. 2 (2016), p. 1s-13s., 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/151176/001009637.pdf?sequence=>>. Acesso em: 24 jun 2017.

MICHELS, M. J. et al. Questionário de atividades de autocuidado com diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2010;54(7):644-50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n7/09.pdf>>. Acesso em: 24 nov 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF). MS, 2009.

NAGAI, P.A; CHUBACI, R.Y.S; Neri, A.L. (2012, dezembro). Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), "Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos

- Biopsicossociais”, pp. 407-434. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17315>>. Acesso em: 10 jul 2017.
- NASRI, F. (2002). Diabetes Mellitus no Idoso. In: Freitas, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 496-501. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan.
- NETA, D. R. S; SILVA, A. R. V; SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes *mellitus* ao autocuidado com os pés. **Rev. Bras. Enferm.** vol.68 no.1 Brasília Jan./Feb. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100111](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100111). Acesso em: 1jun 2017.
- OLIVEIRA, J. M.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Rev. Bras. Enferm.** v.67, n.5, p. 773-779, 35 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0773>> Acesso em: 14 mar 2017.
- OLIVEIRA, N. S. et al. Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. **Id OnLine Revista de Psicologia**, v. 8, n. 22, p. 49-83, 2014. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/264/376>. Acesso em: 20 nov 2016.
- OLIVEIRA, P. P. et al. Análise comparativa do risco de quedas entre pacientes com e sem diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 234 - 239, mar/abr. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423012705006>>. Acesso em: 30 maio 2017.
- OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 2. ed. New York: McGrau-Hill, 1980. Ch.3, p. 35-54: Nursingandself-care.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Relatório sobre a situação da população mundial 2011. Divisão de Informações e Relações Externas do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA. Traduzido pelo Escritório do UNFPA no Brasil, com apoio dos Escritórios do UNFPA em Moçambique e Cabo Verde. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/populacao-mundial/>>. Acesso em: 1jun 2017.
- PEREIRA, F. G. F. et al. Fatores relacionados à utilização de insulina em diabéticos acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 19, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2416/937>>. Acesso em: 1jun 2017.
- PILGER C.; MENON M. U.; MATHIAS T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2013; 47(1):213-220. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa>> Acesso em: 14 mar 2017.
- PORTAL DA SAÚDE. **Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília: portal da saúde; 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 30 maio 2017.
- QUEIROS, P. J. P; VIDINHA, T. S. S; ALMEIDA FILHO, A. J. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.** Coimbra, v. IV, n. 3, p. 157-164, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- QUIRINO, T; MEDRADO, B; LYRA, J. Atenção em saúde aos homens no cotidiano da atenção básica: diálogos com usuários e profissionais. **Athenea Digital. Revista de pensamento e investigação social**, v. 16, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/537/53748488023/>> Acesso em: 14 mar 2017.
- RIBEIRO, W. F. P. et al. Conhecendo o grau de risco para o desenvolvimento do pé diabético em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2. **Enfermagem Brasil**, v. 16, n. 2, p. 80-88, 2017. Disponível em: <<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/995>>. Acesso em: 10 jun 2017.
- ROSA, M. M. G. **Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem: a pessoa idosa em contextos de RNCCI**. Tese (doutorado) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2016. Disponível em: <[https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=880398](https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=880398)> Acesso em: 1 jun 2017.

ROCHA, R. M; ZANNETI, M. L; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 17-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a03v22n1>. Acesso em: 11 jun 2017.

SAMPAIO, C. F; GUEDES, M. V. C. Processo de enfermagem como estratégia no desenvolvimento de competência para o autocuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3070/307026829001/>. Acesso em: 26 maio 2017.

SARDINHA, A. H. L. et al. Adesão dos idosos com doenças crônicas ao tratamento medicamentoso. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 16, n. 3, 2016.  
SILVA, S. M. C. S; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2014. p. 461-462.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Brunner e Suddarth. 2012.

SOARES, I. L. L. et al. Pacientes hipertensos e diabéticos tipo 2: fisiopatologia das comorbidades, adesão ao tratamento e complicações. **Anais da jic-jornada de iniciação científica e tecnológica**, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/JORNADA/article/view/4729>. Acesso em: 11 jun 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014 -2015. **São Paulo**, 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/SBD-Diretrizes-Navegvel-Final.pdf>. Acesso em: 1jun 2017.

\_\_\_\_\_. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013 -2014. **São Paulo**, 2015. Disponível em: <http://www.fnac.pt/Diretrizes-da-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2012-2013-SBD/a1011047>. Acesso em: 1jun 2017.

\_\_\_\_\_. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013 -2014. Tratamento de pacientes idosos com diabetes. **São Paulo**, 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/020-Diretrizes-SBD-Tratamento-Idosos-pg198.pdf>. Acesso em: 1 jun 2017.

TONELLI, M.; RIELLA, M. Doença renal crônica e o envelhecimento da população. **J BrasNefrol**, v. 36, n.1, p. 1-5, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/pt\\_0101-2800-jbn-36-01-0001.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/pt_0101-2800-jbn-36-01-0001.pdf). Acesso em: 11 jun 2017.

TONELI, M. J. F; SOUZA, M. G. C; MÜLLER, R. C. F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4008/400838228015/>. Acesso em: 1 jun 2017.

VALCARENGHI, R.V. et al. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. **Revista Rene**. v.15, n.2, p. 224-232, 43 2014. Disponível em: [www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1583/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1583/pdf). Acesso em: 1 jun 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).US National Institute of Aging. **Global health and aging**. Bethesda: National Institutes of Health; 2011.

## ANEXOS

## ANEXO A – SUMMARY OF DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES (SDSCA)

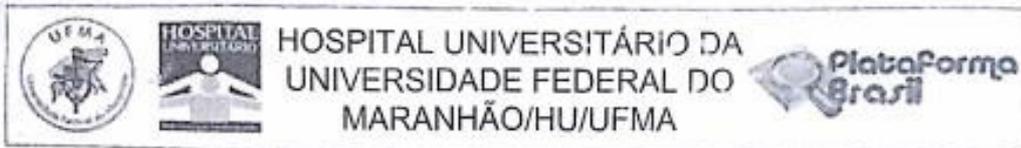
## Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD

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 gordura, 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 contínua, 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. CUIDADOS COM OS PÉS	
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os 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 dos pés 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 (se insulina e comprimidos):	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? ( ) Não ( ) Sim	
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____	
7.3 Quando fumou o 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 B- PARECERDO COMITÊ DE ÉTICA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DIABETES MELLITUS: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO

**Pesquisador:** Ana Hélia de Lima Sardinha

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 35830314.2.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

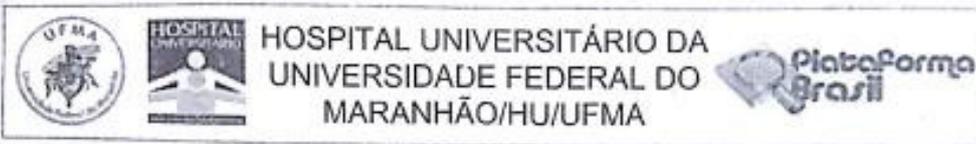
## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.237.917

**Apresentação do Projeto:**

As transformações dos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira têm levado a um aumento progressivo da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o diabetes mellitus (DM), que acomete principalmente a população idosa (OLIVEIRA et al., 2011). Objetivo: Avaliar o conhecimento dos pacientes com diabetes mellitus. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa realizado com pacientes diabéticos. Neste estudo serão incluídos os pacientes portadores de diabetes mellitus atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário - Unidade Presidente Dutra (HUUPD) este escolhido por atender um grande quantitativo de pacientes portadores de diabetes mellitus. Como critérios de inclusão têm-se: maiores de 18 anos de ambos os sexos com condições físicas mentais e espirituais para comunicar-se com o pesquisador e que consentirem em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os dados serão coletados por meio de instrumentos direcionados aos pacientes através de entrevista, um dos instrumentos conterá os dados socioeconômicos e demográficos, e os demais são questionários fechados que compreendem a avaliação do conhecimento do diabetes mellitus. Os dados numéricos serão analisados no programa estatístico Epi INFO® versão 7.1.3, tendo como nível de significância de 95% e margem de erro tolerável de 5%, e no programa Microsoft Office Excel® 2007, apresentados por meio de tabelas e gráficos, em números absolutos e percentuais, e discutidos à luz da

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.237.917

literatura.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Avaliar o conhecimento dos pacientes com diabetes mellitus.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar aspectos socioeconômicos e demográfico dos pacientes com diabetes mellitus; - Verificar as atividades de autocuidado dessa clientela aplicando o Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA);
- Identificar o conhecimento do portador de diabetes mellitus sobre a doença através do questionário Diabetes Knowledge Scales Questionnaire (DKN-A);
- Identificar a atitude, as questões psicológicas e emocionais dos indivíduos frente o diabetes através do Diabetes Atitudes Questionnaire (ATT-19);
- Verificar a autoeficácia dos pacientes em insulino terapia em relação ao manejo do DM através do questionário IMDES (Insulin Management Diabetes Self-Efficacy).- Medir a percepção individual subjetiva da qualidade de vida do portador de Diabetes Mellitus através do Diabetes Quality of Life Measure (DQOL);
- Identificar problemas emocionais relacionados a viver com diabetes e seu tratamento;
- Correlacionar os indicadores socioeconômicos e demográficos com a compreensão do diabetes e com as atividades de autocuidado.

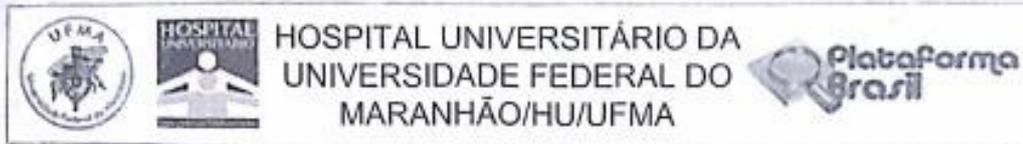
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador informa que os riscos para o participante da pesquisa refere-se a possibilidade de ocorrer uma situação de risco mínimo de ordem emocional aos participantes da pesquisa, relacionados ao envolvimento que acontece naturalmente no momento das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionados às perguntas formuladas, entretanto os participantes são livres para deixar de participar caso manifestem essa opção. Quanto aos benefícios, informa que estes estão relacionados à relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos profissionais de enfermagem oportunizando os participantes a discutirem sobre o conhecimento da doença e a repercussão desta em seu cotidiano, visando à melhoria da assistência aos usuário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo com temática relevante em termos científicos e sociais por propor melhoria na qualidade dos serviços oferecidos à saúde, bem como, contribuir com a pesquisa acadêmica acerca dessa

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.237.917

temática.

Protocolo aprovado com parecer Parecer: 862.367. Data da Relatoria: 17/10/2014, e solicitado prorrogação por meio de emenda para final de coleta em 12/08/2016.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12 em relação aos Termos de Apresentação Obrigatória, folha de rosto; projeto de pesquisa; TCLE e orçamento.

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que os resultados do estudo sejam encaminhados aos participantes, em caso de manifestação de interesse, ou à instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

PROTOCOLO APROVADO por atender aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O pesquisador deve: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP quando solicitado; e encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não, ou ainda justificar ao CEP caso haja interrupção do projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	Scan_20140826_145229.pdf	27/08/2014 20:45:47		Aceito
Outros	Parecer.frente-1.pdf	28/08/2014		Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

## ANEXOC-PARECER DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CCBS - CURSO DE ENFERMAGEM

## PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: Hormônios tireóideos diabéticos: análise do auto cuidado
2. ALUNO(A): Alyne Radoon Silva Lopes
3. ORIENTADOR(A): Ana Hêlia de Lima Sardinha
4. INTRODUÇÃO: expos a temática de modo breve e atualizado
5. JUSTIFICATIVA: relevância acadêmica e epidemiológica
6. OBJETIVOS: atendem ao desenho do estudo e são realizáveis
7. PROCESSO METODOLÓGICO: adequado aos objetivos do estudo
8. CRONOGRAMA: adequado
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: atende as normas da bio-ética
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: adequado as normas do curso
11. CONCLUSÃO DO PARECER: atendem as sugestões necessárias, são favoráveis a aprovação e a realização do projeto.

São Luis, 20 de dezembro 2016.

Rosilda Silva Dias

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião de dia 1/12/16
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 22/12/2016
- Referenciado pelo Colegiado de Curso em reunião de dia 1/12/16

Leila Maria Barros Toledo  
Prof.ª Dr.ª Leila Maria Barros Toledo  
Coordenadora do Curso de Enfermagem

## ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO BIBLIOTECA UFMA


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
 Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 - São Luís - Maranhão.

**NÚCLEO INTEGRADO DE BIBLIOTECAS**  
 DIVISÃO DE INFORMAÇÃO DIGITAL  
 REPOSITÓRIO DE MONOGRAFIAS  
 TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Título do Trabalho Homens idosos diabéticos análise do autismo  
 Autor Alyson Radoyl Silva Lopes  
 CPF do autor 029984503-69  
 E-mail alyson\_radoyl@hotmail.com  
 Seu e-mail pode ser publicado (x) sim ( ) não

Curso de Graduação ou Especialização \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Orientador Dr. Abner de Lima Sandoval  
 CPF do Orientador 158.651273-20  
 E-mail anabner.sandoval@hotmail.com  
 Seu e-mail pode ser publicado (x) sim ( ) não

Assinatura do Coorientador (caso haja) \_\_\_\_\_  
 CPF do coorientador \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_  
 Seu e-mail pode ser publicado ( ) sim ( ) não

Data de Defesa 13 de julho de 2017  
 Data de entrega do arquivo à secretaria do curso 12 de julho de 2017  
 Eu, Alyson Radoyl Silva Lopes, na qualidade de titular dos direitos autorais desta obra Homens idosos diabéticos análise do autismo e de acordo com a Lei nº 9610/98, autorizo a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, a mesma na rede mundial de computadores (Internet), para fins de leitura, impressão ou download, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade e sem fins comerciais.

Assinatura do Autor Alyson Radoyl Silva Lopes  
 Local e data São Luís, 12 de julho de 2017  
 Obs.: Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Contato: coord.bi.dg@ufma.br Tel.: 3272-8654

Cidade Universitária Dom Delgado - UFMA  
 Av. dos Portugueses, 1966, Biblioteca Central - São Luís-MA - CEP: 65000-805  
 Fone: (98) 3272-8641 - E-mail: bibliotecacentral@ufma.br

Consolidar  
 avanços  
 e vencer  
 desafios

## APÊNDICE

## APÊNDICEA - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Aspectos socioeconômicos e indicadores clínicos dos pacientes atendidos no Ambulatório de Endocrinologia.

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

<b>1. Idade (anos): ( )</b> (1). 60 a 65 (2). 66 a 70 (3). 71 a 75 (4). 76 a 80 (5). 80 ou mais	<b>2. Raça/Cor: ( )</b> (1). Branca (2). Preta (3). Amarela (4). Parda (5). Indígena (6). Outras	<b>3. Profissão ( )</b> (1). Aposentado (2). Afastado (3). Outros	<b>4. Renda ( )</b> (1). 1 a 2 Salários Mínimos (2). 3 a 4 Salários Mínimos (3). 5 ou mais Salários Mínimos
<b>6. Escolaridade ( )</b> (1) Analfabeto (2) 1ª a 9º ano do Ensino Fundamental incompleto (antiga 1ª a 8ª série) (3) 1ª a 9º ano do Ensino Fundamental completo (antiga 1ª a 8ª série) (4) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) (5) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) (6) Educação superior incompleta (7) Educação superior completa		<b>7. Estado civil ( )</b> (1). Casado/união estável (2). Solteiro (3). Separado/Divorciado (4). Viúvo	<b>8. Tem filhos (___)</b> (1) Sim (1.1) 1 (1.2) 2-3 (1.3) acima de 4 (2) Não
<b>9. Classificação do DM ( )</b> (1) Tipo 1 (2) Tipo 2 (3) Outros tipos de DM.	<b>10. Comorbidades e complicações apresentadas</b> _____ _____ _____		
<b>12. Medicamentos utilizados (Prescrição):</b> (1) Glibenclamida: _____ (2) Losartana: _____ (3) Metiformina: _____ (4) AAS: _____ (5) Sinvastatina: _____ (6) Insulina _____ (7) Outros: _____		<b>13. Glicemia Capilar (_____ mg/dl)</b> OBS:	

## APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da pesquisa “**HOMENS IDOSOS DIABÉTICOS: análise do autocuidado**”, sob a orientação da professora Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha. Este estudo tem como objetivo geral analisar as atividades de autocuidado dos homens idosos com diabetes mellitus tipo 2.

O(A) Sr. (a) foi selecionado porque é idoso com idade maior ou igual a 60 anos, é cadastrado e realiza acompanhamento/tratamento no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, tem condições físicas mentais e espirituais para comunicar-se com a pesquisadora e aceitou participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, porém a sua participação não é obrigatória.

A partir das explicações sobre essa pesquisa gostaríamos de saber se O (a)Sr (a) concorda em participar da mesma. Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em responder uma entrevista que será realizada com perguntas sobre: sua idade, sexo, raça, estado civil, profissão, renda, escolaridade, além da aplicação de um questionário que avalia a adesão ao autocuidado em paciente diabéticos.

Quanto aos riscos da sua participação estão relacionados à possibilidade do (a) Sr. (a) relembrar fatos ou passagens marcantes capazes de produzir alterações emocionais relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece no momento da entrevista. O benefício imediato pode ser a chance de discutir como o (a) senhor (a) se sente, e refletir sobre a importância no cuidado de homens idosos diabéticos, visando assim à melhoria da assistência aos mesmos.

Sua participação neste estudo é muito importante e será voluntária. O (a) Sr. (a) tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Em caso do (a) Sr. (a) retirar-se do estudo, favor avisar a pesquisadora que está acompanhando-o (a). Caso você desista de participar, será retirado (a) da pesquisa.

A sua identificação será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como retrato do grupo e não de uma pessoa. Dessa forma o Sr. (a) não será identificada quando as informações fornecidas por você forem utilizadas, seja para propósito de publicação científica, apresentação de trabalhos e artigos ou educativa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e o Sr. (a) não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

Caso você decida participar, irá receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma cópia ficará com você e a outra permanecerá com o pesquisador responsável em arquivar em local seguro.

O (a) Sr. (a) pode fazer perguntas a respeito da pesquisa sempre que achar necessário. Caso queira mais esclarecimentos a respeito da pesquisa ou se surgir alguma dúvida, entre em contato com a pesquisadora pelo telefone pessoal (98) 98837-9559 ou email para contato: [alynne\\_radoyk@hotmail.com.br](mailto:alynne_radoyk@hotmail.com.br). Além destes contatos você poderá falar com a orientadora deste estudo Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, na Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga – CEP 65080-805 São Luís – MA, pelo telefone 3272-9701 no horário das 8h às 12h e das 14h às 18h ou no seguinte endereço de email [anahsardinha@ibest.com.br](mailto:anahsardinha@ibest.com.br).

Havendo questões éticas ou denúncias relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 2109 1250 no horário das 8h às 12h e das 14 às 18h ou no seguinte endereço: Rua Barão de Itapary nº 22, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, 4º andar, Centro, CEP: 65020-070 São Luís – MA. Os comitês de ética em pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

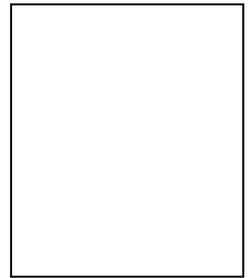
Desde já agradecemos.

## APÊNDICE C - TERMO PÓS ESCLARECIDO

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a fala utilizada nestas informações do estudo foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou-me consentimento de livre e espontânea vontade

Local: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



---

Participante da pesquisa

---

Pesquisadora