

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADRIANO MARQUES VALLE
ELAYNE LEITE DA SILVA
LUCIMAR SÁ DA SILVA

ENVELHECIMENTO, DIABETES E O TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.

São Luís

2010

**ADRIANO MARQUES VALLE
ELAYNE LEITE DA SILVA
LUCIMER SÁ DA SILVA**

ENVELHECIMENTO, DIABETES E O TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Àrina Santos Ribeiro.

São Luís

2010

Vale, Adriano Marques.

Envelhecimento, diabetes e o tratamento não farmacológico. Adriano Marques Vale; Elayne Leite da Silva; Lucimar Sá da Silva. - São Luís, 2010.

38 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Idoso. 2. Envelhecimento. 3. Diabetes. 4. Tratamento. I. Título.

**ADRIANO MARQUES VALLE
ELAYNE LEITE DA SILVA
LUCIMAR SÁ DA SILVA**

ENVELHECIMENTO, DIABETES E O TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

À Deus, fonte de luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Profa. Àrina Santos Ribeiro orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Os idosos do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso – CAISI de São Luís, pelo carinho e disponibilidade de participarem da pesquisa.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

*“Devemos aprender durante toda a vida, sem
imaginar que a sabedoria vem com a velhice.”*

Platão

RESUMO

No envelhecer há de se considerar também, a evolução do conjunto das doenças crônico-degenerativa, como diabetes, previsão para os próximos 10 anos índices estatísticos 250 milhões de pessoas atingidas pela doença e estima-se que este aumento, continua pela falta de conhecimento, dos cuidados preventivos e da adesão aos tratamentos (farmacológicos e não farmacológicos). O estudo trata-se de uma abordagem descritiva quantitativa onde analisaremos as causas da não adesão dos idosos com Diabetes ao tratamento não farmacológico. Foram entrevistados 17 idosos de ambos os sexos com faixa etária entre 60 a 75 anos do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso. Os dados mostram que 72,7% das idosas “às vezes” recebem orientações para o controle da diabetes, já os idosos 50,0% recebem orientações “às vezes”, da família, amigos e profissionais da saúde. Conclui-se que idosos preferem o tratamento farmacológico por se mais fácil segundo as falas dos entrevistados.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Diabetes. Tratamento.

ABSTRACT

In aging it must also consider, the evolution of the group of the chronic-degenerative diseases, as diabetes, forecast for the next 10 years statistical indexes 250 million people reached by the disease and he/she is considered that this increase, continues for the knowledge lack, of the preventive cares and of the adhesion to the treatments (pharmacological and no pharmacological). THE study is treated of a quantitative descriptive approach where we will analyze the causes of the seniors' non adhesion with Diabetes to the treatment no pharmacological. 17 were interviewed senior of both sexes with age group among 60 to 75 years of the Center of Integral Attention to the Senior's Health. The data show that 72,7% of the seniors "sometimes" receive orientations for the control of the diabetes, already the seniors 50,0% receive orientations "sometimes", of the family, friends and professionals of the health. It is ended that seniors prefer the pharmacological treatment for if easier according to the interviewees' speeches.

Key- words: Senior. Aging. Diabetes. Treatment.

SUMÁRIO

		p.
1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	METODOLOGIA	17
4	RESULTADOS E DISCURSSÃO	19
5	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIA.....	32
	APÊNDICE.....	34

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende descrever a não adesão dos idosos portadores de Diabetes de Mellitus ao tratamento não farmacológico e a importância do auto cuidado fundamentado no Déficit do Auto Cuidado como estratégia de promoção da saúde. Esta pesquisa será contextualizada no Processo de Envelhecimento sob os conceitos da geriatria, da gerontologia e da gerontopraxis, o conceito, a fisiologia, tratamentos do Diabetes de Mellitus, a Teoria do Auto Cuidado, Promoção da Saúde.

Sob o olhar da geriatria, alguns autores, falam que o envelhecimento inicia-se ao nascer e que aproximadamente ao final da segunda década de vida é que ocorre precocemente o processo de declínio de funções dos nossos órgãos de forma linear em função do tempo, e ainda que não seja possível definir um ponto exato dessa transição, assim como as demais fases da vida. Observa-se, também, que ao final da terceira década evidenciam-se as alterações anátomo-funcionais atribuídas ao envelhecimento (GUCCIONE, 2002, p.28).

Enquanto a Gerontologia apresenta o processo do envelhecimento como um estudo de campo multidisciplinar que tem como objeto, o fenômeno velhice, reconhecendo este evento de natureza biológica, sociológica e psicológica e os indivíduos e grupos socialmente definidos como idosos. O processo de envelhecimento acompanha todo o desenvolvimento humano, mas quando se fala que a Gerontologia estuda o envelhecimento, significa que são estudados os anos mais avançados da idade adulta, mais ou menos a partir dos 45 anos de idade. Nesse campo de estudo existem muitas disciplinas, que são ancoradas pela psicologia, pela biologia e pelas ciências sociais (NÉRI, 2000).

A gerontopraxis, termo usado pela enfermagem, como uma forma de trabalhar o processo de cuidar da saúde do idoso, sendo a prática reflexiva do(a) enfermeiro(a) gerontológico, é o agir consciente frente ao idoso, prática gerontológica transformadora, que busca intervir no sentido de proporcionar à pessoa idosa uma melhor qualidade de vida dentro dos limites de cada um, de modo que o idoso seja autor e ator de sua própria história e não mero coadjuvante, é a

prática de forma argumentada, ligando teoria/prática no ato de cuidar do idoso (FREIRE; BARROS; CARLOS, 2007).

Constata-se como um fato o número de indivíduos idosos que vem crescendo no mundo e consideravelmente no Brasil. Para muitos estudiosos do assunto, este fenômeno vem ocorrendo devido às melhorias de condições da saúde pública e aos avanços da medicina.

No estudo do processo de envelhecimento que acompanha a velhice, há que se considerar que em 1950, os idosos representavam aproximadamente 4,2% da população brasileira, e que em 1991 esse número passou a 7,3%. Atualmente, 15 milhões de pessoas têm mais de 60 anos; o Brasil é considerado o 6º país no mundo com o maior número de idosos, em torno de 32 milhões. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2025 serão dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo (PAPALÉO, 2002).

No envelhecer há que se considerar a globalidade de seus fatores, que são: ambientais, sociais, psicológicos, culturais e econômicos. Também, a evolução do conjunto das doenças crônico-degenerativas, como Diabetes, Hipertensão, Acidentes Vasculares e outras, que é uma realidade deste novo século. Destaca-se neste contexto a diabetes, doença que apresenta previsão para os próximos 10 anos índices estatísticos cada vez elevados, 250 milhões de pessoas atingidas pela doença e estima-se este aumento, visto que continua a falta de conhecimento de muita destas pessoas sobre a doença e seus sintomas, o que acarreta o desenvolvimento da mesma sem os cuidados preventivos e a adesão aos tratamentos. A *Diabetes Mellitus* é considerada um problema de saúde sério e importante em todo o mundo (PAPALÉO, 2002).

Os tratamentos, tanto o farmacológico e não farmacológico desta doença requer que os profissionais da saúde estejam bem treinados e que as pessoas com diabetes e seus familiares sejam parte ativa da equipe que implementam os tratamentos. Para que ocorra esta relação, os diabéticos devem ter conhecimento adequado sobre a doença e seu tratamento, e os profissionais da saúde entendam, respeitem e aceitam a participação ativa do paciente no cuidado de sua própria doença. Este conceito é frequentemente difícil de assimilar para os pacientes e os profissionais da saúde, já que por muitos anos se acostumaram a uma relação profissional de saúde-paciente muito diferente, ou seja, em uma hierarquia em que o profissional ordena e o paciente obedece (SBD, 2007).

1.1 Auto cuidado como estratégia de promoção da saúde.

O auto cuidado deve ser entendido como o desenvolvimento de habilidades pessoais relativas ao próprio bem estar. É uma estratégia fundamental na promoção da saúde. Ele se contrapõe a um modo de ver o idoso como alguém que vai obrigatoriamente necessitar da ajuda de parentes, profissionais da saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc.) e assistência em instituições para poder sobreviver. O auto cuidado diz respeito também a condutas de caráter social, afetivo, psicológico e outras que promovem a satisfação das necessidades básicas do ser humano (OREM, 2001).

Analisando-se a Teoria de Enfermagem do Déficit de Auto Cuidado, desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem, pode-se ver que ela tem como base possibilitar aos indivíduos, família e comunidade tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades bem como empenharem efetivamente no desenvolvimento de seu próprio caminho em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Assim sendo, envolve o controle, a liberdade e responsabilidade da pessoa na melhoria de sua qualidade de vida e está muito além daquilo que a pessoa pode fazer por si própria (OREM, 2001).

Orem (1991) define, assim, os três passos do processo de enfermagem como:

(1) diagnóstico e prescrição; (2) definições de um sistema de enfermagem e do planejamento para o fornecimento do cuidado e (3) produção e controle dos sistemas de enfermagem. Este processo é paralelo à investigação, ao diagnóstico, ao planejamento, à implementação e à avaliação do processo de enfermagem. Com isso, ao longo de seu trabalho, Orem interpreta o metaparadigma de enfermagem dos seres humanos, saúde, enfermagem e sociedade.

Em suas análises declara que uma teoria de enfermagem completa é que possui contexto, conteúdo e processo. Definindo, ainda, que, o *contexto* é o ambiente no qual o ato de enfermagem tem lugar, o *conteúdo* é o resumo da teoria e o *processo* é o método pelo qual o enfermeiro age ao usar a teoria, neste quadro o enfermeiro age, com ou por meio dos elementos do conteúdo da teoria (SILVA, 2005). Ainda sobre o auto cuidado Vieira; Cruz (2000) afirmam que:

O auto cuidado é usado como sinônimo de cuidado de si próprio. É um comportamento que implica no papel ativo do cliente em prática de atividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem estar. As funções humanas básicas são determinantes para a habilidade do auto cuidar, a avaliação destas funções nos mostrará se uma pessoa tem capacidade de ser independente para o auto cuidado ou se necessita de ajuda.

Quando o enfermeiro identifica a capacidade de auto cuidado inadequada para alcançar os requisitos de auto cuidado, existe Déficit de Auto Cuidado (DAC). Isto ocorre quando as habilidades do indivíduo para desenvolver o seu cuidado são insuficientes para satisfazer às suas demandas terapêuticas. Neste caso, o enfermeiro atua como provedor de auto cuidado a enfermagem mostra o quanto a teoria é necessária e indispensável (DUPAS, 1997).

Na visão de Orem, após o enfermeiro identificar o déficit de auto cuidado, ele estabelece o plano de ação junto ao paciente, delegando a sua responsabilidade, a do paciente e a de outros profissionais, para que a demanda terapêutica do auto cuidado seja atendida. O grau e o tipo de intervenção de enfermagem irá variar em proporção ao poder ou as limitações na capacidade de auto cuidado do paciente (DUPAS, 1997).

Na prática de enfermagem, é necessária uma avaliação contínua e atualizada do paciente, a fim de adequar o plano de assistência às necessidades e habilidades individuais. Se o agente de auto cuidado não for avaliado adequadamente, as enfermeiras não têm nenhuma base racional para fazer julgamento sobre os déficits de auto cuidado, selecionar métodos de ajuda válidos, confiáveis e prescrever ou designar sistemas de enfermagem. Portanto, o primeiro passo na operacionalização de um processo de enfermagem segundo Orem é a identificação das limitações e/ou habilidades para o auto cuidado. O instrumento que avalia a capacidade de auto cuidado de pacientes adultos e determina a categorização dos pacientes segundo a necessidade de cuidados de enfermagem é conhecido por CADEM, onde cada letra da palavra corresponde a uma função: C- comunicação; A-atividades diárias; D-deambulação; E- eliminações; M-mobilização (DIAS, 1996).

Convém esclarecer que o CADEM, foi o instrumento elaborado por enfermeiras geriátricas americanas, através de uma adaptação de uma escala, onde cada uma das funções recebe pontos de 1 a 5, dependendo da capacidade do paciente de realizá-las. A soma total dos pontos das cinco funções define a

capacidade do paciente para o auto cuidado em quatro níveis: independente para o auto cuidado; hábil para o auto cuidado, porém necessita de apoio e pequena ajuda; necessita de ajuda moderada, a grande para alcançar o auto cuidado; totalmente dependente de ajuda.

Analisando os resultados obtidos por meio da utilização do instrumento CADEM, foi possível verificar que estes refletiam claramente o estado do paciente quando a sua classificação com relação ao auto cuidado. Sendo assim o instrumento CADEM ajuda no sentido de planejar a assistência de enfermagem para o paciente, levando em consideração a capacidade do auto cuidado. Com relação às condições gerais da pessoa idosa, deve-se considerar que a maioria não só tem capacidade física e cognitiva para aprender e praticar técnicas e formas de auto cuidado como também para transmiti-las a outros. Entretanto, sabe-se que a reserva funcional no idoso se mostra diminuída devido a uma somatória de fatores que não têm a ver apenas com as condições biológicas pessoais, mas também com hábitos de vida. Hábitos de vida inadequados podem limitar o funcionamento do organismo ou reduzir o seu potencial. Por isso, a capacidade funcional do idoso pode sofrer uma perda progressiva sem ter sido causada por uma doença específica (DIAS, 1996; DERNTL, 1998; SILVA, 2004).

No entanto, os profissionais de saúde e os próprios idosos desconsideram freqüentemente essa realidade em razão de conceitos equivocados e estereótipos relacionados à velhice. Consideram que o envelhecimento produz a perda progressiva e irreversível da autopercepção, do autoconhecimento e da autoconsciência. Conseqüentemente, a sociedade, a família e os próprios profissionais podem relegar o idoso a uma condição apenas passível de proteção e cuidado. Solucionam-se as questões que dizem respeito ao idoso segundo concepções de benevolência previamente estabelecidas, muitas vezes sem nem mesmo consultar o interessado (DIAS, 1996; DERNTL, 1998; SILVA, 2004).

No setor saúde, o idoso é considerado um “poliqueixoso”, pois a descrição de suas dores vem acompanhada de relatos de casos passados, às vezes sem interesse imediato para o diagnóstico e tratamento. É mais fácil obter informações da pessoa que, eventualmente, acompanha o idoso. Esta irá apresentar a sua versão e interpretação do quadro de saúde. É provável que seja considerada irrelevante a “teimosia” e o “mau humor” que podem significar um eloqüente pedido de atenção e a derradeira tentativa de independência.

Apesar desses tropeços de relacionamento entre gerações e com setores formais da sociedade, nos últimos anos a população idosa vem tomando consciência de sua representatividade e de sua força de transformação. Essas pessoas estão se envolvendo em ações populares. Os serviços de atendimento social, de saúde e de ensino têm estimulado e criado espaços para essas atividades. Propostas de auto cuidado como ginásticas, passeios, atividades artísticas, freqüência a cursos em “Universidade Aberta à Terceira Idade” são bem recebidas por essas pessoas. A valorização da atividade física tem sido abordada pelos meios de comunicação de massa, em reportagens, nos periódicos e na TV. Também a sexualidade é assunto para cursos e debates, com participação entusiástica.

Contudo, a população hoje idosa é filha dos anos 30 e 40. É provável que o idoso do ano 2020 seja um cidadão completamente diferente, visto que é um produto da revolução da comunicação e da informática e com estilo de vida pautado pelos padrões de uma sociedade em plena transformação. Por isso, a atenção ao idoso de hoje deve ser levada em conta, pois se trata de uma população em fase de transição. O respeito à individualidade, que já era fundamental, torna-se indispensável, uma vez que, considerado o temperamento e as experiências pessoais e familiares, precisa-se saber em que estágio dessa transição a pessoa está.

Devido, também, a grande parte das evidências epidemiológicas, os cientistas enfatizam, cada vez mais, a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde. Sustenta-se, ainda, um efeito positivo de um estilo de vida ativo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física e exercício na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento e conseqüentemente as doenças. E que hoje em dia não se pode pensar, em “prevenir” ou minimizar os efeitos do envelhecimento, das doenças sem que além das medidas gerais de saúde, inclua-se a atividade física, a nova forma de se alimentar, o uso de medidas alternativas comprovadamente eficazes para aumentar a qualidade de vida. Essa preocupação tem sido discutida não somente nos chamados países desenvolvidos ou do primeiro mundo, como também nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (OLIVEIRA; PEREIRA; MATSUDA, 1999).

Entender que para cuidar de uma pessoa portadora de qualquer doença e especial com diabetes, o cuidador, profissional de saúde ou não, deve ter, antes de tudo, conhecimento sobre a pessoa a ser cuidada, pois em determinadas circunstâncias haverá necessidade de identificar a rejeição e/ou a negação do paciente sobre a doença, ocultar a verdade sobre os sintomas que o paciente apresenta, oculta também o cumprimento ou não do tratamento, devendo o cuidador ter muita paciência e percepção da realidade em que o paciente está inserido, evitando julgamentos precipitados e prescrições fora da realidade.

Diante disto, este estudo terá o compromisso de possibilitar um espaço para discussão e reflexão aos portadores de diabetes, família, profissionais de saúde, governantes e sociedade em geral. Pretende-se, também, contribuir para melhorar a qualidade de vida da população idosa portador de diabetes. Além disso, fornecerá à pessoa idosa, conhecimentos necessários para que possa aprender a controlar a doença através o auto cuidado utilizando o tratamento não farmacológico/alternativo e não, só apenas o tratamento farmacológico.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o perfil dos idosos portadores de diabetes a partir da não adesão ao tratamento não farmacológico; com bases teóricas fundamentadas no auto cuidado como estratégia de promoção de saúde e a sua percepção quanto ao envolvimento da família/social no tratamento.

2.2 Específicos

- Identificar o perfil dos idosos portadores de diabetes a partir da não adesão ao tratamento não farmacológico;
- Analisar os meios que os idosos utilizam para controlar o diabetes;
- Conhecer os fatores que contribuem para que o paciente deixe de seguir o tratamento, após certo período de tempo;
- Criar mecanismo de intervenção visando mudar as atitudes dos idosos portadores de diabetes.

3 METODOLOGIA

Tipo de estudo

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso – CAISI na cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão.

O município de São Luís abrange uma área de 828,01 km² e está localizado no Nordeste do Brasil. Segundo dados do Censo 2000 divulgados pelo IBGE, o município possui 870.028 habitantes, sendo 837.584 na área urbana e 32.444 na área rural.

Ocupa mais da metade da ilha (57%), e conforme registros da Fundação Nacional de Saúde (1996), a população está distribuída em centro urbano com 122 bairros (que constituem a região semiurbana) e 122 povoados (que formam a zona rural). Limita-se com os municípios de Paço do Lumiar, São José de Ribamar, Raposa e com o Oceano Atlântico.

O CAISI é mantido pela Secretaria Municipal de Saúde e se constitui no local onde os idosos de vários bairros da cidade encontram o cuidado e o incentivo que precisam para se manter ativos. São muitas as atividades e um grupo de 80 profissionais capacitados em diversos campos do conhecimento, entre medicina, serviço social, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, educação física, nutrição, entre outros. O referido atende, em média, 450 idosos por dia em consultas individuais ou em atividades de grupos. Para frequentar o Centro, o idoso passa por uma avaliação com as equipes de enfermagem e serviço social, procedendo-se em seguida, com a equipe multiprofissional que tem como objetivo proporcionar uma melhor qualidade de vida, tanto no aspecto físico, como psicológico, social e espiritual.

População

A população foi constituída por todos idosos portadores de Diabetes cadastrados no mês de junho no Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso, compreendido na faixa etária entre 60 a 75 anos e de ambos os sexos.

Instrumento de coleta de dados

O processo de coleta de dados foi realizado pelos próprios pesquisadores, através de um formulário (Apêndice A), a autorização da direção e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) pelos os idosos, depois de terem sido informados sobre a finalidade e os objetivos do projeto de pesquisa por meio de orientações e informações pelos pesquisadores.

Etapas

Após autorização da Direção do CAISI, iniciou-se a aplicação dos questionários com prévios esclarecimentos sobre os objetivos e importância do estudo aos que dispuseram a participar da pesquisa. Os instrumentos de coleta foram recolhidos logo em seguida para tabulação e análise dos dados.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada através dos programas Microsoft Office Excel e Word com a leitura do material obtido e representados em forma de gráficos, tabelas e quadros, com subsequente análise dos mesmos.

Considerações éticas

O projeto respeitou todos os trâmites definidos para pesquisa envolvendo seres humanos; foram respeitados os direitos e a privacidade da população em questão, ficando assegurados do total sigilo visto que não foram publicados nomes nem quaisquer informações que viessem a identificá-los, atendendo as Normas da Resolução nº.196/96 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizada uma análise dos aspectos investigados, o perfil dos idosos portadores de diabetes, os fatores que contribuem para que o paciente deixe de seguir o tratamento não farmacológico, após certo período de tempo através das suas experiências, falas, atitudes; a percepção dos idosos quanto ao envolvimento da família/amigos sobre a doença.

Observa-se no Gráfico 1, que da população estudada, 63,7% das entrevistadas são casada, 36,3 referiu que era viúva, já a população masculina 83,3% é casada enquanto 16,7% não quiseram se identificar. Também, se observou que o estado civil atual, predominando os idosos casados, embora seja significativo o percentual de viúvos.

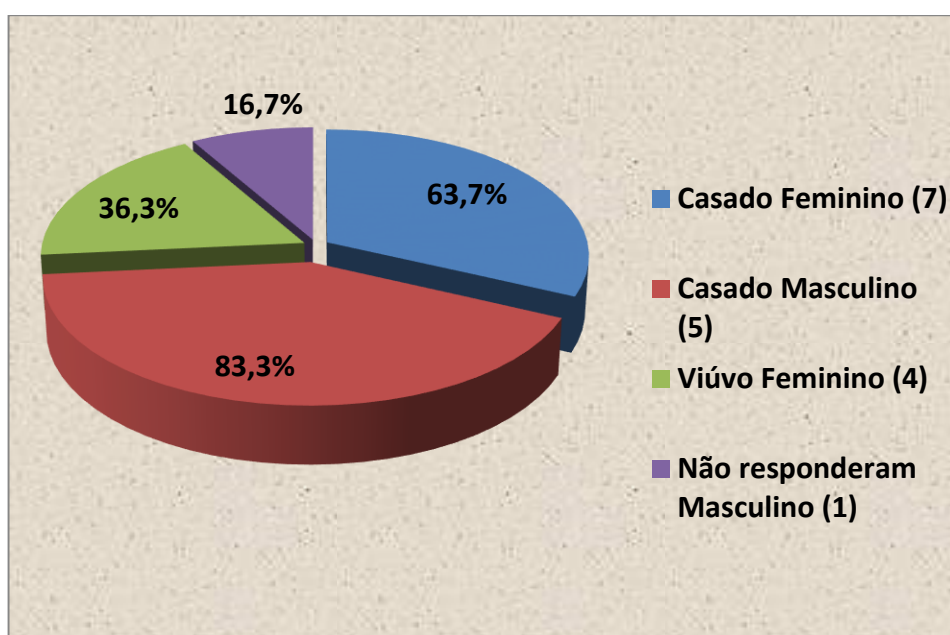


Gráfico 1 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com o estado civil. São Luís - MA, 2010.

A mulher apresenta maior incidência de viuvez, já que esta sobrevive ao cônjuge com mais freqüência. Nestas gerações, a manutenção do status de viuvez feminina deve-se principalmente a normas sociais e culturais predominantes na sociedade em que os homens se casam com mulheres mais jovens. Para muitas mulheres idosas, a não realização de um novo casamento. Dá-se pela dificuldade de encontrar parceiro em idade adequada e por preconceitos familiares e/ou sociais.

Também a questão do respeito pela memória do cônjuge falecido, igualmente aparece como uma opção em manter a viuvez.

Quanto às idades dos entrevistados optou-se agrupar as repostas em faixas etárias para evitar que alguns dos idosos se sentissem constrangidos.

Conforme o Quadro 1 acima, a faixa etária de 66-69 anos foi a que apresentou o maior percentual 36.0% respectivamente nas categorias masculino e feminino, enquanto que, na faixa etária 60-63 e 63-66 obtiveram índice de 23.0%. Enquanto que a idade de 72-75 mostrou percentual apenas 18.0%.

Quadro 1 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com a faixa etária. São Luís - MA, 2010.

IDADE	FREQUÊNCIA	
	Fab	Fp (%)
60 ┊ 63	4	23,0
63 ┊ 66	4	23.0
66 ┊ 69	6	36.0
69 ┊ 72	0	0
72 ┊ 75	3	18,0
Total	17	100,0

Constatou-se que existe uma menor representatividade de sujeitos com 70 anos ou mais, o que relaciona-se ao fato de a longevidade da população começou a aumentar.

Em 1900, a expectativa de vida era de 33 anos. Nos anos 40, de 39 anos, nos 50, aumentou para 43 anos e, nos anos 60, era de 55. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63 anos, foram acrescidos vinte anos em três décadas, segundo o IBGE. Em 2020, deve ser de 73 anos e as projeções, para 2025, permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima dos 80 anos (IBGE, 2006).

A análise de como foi que o idoso soube que era portador da Diabetes, nos mostra a forma casual, em muitos casos foi uma surpresa desagradável, é explicado pelo fato de que no início a doença não apresenta sintomas definidos.

Através do Quadro 2, pode-se identificar a forma como souberam que estavam doentes, os idosos masculinos 49,9% descobriu a doença o diabetes com exames de rotina. Com o percentual de 45,4% as idosas identificaram a doença também, através de exames de rotina.

Quadro 2 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com a forma que soube que estava doente. São Luís - MA, 2010.

FORMA	ENTREVISTADOS			
	FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%
Através de sintomas	1	9,1	1	16,7
Exames de rotina	5	45,4	3	49,9
Durante as campanhas nacionais	1	9,1	0	0
Consultas de enfermagem e/ou consultas médicas	2	18,2	1	16,7
Sintomas / Exames	1	9,1	1	16,7
Não respondeu	1	9,1	0	0
TOTAL	11	100,0	6	100,0

Através desses exames os entrevistados identificaram os resultados de glicemia em jejum, que apresentava a doença assintomática. Como é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Lei Orgânica 8080/90 que a principal prioridade será prevenção das doenças e evitar complicações futuras, a Unidade Básica deveria ter como principal objetivo prevenir e, por isso, as estratégias do governo com intuito de diminuir os riscos de complicações do diabetes, deveriam ser vistas e trabalhadas como mais eficácia e ser mais eficiente. A população deveria ter um melhor acesso às consultas e conseqüentemente aos exames de rotina, pois na prática o que se vê é a dificuldade que a população em especial a idosa tem para realizar esses e a outros exames e muito mais difícil ter acesso as consultas principalmente as médicas.

Então, a importância dessas estratégias que com objetivo de diminuir as doenças, detectar e prevenir suas complicações faz com que a população possa se prevenir, e os profissionais possam melhorar o atendimento e os idosos aderirem melhor ao tratamento em especial o tratamento não medicamentoso.

Diante do Gráfico 2, as idosas, com percentual de 72,7%, informaram que só “às vezes” recebem as orientações necessárias para o acompanhamento da doença, pois essa porcentagem mostra que as orientações dos profissionais de saúde centradas só no tratamento medicamentoso é insuficiente para alteração do comportamento desse grupo de idosas. Já o idoso masculino teve percentual de 50,0%, apesar de mais baixo, mas, ainda, é bastante grave, sabemos que esta diferença de resultados não significa que o sexo masculino receba mais orientações que as idosas, entretanto atribuo que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, talvez seja a explicação para a diferença.

Com os resultados da mostra, podemos analisar com qual frequência os idosos recebem orientações.

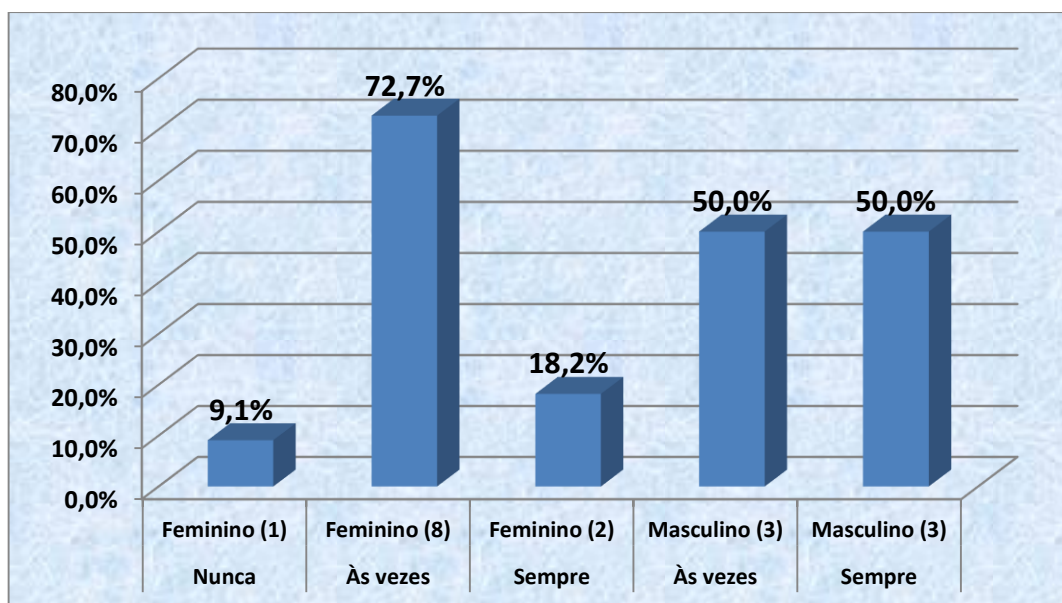


Gráfico 2 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com a frequência que recebem orientações. São Luís - MA, 2010.

Os resultados também comprovam o que Oliveira; Fontes (1999), afirmaram que as dificuldades na comunicação e a falta de informações, constituem-se nas queixas mais comuns de pacientes hospitalizados ou não. A comunicação não significa apenas falar com o paciente, mas também ouvi-lo e levar em conta seus conhecimentos, receios e expectativas em relação ao tratamento. As

informações devem ser adaptadas às circunstâncias do caso e às condições sociais, psicológicas e culturais. Acrescenta ainda que não haja, eticamente, necessidade de que as informações sejam prestadas detalhadas. É suficiente que sejam leais, compreensíveis, aproximativas e inteligíveis, para que a manifestação autônoma do indivíduo seja garantida o direito à informação e a manifestação da autonomia.

Porém, o objetivo da Unidade de Saúde deveria ser antes de tudo a prevenção e o controle da doença dando todas as condições para proporcionar Promoção de Saúde, não só fornecendo medicamentos e algumas orientações, mas principalmente, através de mecanismos educacionais que incluíssem assistência holística, desenvolvimento do auto cuidado com o objetivo de colaborar com as mudanças: de hábito alimentar, atividade física, outros tipos de terapias, influenciando a melhoria da qualidade de vida desse indivíduo. Os clientes idosos estão acostumados principalmente nesta Unidade o tratamento medicamentoso é apresentado como ênfase principal para controlar o diabetes.

O mau controle da doença ocasiona uma série de complicações agudas e crônicas que poderiam ser evitadas através do acompanhamento pela equipe de saúde e da participação ativa do paciente, família/amigos no seu tratamento diário. Atividades educativas devem ser disponibilizadas com o intuito de prevenir complicações e promover melhor adaptação do paciente à doença e neste contexto ressalta-se o trabalho da família/amigos e os profissionais de saúde.

No Gráfico 3, visualiza-se que os entrevistados apresentam as comorbidades do diabetes, assim, manteve o percentual, 36,3%, grupo idosos femininos apresentaram: artrite; artrose. Enquanto o grupo dos idosos masculinos tem uma porcentagem de 50,0%, das doenças associadas com o diabetes tais como: hipertensão arterial, doença crônica que apresenta muitos riscos que podem afetar bastante a vida do idosos, devido as complicações que são gravíssimas. Outras patologias, como o diabetes associado a osteoporose ficou em 16,7% dos entrevistados. Além de Diabetes outras enfermidades como: depressão, rinite, pneumonias foram, também, identificadas, como fatores que podem complicar a vida do idoso portador de diabetes, interferindo, ainda mais, na sua qualidade de vida.

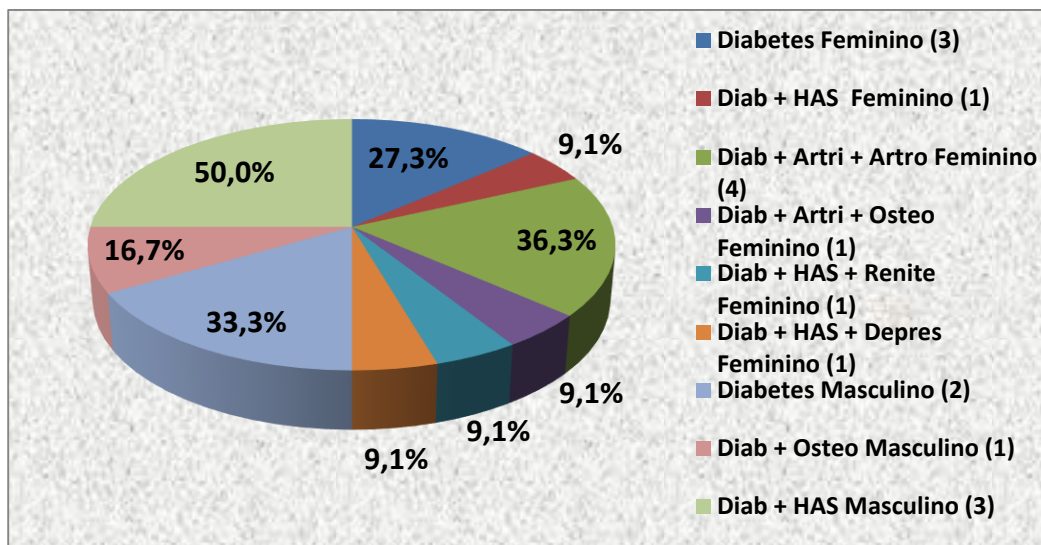


Gráfico 3 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com as doenças associadas ao diabetes. São Luís - MA, 2010.

Ficou evidente a falta de clareza das orientações a respeito da prevenção das complicações da DM e de outras doenças, para o idoso, quando este, durante a entrevista não expressou nenhuma preocupação e/ou uma conformação com as patologias que têm, atribuindo como sendo “*natural é assim mesmo...*” observou-se que alguns idosos já apresentavam sinais de complicações visuais, da marcha e, outros.

De acordo com o gráfico abaixo, pode-se analisar que os idosos do sexo masculino 50,0% seguem as orientações em relação aos medicamentos e a dieta, enquanto, o grupo do sexo feminino apenas 27,2% mantém o mesmo tratamento com medicamentos e a dieta, enquanto que, outros meios de controle como medicamentos, dieta e a atividade física mantiveram 33,3% dos entrevistados sexo masculino, pois, grupo do sexo feminino teve 9,1% com restante de outros meios de tratamento para controlar o diabetes.

O quadro que se segue confirma as argumentações acima, quanto à falta de clareza das orientações.

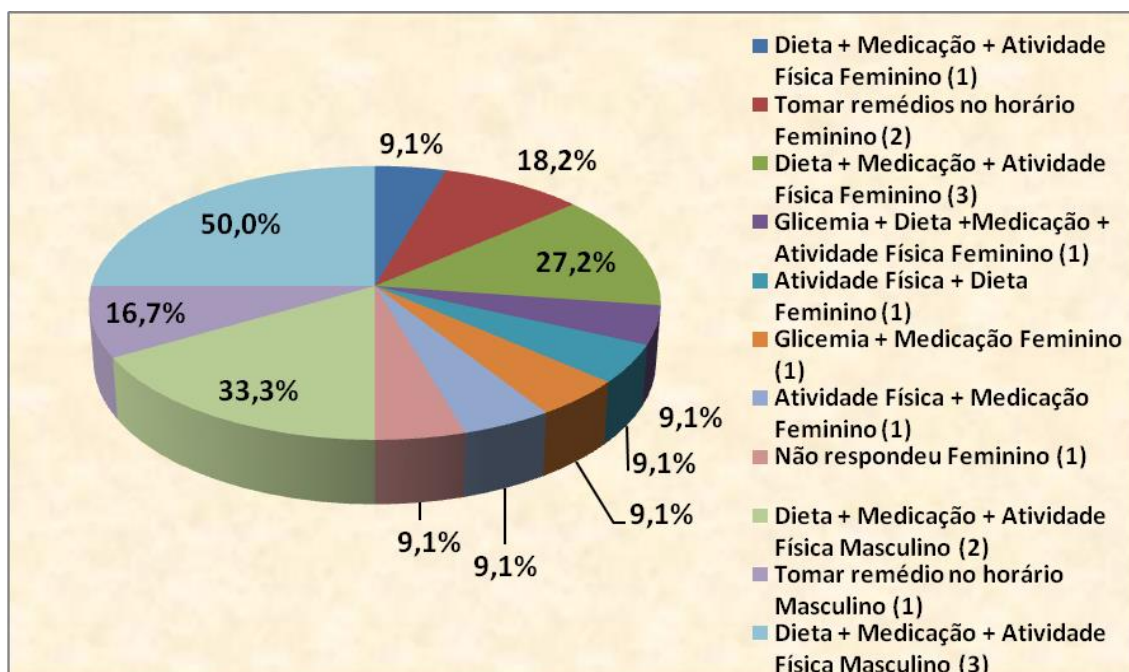


Gráfico 4 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com as orientações que seguem a rigor. São Luís - MA, 2010.

Tanto, o tratamento não farmacológico e ainda o indispensável, o tratamento medicamento são essenciais, tanto para a redução da mortalidade por diabetes como para os acidentes cardiovasculares. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar atitudes de vida saudáveis, tais como manutenção de peso adequado, prática regular de exercício, suspensão do fumo e baixo consumo de bebidas alcoólicas, alimentos com baixo teor de gorduras saturadas e açúcares (SBD, 2007).

Além disso, tratamento não farmacológico inclui ainda, é de suma importância a educação alimentar, considerada pela Sociedade Brasileira do Diabetes (SBD) um dos pontos fundamentais no tratamento do diabetes mellitus. Reconhecendo a impossibilidade um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. Apontando que nos últimos anos houve consideráveis modificações nas recomendações nutricionais para indivíduos com diabetes. Portanto, o objetivo desses outros meios de tratamento é favorecer ao paciente uma maior orientação nutricional e auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus estilos de vida, favorecendo o melhor controle metabólico. Para mudanças nos estilos de vida dos pacientes a prática do auto cuidado deve ser o ponto de partida.

Confrontando as respostas dos entrevistados/as com a prática norteadora do auto cuidado o que foi encontrado a realização apenas, alguns procedimentos

tais como [...]as vezes eu sigo rigorosamente as orientações. [...] deixei de comer massas, alimentos gordurosos e outros”. [...]faço exercícios três vezes por semana, mas algumas vezes, saio da dieta e como alimentos que são proibidos, mas não é sempre. O auto cuidado deve ser entendido como o desenvolvimento de habilidades pessoais relativas ao próprio bem estar. É uma estratégia fundamental na promoção da saúde. O auto cuidado diz respeito também a condutas de caráter social, afetivo, psicológico, entre outras as que promovem a satisfação das necessidades básicas do ser humano e a força de vontade e a compreensão são elementos essenciais para o êxito do cuidado holístico.

Quanto ao tempo da doença, pode-se identificar que os entrevistados do sexo masculino apresentaram os maiores percentuais, 50,0%, e 33,30% que estão doentes há mais tempo, entre as faixas de 6 anos até 18anos, enquanto as mulheres os percentuais foram 36,40 estão doentes há 14anos.

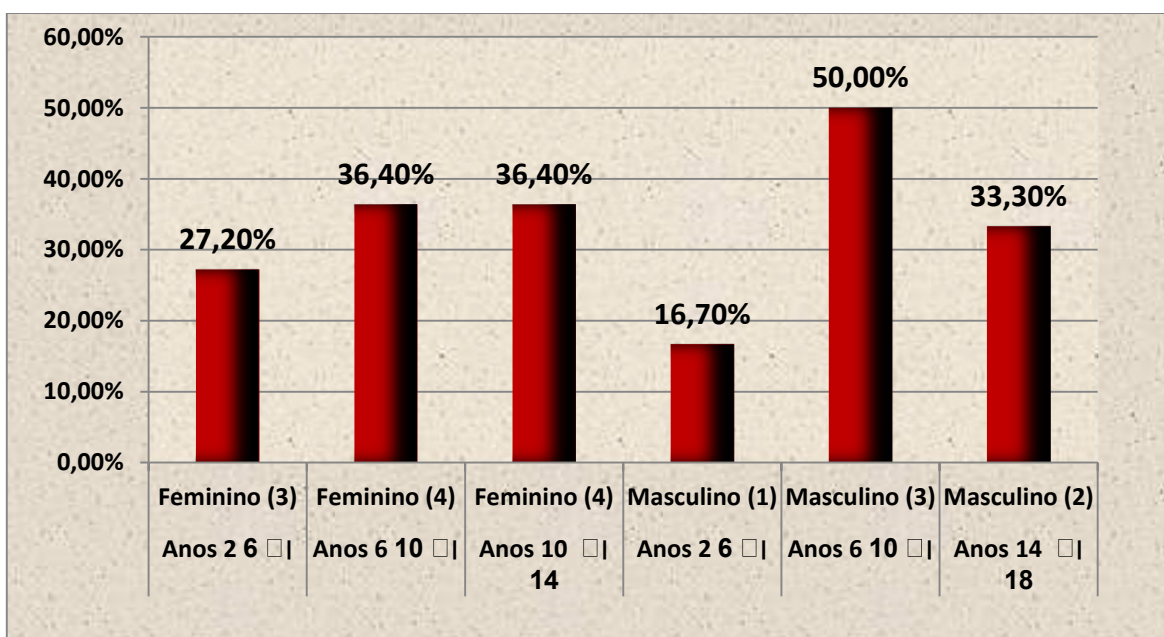


Gráfico 5 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com o tempo da doença. São Luís - MA, 2010.

O tempo da doença pode interferir no aparecimento das complicações e riscos comprovado pelos modelos de danos proporcionais, que foi citado anteriormente.

O que sentiu quando soube que estava com diabetes, às respostas de alguns foi emocionante, eles/as falavam com uma vivacidade tamanha que parecia terem recebido o diagnóstico naquele momento, o medo da doença foi o mais

evidentes dos sentimentos, seguido pela angústia, o que justificam os sentimentos “é por ser um doença que, ainda, não tem cura, aleja e pode matar e não posso mais fazer e comer, o que mais gosto, doce”. Quanto aos sentimentos, observou-se que 42,9% sentiram um medo inexplicável quando soube quem estava doente.

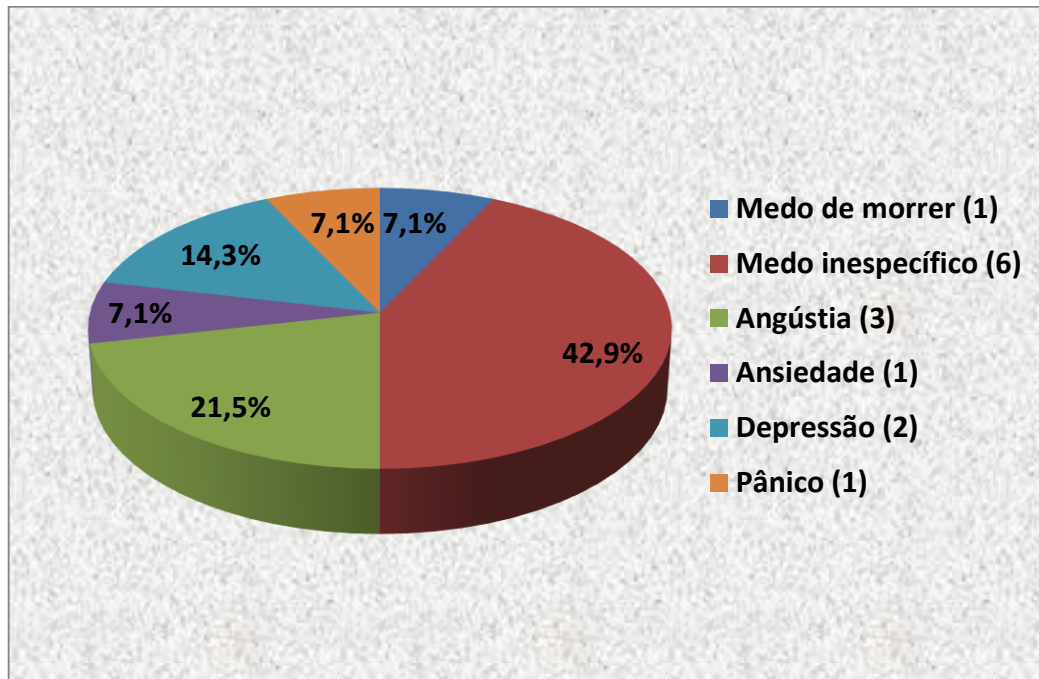


Gráfico 6 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com o que sentiram quando souberam que estavam com diabetes. São Luís - MA, 2010.

Com relação às atividades físicas, os idosos informaram que a maior atividade que alguns praticam é trabalhar, em casa ou fazendo alguma atividade foram de casa, num percentual de 63,7% das mulheres e 33,3% dos homens, enquanto 33,3% dos sexo masculino não responderam o gráfico 6.

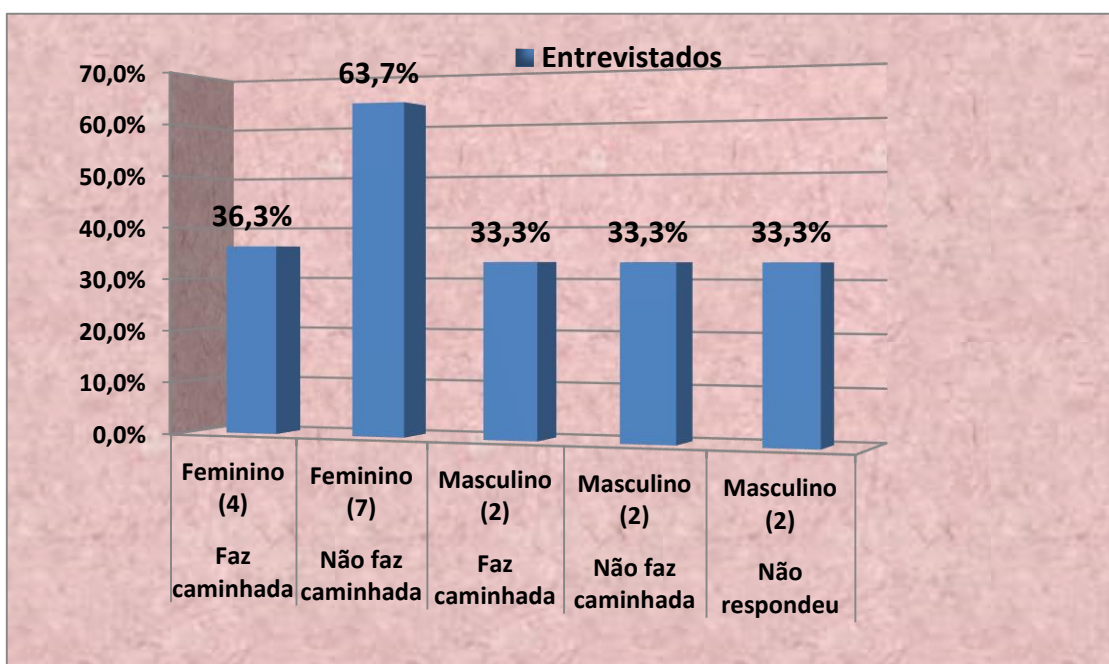


Gráfico 7 – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com a atividade física praticada. São Luís - MA, 2010.

A atividade física sempre fez parte da rotina da vida dos seres humanos. Dessa forma, o que somos hoje em dia como espécie é o resultado de um longo processo de seleção natural, que nos aparelhou para vivermos bem com certos hábitos e estilo de vida. No entanto, com o advento de utensílios e equipamentos feitos para facilitar o nosso dia-a-dia, o processo que teve início há aproximadamente 200 anos, e com uma intensidade e velocidade crescentes, aliado à mudança dos hábitos alimentares, fez com que sofrêssemos as conseqüências dessa evolução (VIVOLO, 2007).

Especificamente para o indivíduo portador de diabetes, a atividade física aumenta a sensibilidade à ação da insulina, melhorando todo metabolismo.

Nos depoimentos sobre a restrição dos alimentos, os portadores de DM, muitas vezes afirmavam que não consumiam, mas os familiares, presentes os contestavam, afirmando, “*se deixar o Sr. come de tudo, nós que controlamos tudo*”. (Gráfico 8)

Observou-se que 100% das mulheres informaram que têm restrições para o açúcar, para as massas 28,6%. O sexo masculino respondeu que os alimentos que tem maior restrição são referentes as massa em que 14,3%, apenas, 8,6% fizeram referência ao açúcar.

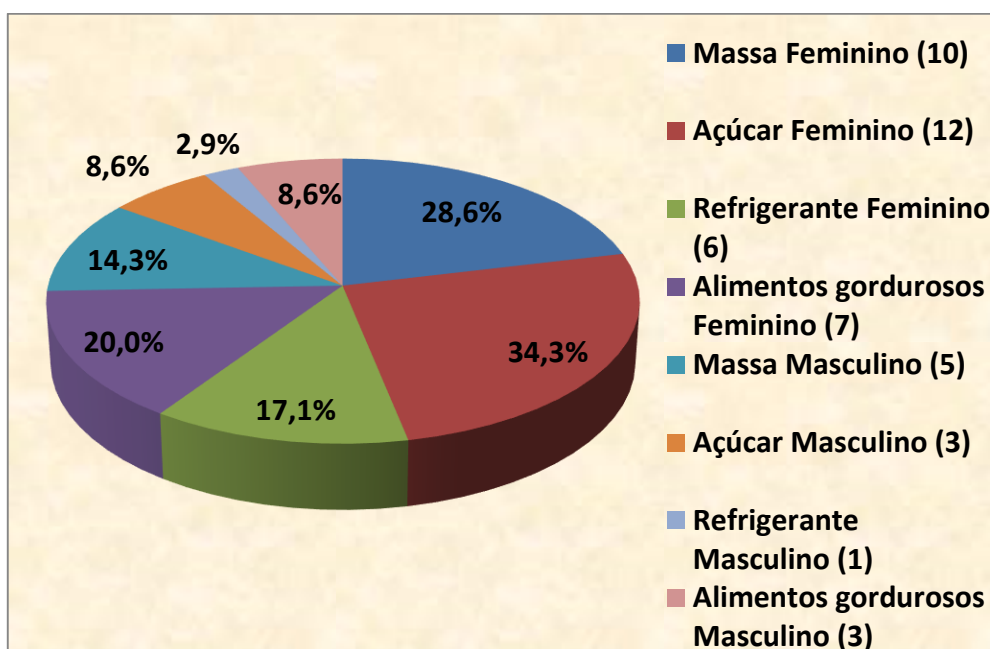


Gráfico 8* – Distribuição percentual de 17 idosos cadastrados no CAISI de acordo com os alimentos que têm restrições. São Luís - A, 2010.

(*) Os índices percentuais foram calculados com base no valor total das respostas, uma vez que os entrevistados utilizaram mais de uma resposta.

Quanto ao envolvimento da família os idosos falaram assim: *“ela ajuda mais em muitas ocasiões se tornam mandonas, acha que podem mandar em mim que sou mais velho/a”*.

Com relação às amizades os idosos expressaram que o tempo passou e isso não tem muita importância, *“hoje só quero ficar em casa”*. Outros, porém afirmaram que os *“amigos às vezes chamam para tomar um pouco”* o fazendo referência às bebidas, *“mas, é só um pouco que às vezes eu bebo”*. Percebe-se o envolvimento social fica comprometido, e muitos amigos por desconhecerem a importância do tratamento não medicamentoso não ajuda o idoso a superar esses momentos difíceis.

Quanto à questão do orçamento todos foram unânimes em afirmar que a doença aumenta as despesas da família e muitas coisas eles/elas não seguem por falta de dinheiro, tem dias que não tenho dinheiro para nada. Sabe-se, contudo, que as condições sócio-econômicas da maioria da população não passam de três salários mínimos e nesse estudo não foi diferente, 100% dos entrevistados estão na faixa de até três salários mínimos, dentre estes, aparecem cinco que ganham menos que um salário.

5 CONCLUSÃO

A análise dos dados nos mostrou que a hipótese, que se trabalhou é positiva: o portador de *Diabetes Mellitus* segue o tratamento farmacológico pelo motivo de ser mais fácil e prático o uso de medicamentos, e comprovaram realmente que, as causas da não adesão ao tratamento não farmacológico estão relacionadas às questões: ser mais difícil pela falta de condições econômicas para ter uma alimentação saudável diariamente; “falta de tempo” para realizar os exercícios físicos, para muitos idosos/as é verdadeira por terem que cuidar das gerações seguintes (filhos/as desempregadas, netos e bisnetos); eles/elas acham (não todos) que está limitado no convívio social, pela abstinência e ou diminuição das bebidas alcoólicas, pois não têm outros objetivos nas suas vidas, e foram convencidos/as que a vida perdeu o sentido, são idosos/as têm que ficarem “só em casa”.

Falar que eles não são adeptos por desconhecimento é verdade, mas faço o seguinte questionamento, como poderão ser adeptos? Se os serviços de saúde não oferecem nenhum suporte para o desenvolvimento do auto cuidado se o foco maior é a preocupação com o tratamento medicamentoso, como presenciei e os idosos/as também falaram. O convívio social e a família apesar de serem fundamentais para ajudar no controle da diabetes mellitus como não são bem orientados, funcionaram em muitos casos, com obstáculos. Sabemos que todo o contexto: envelhecimento, diabetes e o tratamento não farmacológico têm suas raízes na família, desde as questões genéticas até a visão de mundo contribuindo para a forma de encararem as adversidades da vida. Vale salientar, que esta doença por ser crônica, e o contexto em que vivem alguns idosos encontram dificuldades em manterem os níveis de glicemia sempre controlada ao longo da vida, isso contribui também, para adquirir todo aquele desgaste tanto para o cliente como para família, na continuidade do tratamento.

Trabalhar com o Processo de Envelhecimento, o Diabetes e o Auto-cuidado se constituiu, assim, um grande desafio para os pesquisadores, por saber que a pouca colaboração, não só da família, mas também dos amigos, profissionais e dos mesmo, poderia ter sido diferente a história.

Acredita-se que a divulgação de trabalhos desta natureza pode contribuir com as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde para o atendimento de pessoas diabéticas, especialmente, no auto manejo da doença.

Sugerimos, no entanto que as autoridades, sejam governantes, profissionais de saúde, família, amigos e a sociedade em geral com motivação, querer, poder para realizar se engajem na luta, para melhorar o controle metabólico, lipídico e da pressão arterial dos pacientes atendidos nesta Unidade e em todas. Esse com uma abordagem sistemática ao paciente diabético, baseada em evidência científica, para a prevenção e tratamento do diabetes e suas comorbidades e na prática do auto cuidado. Assim, é possível diminuir e/ou protelar as complicações em longo prazo advindas do diabetes.

REFERÊNCIAS

BENCHIMOL, Daniel; SEIXAS, Lucia. **Diabetes: tudo o que você precisa saber**. São Paulo: Best Seller, 2006. p. 192.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: fisiopatologia e classificação dos tipos de diabetes**. 11 ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v.4 p.1217-1220.

CAMPOS, S. **Efeito significativo do tempo de diabetes sobre a mortalidade por doença coronária diabetes care**. Disponível em: <<<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/10781>>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

DIAS, D.C. et al. "Instrumento para avaliação da capacidade de auto cuidado de pacientes adultos – CADEM". **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.49, n.3, p.315-332, jul./set. 1996.

DUPAS, G. **Buscando superar o sofrimento impulsionado pela esperança: a experiência da criança com câncer**. São Paulo, 1997. 185p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUERRA, R.O. Atividade física e o idoso: pontos e contrapontos. In: **Anais XV CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**, 2006.

LIMA, M. P. **Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso**. São Paulo: LTR, 2000. p. 152.

FREIRE, A. et AL. **Apontamentos de aula**. Fortaleza: Universidade Católica Rainha do Sertão – PUC. 2007.

NÉRI, A.L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 3. ed. São Paulo: Papyrus, 2000. (Coleção Viva Idade).

OLIVEIRA, A. et al. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 59-65, mar. 1999.

OREM, E. D. **Nursing concepts of practice**. 6. ed. St. Louis Missouri, EEUU: Mosby, 2001. p. 542.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 524.

SILVA, Marco Aurelio Dias da. **Quem ama não adoce**. São Paulo: Best Seller, 1994.

VASCONCELOS, L. B. de J. ; ADORNO, M. A.; BARBOSA, J. T. de S. Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. **Revista eletrônica de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/diabete.html>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

VIEIRA, A. F.; CRUZ, I. Produção científica de enfermagem sobre ensino procedimento/tratamento de cateter de dupla luz para terapia intravenosa. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, V. 8, N. 2, p.95-99, 2000.

VIVOLO, M. **A Diabetes**. Disponível em: <<<http://diabetes.org.br/aprendendo/obsidade/peso.php>>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. **Sociedade Brasileira de Diabetes** – SBD. Disponível em: <<<http://www.diabetes.org.br/index.php> 2007>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

_____. **Federação Internacional Diabetes (FID)/Internacional Diabetes Federation (IDF)**. Disponível em: < <http://www.idf.org> >. Acesso em: 30 mar. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE PÚBLICA

FORMULÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Endereço: _____ Naturalidade: _____

Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Estado Civil: _____

Mora com: _____ Morava antes com: _____

2. INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇAa

- Você tem algum problema na sua saúde?
Sim () Não () Qual? _____
- Quando soube que era diabético?
- Como soube que era diabético?
- O que sentiu quando soube que era diabético?
- Recebe orientações sobre como controlar a diabetes?
nunca () às vezes () sempre ()
- Quais são as orientações que recebe?
- Quem dá estas orientações?
- Têm restrições alimentares?
Sim () Não ()
- Quais são as restrições?
massas () açúcar () refrigerantes () alimentos () gordurosos ()
outros ()

- Faz alguma atividade física?
Sim () Não () Qual? _____
- Com que frequência pratica essa atividade?
diariamente () semanalmente () quinzenalmente () outro ()
- Quando vai ao médico? _____
- Com que frequência faz o exame de sangue (nível de glicemia)?
diariamente () semanalmente () quinzenalmente () outro ()
- Quais as orientações que você segue rigorosamente?

- Faz uso de medicamentos? Quais?

3. INFLUÊNCIA SOBRE O DESENVOLVIMENTO

- Apresenta dificuldade para:
andar () memorizar () enxergar () ouvir () dormir () se alimentar () outro ()

4. RELAÇÕES FAMILIARES

- Sente apoio da família?
Sim () Não ()
- Insegurança afetiva?
Sim () Não ()

5. Situação sócio-econômica

- Qual a renda familiar (Salário Mínimo)?
menor/igual 1 () de 1 a 3 () de 3 a 6 () maior que 6 ()
- A doença gerou impacto econômico?
Sim () Não ()
- Quais?
compra dos remédios () aumento do gasto c/dieta () compra de máquinas p/verificação da glicemia () outros ()

6. SITUAÇÃO SOCIAL

- Como era a sua vida antes da doença?
freqüentava bares () festas () saía com amigos () praticava esportes ()
outros ()

- Como é a sua vida hoje?

- Como é a sua convivência com os amigos hoje?

OBS:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Àrina Santos Ribeiro

End: Rua 10 Quadra 11 Casa 23 Bequimão CEP: 65.061-600 São Luís-MA Fone:
(98) 3246- 1744; 8111-1000

e-mail: arina@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadores: Adriano Marques Valle, Elayne Leite da Silva e Lucimar Sá da Silva.

ENVELHECIMENTO, DIABETES E O TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Prezado(a) Sr(a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito do envelhecimento, diabetes e o tratamento não farmacológico. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sr^a. que ajudarão a conhecer a patologia seu controle; tratamento não farmacológico e o auto cuidado . A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sr(a). poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre o envelhecimento, diabetes e o tratamento não farmacológico. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa