

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

RAQUEL FERNANDES BATISTA

**INFLUÊNCIA DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA E NA
IMAGEM CORPORAL DE IDOSOS QUE FREQUENTAM NÚCLEO DE
CONVIVÊNCIA**

SÃO PAULO
2017

RAQUEL FERNANDES BATISTA

**INFLUÊNCIA DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA E NA
IMAGEM CORPORAL DE IDOSOS QUE FREQUENTAM NÚCLEO DE
CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde *Stricto-Sensu* da Universidade Santo Amaro, como requisito parcial para o título de mestre em Ciências da Saúde. Orientador: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa.

**SÃO PAULO
2017**

B336 Batista, Raquel Fernandes

Influência do diabetes na qualidade de vida e na imagem corporal de idosos que frequentam núcleo de convivência / Raquel Fernandes Batista. – São Paulo, 2017.

73 f.: il.

Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde) – Universidade Santo Amaro, 2017.

Orientador(a): Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa

1. Idoso. 2. Diabetes. 3. Qualidade de vida. I. Rosa, Eloi Francisco, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

RAQUEL FERNANDES BATISTA

INFLUÊNCIA DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA E NA IMAGEM
CORPORAL DE IDOSOS QUE FREQUENTAM NÚCLEO DE
CONVIVÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro- UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa.

São Paulo, 14 de _ Dezembro _ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa

Prof. Dra. Luciane Lúcio Pereira

Profa. Dra. Eugênia Casella Tavares de Mattos

CONCEITO FINAL: Aprovada

“O que viveu mais não é aquele que
viveu até uma idade avançada, mas
aquele que mais sentiu a vida.”
Jean-Jacques Rousseau

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua fidelidade em minha vida e por mais esta realização.

Aos meus queridos pais, em especial minha mãe e familiares, que sempre oraram, torceram; incentivaram-me e ensinaram a nunca desistir até alcançar meus objetivos.

Aos amigos Claudia Ollay, Flávio Kanazawa e Ângela Mitzi H. Xavier pelo conhecimento transmitido para a vida, amizade de sempre e por me incentivarem a iniciar mais essa etapa na minha vida profissional.

A minha amiga e terapeuta, Dra. Cristiane Vieira dos Santos, por me ouvir, me acalmar e ajudar-me organizar o tempo e os pensamentos... Ufa!

Ao meu orientador, professor Dr. Eloi F. Rosa, que dentro das suas várias atribuições, sempre me atendeu, acreditou em mim e pacientemente me orientou na realização deste trabalho, dividindo comigo seus conhecimentos.

Aos professores do mestrado, gratidão e respeito, em especial a prof^a. Jane E. Armond, prof^a. Luciane Lúcio Pereira, prof^a. Patrícia Colombo, prof^a. Carolina França, prof. Neil Ferreira Novo e prof^a. Yara Juliano, pelo conhecimento transmitido em aulas que deixarão saudades.

Aos meus colegas de turma, pois juntos fizemos este curso mais leve, obtendo um tempo de aprendizado tão divertido quanto construtivo.

A reitoria e pró-reitora da UNISA, pela confiança e investimento em mim.

A Márcia Aparecida Antônio, secretária do CEP, por todo suporte que me deu desde o começo desta jornada!

Aos meus colegas de trabalho na docência e alunos que me apoiaram, foram pacientes e torceram por mim.

A professora Márcia Eugênia Del L. Archondo, por toda amizade e ajuda neste estudo.

A Sociedade Beneficente Equilíbrio de Interlagos, nas pessoas do Sr. Luiz Baldo Sobrinho, Sra. Ângela, Sr. Edson e Sra. Débora Lopes, Suyane, Conceição, Wellington, Suellen, Fabiana, Evinha, Claudia e Izilda que abriram as portas e me receberam com tanto carinho, cedendo espaço para que eu pudesse conversar e desenvolver essa pesquisa.

À todos os idosos que doaram seu tempo para me ouvir, responder meus questionários, compartilharam suas histórias e ainda torceram para que no final, isso tudo desse certo. Torço para que sejam felizes, pois sem vocês nada teria acontecido!

À banca examinadora, pela contribuição e atenção dispensada neste trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A qualidade de vida do idoso precisa ser estimulada e observada. Os diferentes órgãos da sociedade tem se organizado à amparar os idosos e garantir que sejam ativos nessa fase da vida. O desafio atual a ser superado por essa população é o de manter uma vida autônoma e com qualidade. As doenças crônicas são fatores preocupantes por diminuírem a qualidade e a funcionalidade destes. A hipertensão e o diabetes mellitus, são as patologias mais frequentes e que geram limites pessoais e sociais que podem acarretar em problemas físicos, emocionais e sociais. Assim, torna-se indispensável, a estimulação de hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividades físicas, bons hábitos alimentares, otimismo e satisfação com a imagem corporal. **OBJETIVO:** Comparar a influência do diabetes na qualidade de vida e na percepção da imagem corporal de idosos que frequentam núcleo de convivência. **MÉTODO:** Foi realizada uma pesquisa de campo, transversal, exploratória, sistemática, de observação individual, com abordagem quantitativa. Todos os participantes concordaram com as questões éticas da pesquisa e responderam três questionários sobre caracterização da amostra, qualidade de vida e Imagem corporal. Os idosos diabéticos responderam um quarto questionário para investigar a qualidade de vida e o sofrimento relacionado ao convívio com o diagnóstico e ao tratamento da diabetes. **RESUTADOS:** Participaram dessa pesquisa 85 pessoas, frequentadores ativos dos Núcleos de Convivência de Idosos, com faixa etária média de ± 71 anos. Permaneceram nesse estudo 81 idosos sendo 52 não diabéticos e 29 diabéticos, ambos os grupos apresentaram co-morbidades como hipertensão, artrose, catarata e osteoporose. Os não diabéticos (90%) realizavam atividade física em média 5 vezes por semana, por mais de 30 minutos, já os diabéticos (69%) realizavam em média, 4 vezes por semana, por mais de 30 minutos. A qualidade de vida em ambos apresentaram médias entre 3 e 4, classificadas como regular a boa. A convivência com o diagnóstico e tratamento para os diabéticos não representa um problema sério para eles, mas se preocupam principalmente com as complicações que podem surgir e sentem-se culpados quando deixam de cuidar do diabetes. Sentem que a falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes é um problema para eles, bem como os sentimentos de privação a respeito da comida e das refeições. E socialmente relatam como problema sério sentirem que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabete. Os não- diabéticos estão em sua maioria satisfeitos com a sua imagem, com silhuetas que se assemelham entre a imagem percebida e a desejada, já para os diabéticos a imagem corporal esperada é sempre menor do que a percebida, apontando sinais de insatisfação corporal, percepção de obesidade e o desejo de magreza. **CONCLUSÃO:** O objetivo foi alcançado e mostrou que o trabalho com idosos, diabéticos ou não, deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, para que haja um olhar especializado nos aspectos de saúde, de nutrição, de capacidade funcional, de equilíbrio emocional, social e ambiental, para garantir qualidade de vida aos mesmos.

Palavras-chave: *Idoso, diabetes, Qualidade de vida, Imagem Corporal e Atividade Física.*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Elderly quality of life must be stimulated and observed. Different organs of society have been organized to support the elderly and ensure that they remain active at this stage of life. The current challenge to be overcome by this population is to maintain a life of autonomy and quality. Chronic diseases are worrying factors that could decrease quality and functionality in life. Hypertension and diabetes mellitus are the most frequent pathologies these generate personal and social limits that can lead to physical, emotional and social problems. Thus, it is essential to stimulate healthy habits such as physical activity, good eating habits, optimism and satisfaction with body image. **OBJECTIVE:** The aim of this work is to compare the influence of diabetes mellitus on the quality of life and body image perception of elderly people that attend the same nucleus of coexistence. **METHOD:** This is a field, cross-sectional scanning study, performed systematically in individual observation with a quantitative approach. All participants agreed on the ethical questions of the research and answered three questionnaires with the purpose of characterizing the sample, evaluating quality of life and body image. The elderly diabetics answered a fourth questionnaire to investigate about the life quality and suffering related to living with the diagnosis and treatment of diabetes. **RESULTS:** 85 elderly people participated in this research, all active members of an Elderly Living Group, with a mean age of ± 71 years. However, only 81 elderly remained, among them, 52 non-diabetic patients and 29 diabetic. All of them had comorbidities such as hypertension, arthrosis, cataracts and osteoporosis. 90% of non-diabetics performed physical activity on average 5 times a week for more than 30 minutes, while 69% of diabetics performed physical activity on average 4 times a week for more than 30 minutes. The quality of life in both groups presented averages between 3 and 4, classified as regular to good. Coexistence with diagnosis and treatment for diabetes doesn't mean a serious problem for them. But they worry in first place with the complications that may arise and feel guilty when they stop to taking care of diabetes. They feel that the lack of clear and concrete goals in their diabetes care is a problem and feel the same about food privation and meals. For them the fact their family and friends do not support their efforts to deal with their diabetes is a serious problem. Non-diabetics are mostly satisfied that their image, with silhouettes that resemble the perceived and desired image. For diabetics expected body image is always smaller than perceived image, indicating signs of body dissatisfaction, perception of obesity and the desire for thinness. **CONCLUSION:** The aim was achieved and showed that the work with the elderly, diabetic or not, should be carried out by a multidisciplinary team. It will permit a specialized view on various aspects of health, nutrition, functional capacity, emotional, social and environmental, to guarantee of life to them.

Keywords: elderly, diabetes, quality of life, body image and physical activity.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
DB	Diabéticos
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NCI	Núcleo de Convivência de Idosos
ND	Não-diabéticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCFV	Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos
SMADS	Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social
SOBEI	Sociedade Beneficente Equilíbrio de Interlagos

LISTA DE FÍGURAS

Figura 1 - Relação de idade entre homens e mulheres.....	27
Figura 2 - Representação da prática de atividade física por semana.....	29
Figura 3 - Satisfação com o desempenho nas AVDs.	31
Figura 4 – Satisfação com o desempenho para a capacidade do trabalho	31
Figura 5 – Representação da frequência de apontamentos da imagem percebida e da imagem esperada entre os grupos.	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Percentual de idosos moradores dos distritos da zona Sul de São Paulo	27
Tabela 2	Percentual de patologias entre os Diabéticos (DB) e não diabéticos (ND)	28
Tabela 3	Prática de Atividade Física e frequência das atividades	29
Tabela 4	Análise da qualidade de vida pelos domínios do questionário Whoqol-Breaf.	30
Tabela 5	Análise da qualidade de vida pós-diagnóstico do diabetes pela escala B- PAID	33
Tabela 6	Frequência de aparecimento das silhuetas – Escala de Sorensen e Stunkard	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Envelhecimento	13
1.2 Diabetes Mellitus.....	15
1.3 Qualidade de Vida.....	17
1.4 Imagem Corporal	18
1.5 Núcleos de Convivência de Idosos	19
2 OBJETIVO.....	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3 MÉTODO	23
3.1 Sujeitos de Estudo	23
3.1.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão	24
3.1.2 Grupos de Estudo	24
3.2 Instrumentos de Pesquisa.....	24
3.3 Análise Estatística.....	26
4 RESULTADOS	27
5 DISCUSSÃO.....	35
6 CONCLUSÃO.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	42
APENDICE I - CARTAS DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO NCI E CARTA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DA PESQUISA.....	48
ANEXO I – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA E PARECER CONSUBSTANCIADO	52
ANEXO II TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	57
APENDICE II (QUESTIONÁRIO AMOSTRAL)	60
ANEXO III (QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF).....	62
ANEXO IV (VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA B-PAID).....	68
ANEXO V (ESCALA DE SILHUETAS DE SORENSEN E STUNKARD)	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento

O processo de envelhecimento da população mundial é considerado a maior história de sucesso do desenvolvimento humano, sendo resultado da queda das taxas de natalidade e aumento da esperança ou expectativa de vida¹.

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional considerada mesmo nos países mais pobres. Mesmo que a melhora dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos².

A organização não governamental, *Help Age International*¹ e a Organização das Nações Unidas³ revelam o elevado número dessa população em todo o mundo, cerca de 901 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando 12.3% da população mundial. Em 2030, este número terá aumentado para 1.400 milhões ou 16.5%, e em 2050, para 2.100 milhões ou 21.5% da população global. Além disso, as pessoas com mais de 60 anos ultrapassam hoje as crianças com menos de cinco; em 2050, ultrapassarão as crianças com menos de 15. Estas alterações demográficas costumam ser rápidas no mundo em desenvolvimento.

Essa população no Brasil representa hoje 20,6 milhões de pessoas², ou seja, 10,8% da população total. A expectativa é que, em 2060, o país tenha 58,4 milhões de idosos (26,7% do total). O que explica esse aumento não é só, mas também, a melhoria da qualidade de vida, que ampliou a expectativa de vida dos brasileiros, que era de 75 anos em 2013, e passará para 81 anos em 2060 - com as mulheres vivendo, em média, 84,4 anos, e os homens 78,03 anos⁴.

O envelhecimento hoje não deve ser mais estigmatizado sendo caracterizado apenas como declínio, doença e incapacidade. Mas precisa ser encarado como um processo contínuo e dinâmico semelhante à infância, adolescência e fase adulta⁵. Este deve ser caracterizado de acordo com os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais⁶.

Os fatores psico-sociais, o estilo de vida, a genética e os fatores ambientais são determinantes do processo de envelhecimento do organismo, que

por sua vez sofre modificações moleculares, celulares e funcionais, que podem levar a diminuição da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, levando a maior disposição de doenças⁷.

O envelhecimento evidencia três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os velhos e os idosos mais velhos. Cronologicamente, os considerados jovens são pessoas de 65 a 74 anos, que no geral se encontram ativas, dispostas e vigorosas. Os velhos estão na faixa etária de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária^{8,9}.

As atividades da vida diária variam de acordo com o grau de funcionalidade de cada indivíduo e são divididas em: Atividades de Vida Diária (AVDs) ou Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que compreendem as atividades rotineiras de cuidar de si mesmo como vestir-se, alimentar-se, continência urinária e fecal e o desempenho ou estado físico. As Atividades Instrumentais de vida diária (AIVDs) que estão relacionadas a atividades mais complexas do dia a dia, como usar um telefone, preparar as refeições, fazer compras controlar dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos, caminhar e utilizar meios de transportes. E ainda há as Atividades Avançadas Vida Diária (AAVDs), que são atividades que contribuem para a boa qualidade de vida da pessoa e são representadas pela capacidade de dirigir carro, andar de bicicleta, correr, pintar, tocar instrumento, praticar esportes, exercer atividades políticas, etc¹⁰.

As principais características associadas ao envelhecimento saudável são as de preservar as características de quando mais jovens, com baixo risco de doenças, elevadas funções mentais e físicas e envolvimento ativo com a vida¹⁰. Enquanto, o envelhecimento ativo, é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 e publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2005¹¹. como:

“processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”¹¹.

O envelhecimento ativo acontece por diversos fatores determinantes como: pessoais, comportamentais, sociais, econômicos, gênero, cultura, sistema de saúde

e serviço social¹². Este pode envolver atividades físicas, sociais e intelectuais, também conhecidas como atividades avançadas de vida diária (AAVDs)¹³. As AAVDs se enquadram no complexo conjunto de competências comportamentais associadas à funcionalidade, à motivação e a experiências anteriores. As AAVDs dependem da preservação das funções físicas e cognitivas e são influenciadas por gênero, idade e condições de saúde, escolaridade, estado civil, localidade da residência¹³.

Entretanto, o declínio na saúde frequentemente prejudica o engajamento em AAVDs, predispondo ao isolamento social e o adoecimento¹³.

1.2 Diabetes Mellitus

Com o aumento dos anos vividos, as doenças crônicas degenerativas são cada vez mais prevalentes entre os idosos. Todas as doenças cardiovasculares, respiratórias, cerebrovasculares (AVC), diabetes e até o câncer podem ser consideradas doenças crônicas. Essas representam 72% das causas morte chamando a atenção para a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)¹⁴.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de diabéticos no mundo ultrapassa a faixa de 422 milhões em 2014, mais comum em países de média e baixa renda. O DM é a principal responsável pelas causas de cegueira, problemas e falência renal, ataques cardíacos, AVC e amputações de membros inferiores. Outros dados alarmantes são os altos números de mortes associados ao diabetes de 1,6 milhões de pessoas em 2015, sendo que metade dessas mortes forma em idosos com 70 anos em média¹⁵.

A OMS prevê que em 2030, o diabetes lidere a sétima posição de causa de morte do mundo¹⁵.

Optou-se por focar no DM, pois encontramos em um estudo realizado com idosos diabéticos, dois resultados diferentes que chamou a atenção; um onde os participantes consideraram a saúde como o elemento mais importante para a qualidade de vida e sua falta como maior motivo de infelicidade. E o outro foi: “não ser portador de Diabetes Mellitus” foi a morbidade referida que mais se associou à satisfação com a vida¹⁶.

O DM é uma doença crônica de etiologia múltipla, que ocorre pela deficiência do pâncreas em produzir insulina suficiente ou essa não exerce suas funções adequadamente e o organismo fica resistente a ela¹⁵. DM se caracteriza por uma série de distúrbios metabólicos que possuem em comum, o aumento dos níveis de glicose no sangue. O efeito da hiperglicemia sanguínea resulta de falhas na secreção ou na função da insulina no organismo gerando complicações em vários órgãos e sistemas do organismo, como o cardíaco, renal, nervoso e visual ^{15, 17; 18.}

O DM possui diferentes classes clínicas, desde diabetes tipo 1, tipo 2, gestacional, entre outros. A tipo 2, acomete cerca de 400 milhões de pessoas ao redor do mundo e exige tratamento multidisciplinar¹⁹. Esses diabéticos têm uma capacidade de secreção e de insulina residual, em níveis inadequados para superar a resistência à insulina. A maioria destes é obeso, mais comum em idosos e sedentários¹⁵, que no geral não possuem nenhum sintoma no momento do diagnóstico^{17; 18}.

O tratamento do diabetes tipo 2, deve ter a adoção de hábitos saudáveis de vida relacionados a alimentação, prática de exercícios regulares, medicação apropriada, auto-monitoração da taxa de glicemia, rotina de cuidados com os pés, atendimento apropriado da doença e apoiar-se na equipe multiprofissional.^{15,18,20, 21}.

Comumente a maioria dos portadores de DM só toma conhecimento da doença na fase crônica, devido à discreta sintomatologia, que gera um grande impacto na qualidade de vida dessas pessoas, visto que, depois de descoberta a doença há uma série de modificações necessárias nos hábitos alimentares e adoção de terapias medicamentosas que obrigam uma mudança de rotinas e estilo de vida¹⁷.

As doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento. Enfatizando que a prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar o quadro atual².

São responsáveis pelo cuidado, tratamento preventivo da doença e suas co-morbidades, os setores governamentais, a sociedade civil, o cuidado individual e o setor privado¹⁵.

1.3 Qualidade de Vida

Qualidade de vida tem uma definição ampla e variada, geralmente associada aos interesses de quem a quer medir ou classificar. Ela é dependente das vivências de cada um, considerando seus padrões de conforto e bem-estar, e ao grau de satisfação com a vida, nos aspectos emocionais, familiares, sociais, ambientais, culturais, religiosos, éticos e até na estética existencial²². Olga Matos^{in:22} é citada pela sua definição :

“Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais (Olga Matos, 1999 apud ²²)”.

A qualidade de vida em saúde foi direcionada ao longo da história, como promoção de saúde, englobando o estilo vida, as condições individuais, o ambiente, e os serviços de saúde²².

Para o idoso a qualidade de vida está atrelada a promoção da capacidade funcional, da independência, dos hábitos saudáveis de vida e da prática de atividade física²³.

A qualidade de vida e a satisfação na velhice estão atreladas a questões de independência-autonomia e a satisfação com a vida. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas¹⁶.

A prática de atividade física também tem sido considerada uma importante ferramenta no tratamento de indivíduos com diabetes do tipo 2. Programas de exercício físico têm demonstrado ser eficientes no controle glicêmico de diabéticos, melhorando a sensibilidade à insulina^{15,24}.

Em geral na velhice, a prática de atividade física é limitada, interferindo na qualidade de vida e podendo trazer limitações na realização das atividades de vida diária do idoso, que podem favorecer o sedentarismo, a desmotivação e adoecimento¹⁷.

1.4 Imagem Corporal

Imagem corporal (IC) é a figuração mental do corpo, é o modo que o corpo se apresenta para cada uma das pessoas. Ela surge a partir do esquema corporal, ou seja, do conhecimento sobre o corpo, adquirido pelas vivências sensoriais que temos ao longo do processo de desenvolvimento. Essa imagem, portanto, não é algo imaginado ou apenas uma sensação e sim uma conscientização, uma organização de esquemas. Tanto que a destruição desses esquemas, por uma lesão no córtex, torna impossível o reconhecimento da postura, do movimento, da limitação do corpo ou da estimulação no ponto estimulado na área corporal afetada²⁵.

Outros vários fatores também podem influenciar inclusive no processo de formação da IC, dentre eles o sexo, a idade, os meios de comunicação, além da relação do corpo com os processos emocionais e cognitivos como crenças, valores e atitudes inseridos em uma cultura²⁶.

A IC não é fixa, e sempre que ocorre uma doença orgânica, ela provoca sensações anormais no corpo que podem modificar a figuração e as atitudes psicogênicas levando a somatizações corporais²⁵.

A IC se destaca por constituir múltiplas facetas, integrando uma variedade de dimensões mensuráveis, que se desenvolve por meio de pensamentos; de sentimentos; do toque e percepções acerca da própria aparência geral, das partes do corpo e das estruturas e funções fisiológicas²⁶.

A IC do idoso pode sofrer muita interferência a partir da visão social e cultural do meio em que o mesmo está inserido. E atualmente a valorização do corpo como fonte de identidade, tendo como padrão de beleza à magreza e a juventude, costuma destacar negativamente os aspectos relacionados com os sinais do envelhecimento e a forma corporal, desconsiderando as variações da estrutura física, das condições de saúde presentes na população^{27, 28}.

Não é raro encontrar, portanto, idosos insatisfeitos com seu corpo e sua IC por influência das mensagens exigentes da mídia e da sociedade, o que os fazem buscar em caminhos distintos, assumirem diversos hábitos saudáveis de vida ou rebaixamento da autoestima e da qualidade de vida²⁸.

A obesidade ou o sobrepeso, fatores predisponentes do DM e HAS, são também os fatores mais apontados na percepção corporal de mulheres idosas, e menos tolerados em 60% da amostra de um estudo com idosos na faixa etária de 65

a 97 anos²⁹.

1.5 Núcleos de Convivência de Idosos

Um dos principais desafios a serem superados pelos indivíduos idosos é o de manter uma vida autônoma e com qualidade. Assim, torna-se indispensável a adoção de um estilo de vida saudável, no qual estejam conjugados a prática de atividades físicas e bons hábitos alimentares, os quais proporcionarão aos idosos uma sensação de auto-eficácia, maior otimismo e uma melhor satisfação com a imagem corporal¹⁴.

O governo federal vem tomando medidas e estabelecendo políticas públicas que priorizam a qualidade de vida da pessoa idosa. O Pacto pela Vida, de 2006⁴, propôs explicitamente a questão do ciclo do envelhecimento como um tema fundamental na área de saúde, e o Estatuto do Idoso, de 2003⁴, que assegura, por exemplo, o tratamento de saúde e a assistência de um salário-mínimo para todo idoso que esteja na linha de pobreza⁴.

A Área Técnica da Saúde do Idoso desenvolve ações estratégicas com base nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, para promover o envelhecimento ativo e saudável, a manutenção e a reabilitação da capacidade funcional. Um idoso saudável tem autonomia preservada, tanto física como psíquica³⁰.

Para promover a saúde e a qualidade de vida da população acima de 60 anos, a prefeitura municipal de São Paulo possui um serviço de atendimento social, que promove atividades físicas, sociais, culturais, recreativas, ocupacionais e de lazer. Oferece também apoio técnico e/ou operacional a grupos de idosos, tanto de instituições públicas como privadas³⁰.

O Núcleo de Convivência do Idoso (NCI) é um dos serviços desenvolvido para proteção social, convivência e fortalecimento de vínculos destinado aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social. Esse núcleo tem a função de oferecer atividades socioeducativas planejadas, baseadas nas necessidades, interesses e motivações dos idosos, conduzindo na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e

coletivas, na família e no território³¹.

Há diversas organizações sociais sem fins lucrativos, em São Paulo, parceiras das prefeituras regionais da cidade, que desenvolvem projetos sociais, culturais e esportivos para crianças, jovens, e idosos³².

Na região do extremo sul da cidade de São Paulo, há uma organização social que atende cerca de 2.100 idosos nas regiões de Capela do Socorro e Parelheiros, locais marcados por elevados índices de vulnerabilidade social e carência de serviços³².

A Sociedade Beneficente Equilíbrio de Interlagos - SOBEI, é uma organização social mantenedora em parceria com a Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS, enquanto serviço de convivência e fortalecimento de vínculos - SCFV atuante na proteção social básica da política pública de Assistência Social atua no NCI com uma equipe multidisciplinar que consta de assistente social, psicólogo, educadores físicos e arte-educadores para atender os idosos, para suprimir situações de risco pessoal e isolamento social³⁰.

A participação dos idosos inscritos nesse programa deve ocorrer com uma frequência diária regular. Segundo a prefeitura municipal do estado de São Paulo, em 2016 havia 96 unidades que atendiam cerca de 12.810 idosos³¹.

O perfil dos idosos que costumam frequentar o NCI em sua maioria são mulheres, na faixa etária predominante de 60 a 69 anos, aposentadas, geralmente residentes com familiar. A patologia predominante é hipertensão, seguido pela catarata e em terceiro lugar diabetes. Sendo relatado que das diversas atividades realizadas, a que mais agrada a maioria deles é a atividade física, composta por ginástica, capoeira, alongamentos, fortalecimentos, exercícios lúdicos e de relaxamento³³.

As ações desenvolvidas nos NCIs são propostas que vão de encontro à descrição dos autores referente às AAVDs, que englobam diferentes graus de complexidade e são geralmente agrupadas em atividades físicas, sociais e intelectuais que. A escolha das mesmas por parte dos idosos comumente sofre influências socioculturais e motivacionais, a maior parte delas são práticas livres de obrigações e costumam envolver o lazer, o entretenimento e o convívio social¹³.

Este levantamento nos instigou verificar como a Diabetes Mellitus interfere na qualidade de vida e na imagem corporal das pessoas idosas. E o que representa a prática de atividade física na qualidade de vida e na imagem corporal dos mesmos.

Justifica-se a investigação da qualidade de vida e imagem corporal de idosos diabéticos que participam do NCI, pois partimos do princípio de que os mesmos vão para as atividades de forma voluntária e descaracterizada de qualquer tipo de tratamento clínico, em busca de cuidar da saúde e dar sentido nas suas rotinas. Nota-se pela literatura que o diabetes pode alterar a qualidade de vida, principalmente na autonomia física e funcional dos idosos, consequentemente alterar a imagem corporal.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a influência do diabetes na qualidade de vida e na percepção da imagem corporal de idosos que frequentam núcleo de convivência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar a percepção individual da qualidade de vida entre idosos diabéticos e não-diabéticos.

Avaliar o impacto emocional do diabetes na qualidade de vida dos idosos.

Comparar a percepção da imagem corporal em idosos diabéticos e não-diabéticos, que praticam ou não, atividade física.

3 MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de campo, transversal, exploratória, de observação individual, com abordagem quantitativa.

O levantamento bibliográfico para fundamentação teórica foi realizado nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Índice da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e U.S. National Library of Medicine (PUBMED), nos idiomas do inglês, português e espanhol, considerando periódicos da última década e bibliografias de anos anteriores ao período delimitado na pesquisa para definição e conceitos. Os descritores indexados utilizados foram: *Idoso; diabetes; Qualidade de vida; Imagem Corporal e Atividade Física*.

Esse projeto foi encaminhado a Coordenação da organização social, Sociedade Beneficente Equilíbrio de Interlagos, que oferece os serviços do NCI, localizado na região sul da cidade de São Paulo, junto com uma carta de coparticipante para ciência e autorização da aplicação da pesquisa com idosos que lá frequentam. (APENDICE 1).

O mesmo foi aprovado em 27 de outubro de 2016, pela Comissão de Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro (UNISA) com parecer consubstanciado CAAE: 61497616.5.0000.0081(ANEXO I).

3.1 Sujeitos de Estudo

O estudo contou com a participação de 85 idosos diabéticos e não diabéticos, 09 homens e 76 mulheres, que frequentavam as atividades do NCI semanalmente, e que praticavam ou não, atividade física.

Os idosos foram abordados pessoalmente, durante o intervalo de suas atividades no NCI, pela pesquisadora principal, que os convidou a serem voluntários da pesquisa. Caso demonstrassem interesse em participar, era solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, (Anexo II). Os participantes tiveram todo o tempo necessário para ler o documento ou que fosse lido para eles e sanassem todas as dúvidas que possuísem. Quando estavam suficientemente esclarecidos e, concordavam participar, assinavam o TCLE e passavam a integrar um dos grupos.

3.1.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão

Os critérios de inclusão foram idosos com idade maior ou igual a 60 anos, participantes ativos do NCI, não-diabéticos ou diabéticos, com a glicemia controlada, segundo informação dos mesmos e comprovada por documentos entregues, como: receituários das medicações; hemograma ou pela caderneta da pessoa idosa. Além de, não possuírem morbididades incapacitantes físicas ou mentais que impedissem a compreensão das perguntas e comandos dos instrumentos de avaliação.

Foram excluídos dessa pesquisa, idosos que não frequentassem o NCI, que não tivessem idade igual ou maior a 60 anos, que mencionassem glicemia descontrolada mesmo com uso de medicação, ou que possuísem co-morbididades incapacitantes ou rebaixamento cognitivo que os impedissem o preenchimento dos instrumentos propostos. Além disso, pessoas que se recusassem assinar o TCLE.

3.1.2 Grupos de Estudo

Os idosos foram divididos em dois grupos, de acordo com seu perfil: Diabéticos (DB); Não diabéticos (ND). Foram considerados ativos os idosos que praticavam 30 minutos seguidos ou mais de atividade física durante três a cinco vezes por semana, perfazendo um total de 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada a intensa semanal e sedentários os que não praticavam atividade física, ou faziam menos de três vezes por semana, ou por menos de 30 minutos, conforme critérios estabelecidos³⁴.

3.2 Instrumentos de Pesquisa

Em dias previamente agendados, os idosos foram convidados a responderem, sozinhos ou com auxílio da pesquisadora, quatro questionários. No entanto, todos os idosos receberam ajuda no preenchimento, preferiram que fosse lido o TCLE, assim como as perguntas dos questionários. Os mesmos alegavam alguma dificuldade para leitura ou não sabiam ler.

Foi aplicado o primeiro questionário amostral para identificação do perfil (APENDICE II) a todos os voluntários.

O segundo questionário foi o WHOQOL-BREF (Abreviado em português em 2000³³) (ANEXO III), que consiste em um instrumento de 24 facetas, abrangendo os 04 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e de Meio Ambiente. Ele é composto por 26 questões de múltipla escolha, apontadas pelo sujeito de pesquisa, em uma escala de Likert, de 1 a 5, com relação a sua percepção da qualidade de vida. Todos os voluntários foram convidados a responder.

Esse instrumento, segundo os autores, tem sido utilizado com frequência em pesquisas de qualidade de vida no Brasil, em pacientes crônicos, população saudável e em idosos. Os idosos aparecem entre os sete grupos mais estudados, pois estão mais predispostos a agravos crônicos e paliativos, onde a qualidade de vida aumenta a sobrevivência deste grupo^{35,36}.

O terceiro instrumento a ser respondido apenas pelos idosos diabéticos foi a Versão Brasileira da Escala PAID – *Problems Areas in Diabetes* (B-PAID)¹⁸ (ANEXO IV), usada para avaliar, a partir da perspectiva dos pacientes, o impacto do diabetes e do tratamento em suas vidas. A escala compreende 20 questões sobre os aspectos da qualidade de vida e problemas emocionais relacionados a viver com diabetes e seu tratamento. As respostas indicam um Score total que varia de 0-100, as notas dadas de 0-4 nos 20 itens, foram multiplicadas por 1.25. A partir das soma das respostas, considerou-se o score mais alto, indicativo de alto índice de sofrimento emocional. O tempo de aplicação dessa escala variou em média de 5-10 minutos.

No quarto e último momento, foi realizada por todos os idosos a percepção da imagem corporal utilizando a escala proposta por Sorensen, Stunkard³⁷ (ANEXO V). As perguntas incluem a auto avaliação da imagem corporal atual e da imagem corporal esperada. Foi considerado o valor numérico escolhido pelo avaliado, de 1 a 9, variando desde a magreza silhueta 1 até obesidade severa silhueta 9. O percentual de apontamentos do tipo de silhueta evidenciará o grau de satisfação ou insatisfação corporal.

Para a codificação da Escala de Desenhos de Silhuetas, estabeleceu-se como critério as diferentes assertivas que o número do desenho escolhido corresponderia à pontuação atribuída às escolhas com os valores de 1 a 9. Após a codificação, calculou-se a frequência de ocorrência dos escores³⁷.

3.3 Análise Estatística

Os resultados foram apresentados como médias(X) e desvio padrão (DP) das médias, pelo teste *t não-pareado*. Após constatação da distribuição normal dos mesmos. Para todos, foram consideradas estatisticamente significantes diferenças, quando $p < 0,05$.

Para análise estatística foi usado o Programa GraphPad Prism, versão 3.0.

Ao término da análise dos resultados e conclusão da pesquisa, será elaborada uma apresentação de retorno aos responsáveis dos NCIs, bem como aos idosos participantes deste estudo e possíveis orientações aos mesmos.

4 RESULTADOS

Participaram deste estudo 85 idosos, (n=76 mulheres e n=09 homens), com média de idade entre $71,32 \pm 5.62$ anos, conforme ilustrado pela figura 1. O estudo foi baseado em informações de entrevistas diretas, nas quais os idosos foram questionados quanto à prática de atividades físicas, qualidade de vida e a imagem corporal, e estes foram separados em dois grupos; diabéticos (DB) e não diabéticos (ND).

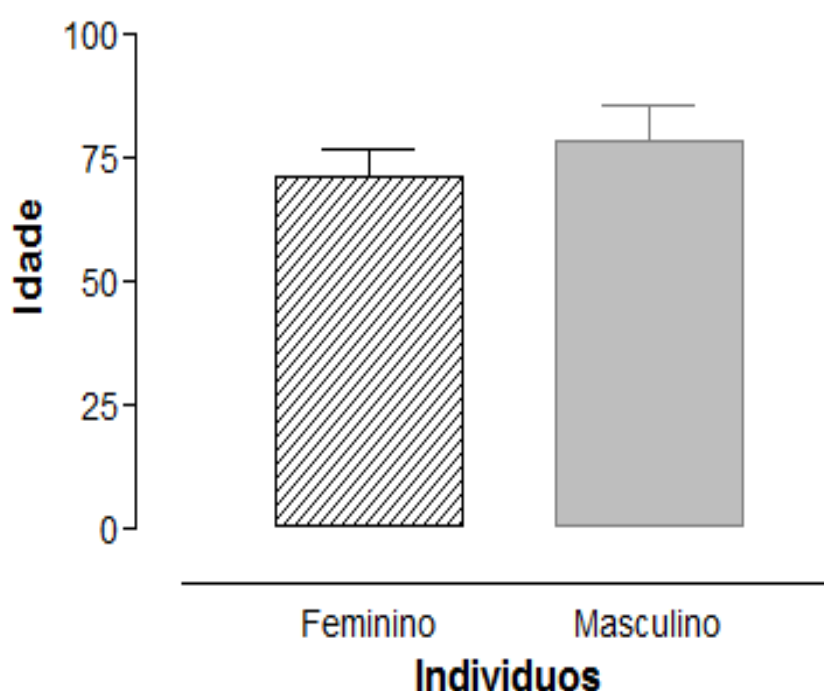


Figura 1 - Média de idade entre homens e mulheres

Os idosos eram residentes da região sul de São Paulo, dos distritos de **Cidade Dutra, Grajaú, Socorro, Marsilac, Parelheiros, Pedreira, Santo Amaro, Socorro e Jurubatuba**. Conforme destacado e sublinhado na tabela 1.

Tabela 1 – Percentual de idosos moradores dos distritos da zona Sul de São Paulo.

Indivíduos	Cidade Dutra	Grajaú	Marsilac	Parelheiros	Pedreira	Santo Amaro	Socorro	Jurubatuba
85	59	12	0	2	2	4	5	1
%	<u>74,5</u>	<u>15,2</u>	0	1,58	1,58	3,16	3,95	0,79

Dos 85 idosos entrevistados, 52 deles (61%) fizeram parte do grupo de Não Diabéticos (**ND**) e 33 (38%) do grupo de diabéticos (**DB**). Esses dados foram auto referido e comprovados por documentos que os mesmos possuíam como, por exemplo, receituários das medicações de controle, hemogramas ou pela caderneta da pessoa idosa, não foi considerado o tempo de diagnóstico para diabetes.

No grupo ND verificou-se presença de co-morbididades como: hipertensão (**62%**) dos idosos; artrose (**56%**); osteoporose (**26%**); problemas cardíacos (22%); catarata (22%); distúrbios de tireoide (13%) e fibromialgia (11%).

Já nos diabéticos (DB) predominaram a hipertensão (**75%**); artrose (**57%**); catarata (**45%**); problemas de tireoide (30%); osteoporose (24%); problemas cardíacos (15%) e fibromialgia (6%), conforme destacado e sublinhado na tabela 2.

Tabela 2 – Percentual de patologias entre os Diabéticos (DB) e não diabéticos (ND)

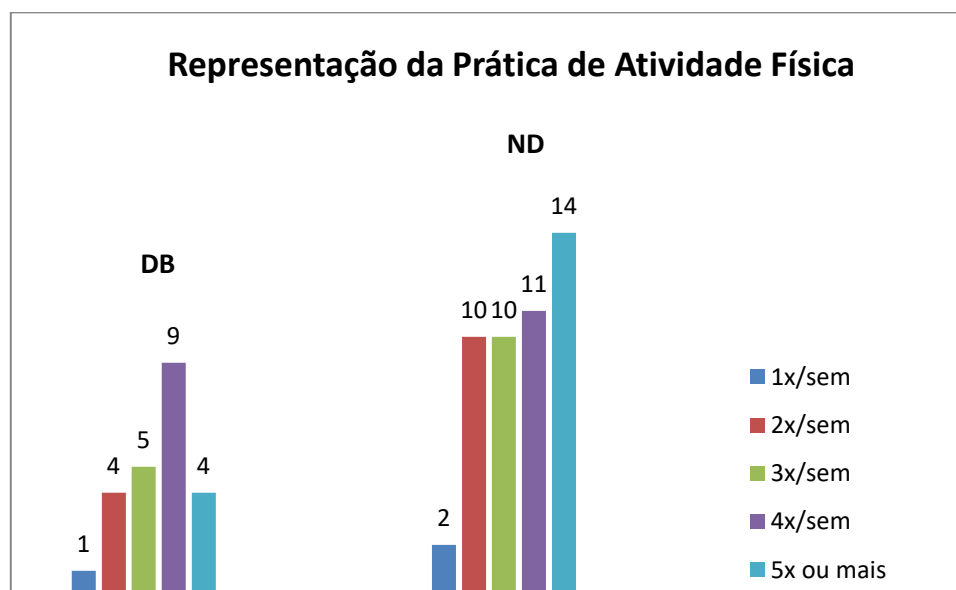
	DB (33)	38 %	ND (52)	61 %
HAS	25	<u>75</u>	33	<u>62</u>
Cardíaco	5	15	12	22
Catarata	15	<u>45</u>	12	22
Artrose	19	<u>57</u>	30	<u>56</u>
Osteoporose	8	24	14	<u>26</u>
Prob.tireoide	10	30	7	13
Fibromialgia	2	6	5	11

Os 33 diabéticos (38%), referiram ter recebido o diagnóstico pelo médico, e 88% destes estavam com a glicemia controlada no momento da entrevista, segundo eles, contra 4 (12%) que referiram não conseguir controlá-la, mesmo fazendo uso de insulina ou outra medicação, e os questionários destes quatro foram excluídos da pesquisa conforme critérios de exclusão.

Dentre todos os entrevistados 82,5% referiram praticar algum tipo de atividade física em média de 4 a 5 vezes por semana, durante 30 minutos ou mais. O grupo ND 90,5% fazia atividade física cerca de cinco vezes por semana. Enquanto os DB 69,6% realizam alguma atividade física, 4 vezes por semana, 30 minutos ou mais, conforme destacado e sublinhado na tabela 3 e ilustrado na figura 2.

Tabela 3 – Prática de Atividade Física e frequência das atividades.

Atividade Física	DB (23)	69,6%	ND (48)	90,5%
1x/sem	1		2	
2x/sem	4		10	
3x/sem	5		10	
4x/sem	<u>9</u>		11	
5x ou mais	4		<u>14</u>	

**Figura 2** – Representação da prática de atividade física por semana (DB na primeira coluna e NB representado na segunda coluna).

Sobre a qualidade de vida (QV), os dados foram analisados pelo Questionário do WHOQOL-BREAF, composto de 26 questões divididas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e o Meio Ambiente. Observou-se que nos dois grupos a qualidade de vida foi classificada com médias entre 3 e 4, consideradas pelo instrumento qualidade regular e boa, em praticamente todos os domínios, destacados e sublinhados na tabela 4.

Tabela 4 – Média (x) e Desvio Padrão (s) da qualidade de vida pelos domínios do questionário Whoqol-Breaf.

Questões	DB (X ±DP)	ND (X ±DP)
1 Auto avaliação Qualidade de Vida	4±0,1	4±0,1
2 Satisfação Saúde	3,5±0,1	4±0,1
Domínio Físico		
3 Impedimento por Dor	4±0,2	4±0,1
4 Tratamento médico para levar a vida	3±0,1	3±0,1
10 Energia suficiente dia-a-dia	4±0,1	4±0,1
15 Capacidade locomover	4±0,1	4±0,1
16 Satisfação sono	3,4±0,2	3,5±0,1
17 Capacidade desempenho nas AVDs	3,82±0,02*	4,17±0,02*
18 Satisfação capacidade para trabalho	4,6±0,1*	3,82±0,1*
Média Domínio Físico	3,89±0,09*	3,71±0,03*
Domínio Psíquico		
5 Quanto aproveita vida	3,8±0,1	3,7±0,1
6 Quanto a vida tem sentido	4,2±0,1	4,1±0,1
7 Concentração	3,13±0,1	3,21±0,1
11 Aceitação aparência física	4±0,2	4±0,1
19 Satisfação consigo mesmo	4,2±0,1	4,1±0,09
26 Frequência sentimentos negativos	4±0,2	3,6±0,1
Média Domínio Psíquico	4±0,07	4±0,04
Domínio Social		
20 Satisfação Relações Pessoais	4,5±0,1	4±0,1
21 Satisfação Vida sexual	4±0,1	4±0,1
22 Apoio dos amigos	4±0,1	4±0,1
Média Domínio Social	4±0,1	4±0,1
Domínio meio Ambiente		
8 Segurança vida diária	4±0,1	3,6±0,1
9 Ambiente saudável	3,6±0,1	3,5±0,1
12 Dinheiro Satisfazer necessidade	3±0,1	2,94±0,1
13 Disponibilidade das informações	3,27±0,2	3,28±0,1
14 Oportunidade de atividades lazer	3,5±0,2	3,38±0,1
23 Satisfação Local mora	4,2±0,1	4,0±0,1
24 Satisfação Serviços saúde	3,13±0,2	2,86±0,1
25 Satisfação Meio de transporte	3,51±0,1	3,4±0,1
Média Domínio Meio Ambiente	3,53±0,07	3,39±0,07

*Indica diferença significativa entre os grupos (p<0,05).

Considerando valores estatisticamente significantes quando $p < 0,05$, pela aplicação do teste *t não pareado*. Destacaram-se significantes os itens 17 e 18 do domínio físico, pois observamos os ND mais satisfeitos (4,17±0,02*) para capacidade no desempenho das AVDs que os DB (3,82±0,02*), ilustrado na figura3.

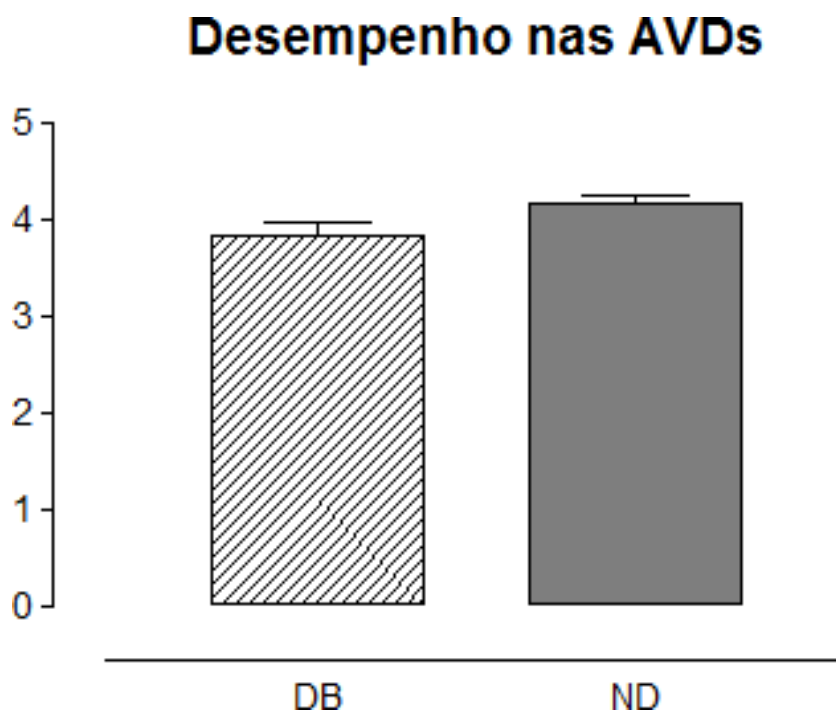


Figura 3 - Satisfação com o desempenho nas AVDs.

Quando analisado o grau de satisfação para a capacidade para o trabalho, os DB ($4,6 \pm 0,1^*$) apresentam maior significância estatística que os ND ($3,82 \pm 0,1^*$), como ilustrado na figura 4.

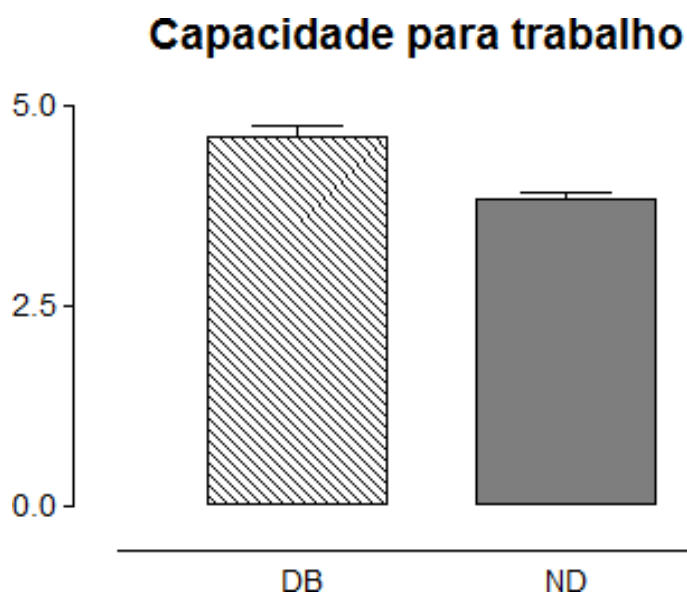


Figura 4 – Satisfação com o desempenho para a capacidade do trabalho.

O segundo instrumento, a escala B-PAID foi observado se havia sofrimento emocional nos idosos diabéticos, pela média das 4 dimensões e subdimensões avaliadas neste instrumento, relacionado a problemas causados pelo diabetes, ao tratamento, a alimentação e ao apoio social, levando em consideração que quanto maior a nota, próxima de 100, maior o sofrimento e menor qualidade de vida pós – diagnóstico.

Destacaram-se os problemas emocionais de:

- preocupação maior em lidar com as complicações causadas pelo diabetes (média 62,5) e,
- Sentiam-se culpados (as) ou ansiosos (as) quando deixam de cuidar do seu diabetes, média de (45. 28)

Dos problemas relacionados ao tratamento sobressaíram:

- a falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes aponta sofrimento em média (61,25).

Sobre problemas relacionados à alimentação:

- destacaram os sentimentos de privação a respeito da comida e refeições, em média (46,25)

Com relação aos problemas relacionados ao apoio social

- referiram sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabete, média (27,5).

Conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5 – Análise da qualidade de vida pós-diagnóstico do diabetes pela escala B-PAID.

Questões	DB média
1 Problemas relacionados ao diabetes	
3 Sentir medo quando pensa em viver com diabetes	38,75
6 Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes	10
7 Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com seu diabetes	31,25
8 Sentir que seu diabetes é um peso para você	42,5
9 Preocupar-se com episódios de glicose baixa	43,75
10 Ficar irritado quando pensa em viver com seu diabetes	21,25
12 Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações	34,4
13 Sentir-se culpado (a) ou ansioso (a) quando você deixa de cuidar do seu diabetes	45
14 Não aceitar seu diabetes	28,75
16 Sentir que o diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente	35
19 Lidar com as complicações do diabetes	62,5
20 Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes	37,5
2 Problemas relacionados ao tratamento	
1 A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes	61,25
2 Sentir-se desencorajado com seu tratamento do diabetes	36,25
15 Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida do seu diabetes	17,5
3 Problemas relacionados à alimentação	
4 Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes	36,25
5 Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições	46,25
11 Preocupar-se com a comida e o que comer	41,25
4 Problemas relacionados ao apoio social	
17 Sentir-se sozinho com o seu diabetes	12,5
18 Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes	27,5

Para a escala de Silhuetas, foi analisada a frequência de aparecimento das silhuetas que variaram entre 01 (magreza) a 09 (obesidade severa). Essas foram pareadas em grupos de aparecimento das respostas.

A maior frequência de apontamentos das silhuetas foram as 4 e 5, nos dois grupos, dos DB e dos NB, evidenciando como os mesmos se percebem

independente se esse apontamento era condizente com a imagem real ou não.

Já na comparação da imagem esperada, os DB tiveram uma frequência maior de apontamentos na silhueta 1 a 2, enquanto os ND se mantiveram com apontamento entre as silhuetas 3 a 5, conforme tabela 6 e ilustrado pela figura 4.

Tabela 6 - Frequência de aparecimento das silhuetas – Escala de Sorensen e Stunkard.

Grupos Silhuetas	Imagem		Imagem		Imagem		Imagem	
	Percebida		Percebida		Esperada		Esperada	
	DB	%	ND	%	DB	%	ND	%
1 a 2	11	3,19	5	2,6	12	3,48	12	6,24
3	8	2,32	7	3,64	9	2,61	18	9,36
4 a 5	15	4,35	27	14,04	9	2,61	18	9,36
6 a 7	6	1,74	14	7,28	2	0,58	6	3,12
8 a 9	1	0,29	2	1,04	0	0	0	0

Imagem percebida apontada nas silhuetas 4 e 5, destacada em vermelho; apresentou uma frequência entre os DB 4,35% e nos ND 14,4%. A Imagem esperada dos DB, destacada em verde observou-se a frequência de 3,48% apontada nas silhuetas 1 e 2 e com menor discrepância nos ND destacado em azul, com 9,36%, silhuetas mantidas entre 3 e 5.

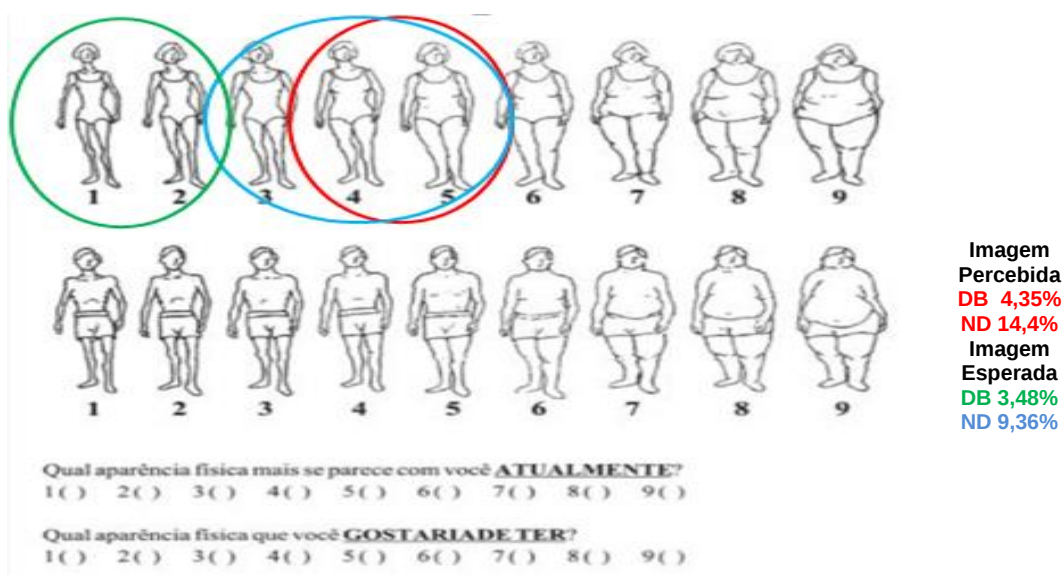


Figura 5 – Representação da frequência de apontamentos da imagem percebida e da imagem esperada entre os grupos.

5 DISCUSSÃO

Na caracterização da amostra, foi observado o predomínio de mulheres em comparação aos homens, (n=76 mulheres para n=09 homens), com média de idade de 71 ± 5 anos. Mulheres com 75 anos ou mais, representam mais da metade da população dessa faixa etária de países como Brasil e África do Sul^{11; 38}. A feminização do envelhecimento, termo usado pela OMS¹¹ e pela ONU¹¹ tem sido uma preocupação mundial, pois mulheres idosas estão cada vez mais expostas aos problemas inerentes às desigualdades sociais, financeiras e as limitações de saúde em fases mais avançadas^{11; 38}.

O envelhecimento em São Paulo é notado em maior número nas regiões centrais da cidade, dado esse associado a melhor condição de renda e acesso aos recursos de saúde e das redes de atendimento, do que o envelhecimento mais periférico³⁸. Este estudo abrangeu idosos moradores das regiões de Capela de Socorro, Cidade Dutra e Grajaú, regiões que ultrapassam 600 mil habitantes, com extrema carência de serviços públicos e com elevado índice de violência e vulnerabilidade social³⁹. Todos esses fatores mencionados contribuem para o adoecimento da população e favorecem o predomínio das doenças crônicas, como identificado nesta amostra.

Assim como observado no presente estudo, a DM e a HAS são as doenças crônicas mais frequentes em idosos e determinantes na morbidade e mortalidade, com considerável incidência em todo o mundo, não somente pela diminuição da longevidade, mas também por comprometer a qualidade de vida. Em razão desses fatores, atrela-se a necessidade de aceitação por parte do idoso as mudanças de hábitos rotineiros que são fundamentais e, em geral, devem ser estabelecidas continuamente¹⁴.

Existe consenso entre os autores, de que a HAS é duas vezes mais frequente entre indivíduos diabéticos, quando comparados com a população em geral, já presente em 50% dos diabéticos no momento do diagnóstico. Outras morbidades também associadas ao diabetes são as dislipidemias, sobrepeso, obesidade, sedentarismo^{19;46}.

Os estudos de Leite *et al.*⁴⁰ e Piccini, *et al.*⁴¹ evidenciaram que as doenças crônicas como hipertensão e diabetes são as que mais trazem co-morbidades em idosos. Para Pilger *et al.*⁴², a maior incidência das patologias entre os 359 idosos,

por eles investigados, são: hipertensão, diabetes e artrose/artrite. Tais dados corroboram aos achados dessa pesquisa, pois a hipertensão e a artrose foram predominantes nos dois grupos investigados, tanto no grupo de ND e sobressaindo no grupo de DB, além da catarata que já era um sintoma esperado nesse grupo.

Apesar de a catarata estar presente em idosos diabéticos com tempo de diagnóstico geralmente maior de 20 anos⁴², merece atenção pelo fato de aumentar a necessidade de suporte nas AAVDs, AIVDs e AVDs, afetando diretamente na autonomia, funcionalidade e qualidade de vida do idoso⁴².

Missias *et al*²³ e Franchi, *et al*,⁴⁴ afirmam que a realização de atividade física para idosos previne doenças crônicas, melhoram a capacidade funcional e a saúde destes indivíduos. Missias *et al*²³, ressalta que uma velhice com boa qualidade de vida é considerada saudável quando está relacionada com a afetividade e a prática de atividades físicas²³.

Grillo⁴⁶ aponta que uma necessidade de cuidados constantes no estilo de vida, como mudança nos hábitos de vida associando a prática de atividade física, alimentação saudável, qualidade do sono, independência funcional e social, pode ter benefícios modestos, mas significativos em longo prazo na função física, principalmente em adultos de meia idade e idosos obesos com diabetes tipo 2.

Os idosos DB participantes deste estudo realizavam atividade física em média 4 vezes por semana durante 30 a 50 minutos; e os ND 5 vezes por semana, também durante 30 a 50 minutos, dentro dos critérios das diretrizes do Comitê Consultivo de Atividades Físicas³⁵.

Existem questionamentos com base em evidências científicas sobre a intensidade e frequência da atividade física, pois não conseguiram ainda distinguir quais são os benefícios para a saúde comparando a prática de 30 minutos de atividade física nos 5 dias da semana dos que foram obtidos através de 50 minutos em 3 dias da semana³⁵. Atualmente, há uma cobrança por parte da OMS³⁵ que se desenvolvam mais pesquisas relacionando atividade física para idosos.

Neste estudo, os idosos que não realizavam atividade física, referiram no momento da entrevista, interesse pela referida atividade, mas alegavam não ter atestado médico ou retornado à consulta até o momento da pesquisa, para que fosse autorizado realizarem a prática. A gestão do NCI, por questão de segurança e controle periódico de saúde, também não permitia que participassem. Esse dado evidencia positivamente a qualidade da equipe do NCI, pelo controle da saúde dos

usuários do programa, assim como a aptidão física dos mesmos.

Pownall, *et al*⁴⁵ discutem os tipos de programas de exercícios físicos para idosos e apontam a necessidade da cobrança do atestado médico periódico e lamentam que em vários lugares do mundo o atestado não é nem mesmo obrigatório.

Os estudos de Pilger, *et al.*⁴² afirmam que apesar dos idosos diabéticos apresentarem uma chance duas vezes maior de incapacidade funcional e outras comorbidades que os hipertensos, eles não perceberam diferença entre os participantes diabéticos e não diabéticos que praticavam ou não atividade física. Os apontamentos dos autores contribuem com os achados da presente pesquisa que também não verificou diferença estatística na frequência das atividades físicas entre os idosos DB e ND avaliados, tampouco na qualidade de vida.

O WHOQOL-BREF, instrumento que permite a avaliação da qualidade de vida de forma geral, evidenciou que os idosos estavam satisfeitos com a qualidade de vida e a saúde deles, classificadas entre regular e boa, com médias entre 3 e 4 e DP entre $\pm 0,1$ e $\pm 0,2$. E apesar de não ter apresentado significância estatística, nos diferentes domínios físico, psíquico, social e de meio ambiente avaliados, cabe destacar que, por se tratar de pessoas idosas, a média tende a diminuir de acordo com as dificuldades do próprio processo de envelhecimento e torna-se um dado importante que deve ser mantido ou até melhorado.

Em um trabalho realizado com idosos diabéticos, os autores verificaram que 66,6% deles estavam satisfeitos com a vida e que o grau de satisfação relacionava-se, sobretudo, ao seu bem-estar físico¹⁵.

No presente estudo, as questões de qualidade de vida, que apresentaram significância estatística, estavam relacionadas a satisfação com a capacidade para as AVDs para os idosos ND. A satisfação com a capacidade para o trabalho notou-se maior nos diabéticos que os ND.

A satisfação com as AVDs e AIVDs estão diretamente ligadas ao grau de independência desses idosos. Caso contrário, pode ser considerado risco de morbidade e até de mortalidade, aumentando os déficits em vários domínios, independente da idade. Lembrando que a fragilidade aumenta a partir dos 65 anos⁴⁴.

A escala B-PAID, foi um instrumento importante para avaliar especificamente a qualidade de vida dos idosos diabéticos. Com relação aos aspectos emocionais associados ao diagnóstico e convivência com o DM, traçados

pela escala B-PAID foi observada preocupação com as complicações associadas ao diabetes e se sentiam culpados quando deixavam de tomar os cuidados necessários para controle da doença.

Quanto aos problemas relacionados ao tratamento, referiram sentir a falta de metas claras e concretas no cuidado do diabetes. Na verdade, as metas existem e devem ser reforçadas para os idosos e seus familiares constantemente, referentes aos cuidados de monitorar a glicemia, auto aplicar as injeções de insulina e usar corretamente as medicações. Esses cuidados ajudam a elevar a adesão aos tratamentos e dietas e estimulam a pratica de atividades físicas¹⁸.

Com relação aos problemas relacionados à alimentação, as maiores dificuldades estão nos sentimentos de privação a respeito da comida e refeições. Carvalho *et al*⁴⁸, advertem sobre a baixa frequência de alimentos ricos em fibras, tais como frutas e hortaliças, aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares da dieta. Esse dado sobre a alimentação soma-se aos resultados apresentados pelos idosos sobre os aspectos sociais, pois sentem que seus amigos e familiares não os apoiam em seus esforços de lidar com o diabetes. Para Potter, *et al. apud Zanetti, et al*⁴⁸ a família influencia fortemente o estado de saúde de cada indivíduo e por sua vez, influencia o modo pelo qual a unidade familiar funciona.

Em relação ao paciente diabético, o suporte familiar é fundamental, pois ele é um aliado para a aquisição de orientações de saúde adequadas e no processo de enfrentamento da doença. Assim, o processo educativo deve valorizar as experiências e os conhecimentos antecedentes dos mesmos. O suporte da família, como parte do contexto familiar, é apontado como fator significativamente associado aos comportamentos relacionados ao autocuidado no diabetes, sejam eles a dieta, o exercício ou a adesão ao tratamento medicamentoso⁴⁸.

O teste de silhuetas evidenciou uma percepção corporal discrepante, principalmente nos DB, que evidenciou o desejo de uma silhueta bem menor do que apontavam ter. Apesar de registrar uma percepção individual, sabe-se que a aceitação da própria imagem, fortalece a autoestima, interfere na qualidade vida e nas motivações pessoais.

A imagem do corpo é o eixo principal da personalidade e representa o equilíbrio entre a identidade do idoso e sua relação no contexto entre corpo e o meio⁴⁹.

Quanto mais distante for a IC percebida da esperada, mais prejuízos corporais, emocionais e sociais, que podem interferir no autocuidado. Cavalcante⁵⁰ afirma que a identidade é construída a partir do corpo e que a identidade do idoso origina-se no corpo simbólico, que encontra suporte no corpo real. Conforme o corpo sofre interferências e modificações, acontecem progressivos comprometimentos da identidade, com riscos de conflitos e dificuldades, principalmente quando a personalidade é desenvolvida sobre a imagem real do seu corpo.

O fato dos idosos realizarem os trabalhos em grupo de forma regular, ao longo do tempo, tornam eficazes os resultados para o controle da glicemia, do conhecimento do diabetes e de alguns comportamentos relacionados à diabetes¹⁹.

Os benefícios apontados à prática regular de exercícios físicos em idosos, vão desde a melhora no controle da glicose, da pressão arterial e melhora das capacidades físicas relacionadas à saúde. Na capacidade emocional estimula a redução dos níveis de ansiedade e estresse e possibilita melhoras do nível cognitivo e social a partir da integração sociocultural²³.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa conclui que o diabetes pode ter influência limitante na qualidade de vida dos idosos, nos aspectos físicos, emocionais e sociais, além de modificar a percepção da imagem corporal dos mesmos, no entanto, observamos que a prática de atividade física regular e com intensidade aeróbica constante, é um fator importante no controle do DB. Permitindo que os idosos diabéticos possam ter resultados positivos, a respeito da percepção da qualidade de vida destacada entre regular a boa, semelhante a dos idosos não diabéticos.

Entende-se que, pode haver sim uma carga emocional maior para os idosos diabéticos, frente aos cuidados que os mesmos devem ter com o prognóstico da doença, bem como as preocupações e medos de complicações. Além do autocontrole exigido para manterem a restrição alimentar necessária.

Dentre as diversas questões que o diabético precisa atentar para manter a sua saúde, a glicemia controlada, o cuidado com a dieta e a prática da atividade física, observou-se um aumento da expectativa ou uma ansiedade por um emagrecimento ou de uma silhueta menor entre os idosos diabéticos, identificada nos apontamentos entre as imagens corporais percebida e esperada. Fatores esses que podem diminuir a autoestima e até mesmo a qualidade de vida, na abrangência das dimensões avaliadas.

Esses dados mostram que o objetivo foi alcançado e que o trabalho com idosos, diabéticos ou não, deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, para que haja um olhar especializado nos aspectos de saúde, de nutrição, de capacidade funcional, de equilíbrio emocional, social e ambiental, para garantir uma melhor qualidade de vida aos mesmos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que a população está envelhecendo e vale destacar a importância da sociedade em se preparar para acolher esses idosos de forma equitativa, integral e respeitosa.

O envelhecimento não é o final de tudo, mas sim uma fase natural da vida que não pode ser contada apenas cronologicamente, mas vivida em sua plenitude, respeitando as condições físicas, emocionais e cognitivas inerentes a ela.

Destacamos a velocidade que a população está envelhecendo e que muito em breve usufruiremos da atenção, dos cuidados e da qualidade dos serviços que desenvolvemos hoje.

Reforçamos a importância dos programas como os NCIs, que se preocupam em promover o bem estar e atenção aos idosos em parceria com as equipes de saúde no combate das doenças crônicas. As diversas atividades prezam por diminuir o sedentarismo que onera os cofres públicos, dão voz, oportunidades, e desenvolvem o acompanhamento, a valorização e a socialização necessária dos mesmos.

Questões como qualidade do sono, mentais, sociais e de meio ambiente foram apresentadas pelos idosos nas respostas dos instrumentos de pesquisa e poderiam ter sido mais discutidas, mas saíam dos objetivos propostos nesta pesquisa. Isso nos permite sugerir que novas pesquisas sejam desenvolvidas dentro dessa temática de qualidade de vida e imagem corporal em idosos.

REFERÊNCIAS

- 1 ÍNDICE DA GLOBAL AGE WATCH 2015: Sumário Executivo. <<http://www.helppage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>> Acesso 28/01/2016.
- 2 Veras, R. Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública, 2009; 43(3) :548:54 <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>> Acesso em 28/01/2016>
- 3 ONU BRASIL, Apesar de baixa fertilidade, mundo terá 9,8 bilhões de pessoas em 2050. Publicado em 22/06/2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/apesar-de-baixa-fertilidade-mundo-tera-98-bilhoes-de-pessoas-em-2050/>> Acesso: 08/10/2017.
- 4 BRASIL, Portal Brasil, Brasil é reconhecido por políticas públicas a favor de idosos. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/brasil-e-reconhecido-por-politicas-publicas-em-favor-de-idosos>> Acesso em 28/01/2016.
- 5 Wehbe, N., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R.M., Aquino, R.C., Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO Estudos de Psicologia Campinas 30(3) 393-403 julho - setembro 2013 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf>> Acesso 08/10/2017.
- 6 Schneider, R. H., Irigaray, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia Campinas 25(4) 585-593 outubro - dezembro 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf>> Acesso 08/10/2017.
- 7 Leme, L. E. G. A gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão histórica, 32p. in: Papaléo Netto, Matheus Tratado de Gerontologia 2 ed. rev. e ampliada São Paulo: Editora Atheneu, 2007 936p.
- 8 Papalia, D. E. Desenvolvimento humano [recurso eletrônico] / Diane E. Papalia, Ruth Duskin Feldman, com Gabriela Martorell; tradução: Carla Filomena Marques Pinto Vercesi... [et al.] ; [revisão técnica: Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva... et al.]. – 12. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: AMGH, 2013. Disponível em: <<http://sandrachiabi.com/wp-content/uploads/2017/03/desenvolvimento-humano.pdf>> Acesso 08/10/2017.
- 9 Caldas, C. P., Quarta idade: A nova fronteira da gerontologia, 163p. in: Papaléo Netto, Matheus Tratado de Gerontologia 2 ed. rev. e ampliada São Paulo: Editora Atheneu, 2007 936p.
- 10 Brito, F. C., Nunes, M. I., Yuaso, D. R., Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de avaliação, 135-138p. in: Papaléo Netto, Matheus Tratado de Gerontologia 2 ed. rev. e ampliada São Paulo: Editora Atheneu, 2007 936p.

- 11 World Health Organization (WHO) Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.
- 12 Papaléo Netto, M., Vilas Boas, C. M., Evolução do processo de envelhecimento na Quarta Idade. Considerações sobre formas de envelhecimento. 31-32p. Papaléo Netto, M., Kitadai, F. T., Salles, R. F. N., Vilas Boas, C. M., Guapindaia, M. C. C. A Quarta Idade. São Paulo: Editora Atheneu. 2015. 482p.
- 13 Sposito, G., Liberalesco, N., Yassuda, A. S. M., Atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: Dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP **Rev Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 19, núm. 1, 2016, pp. 7- 20. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403844773002>> Acesso 01/05/2016.
- 14 Rocha, M. P.; Viebig, R. F., Latterza, A. R., Imagem corporal em idosos: influências dos hábitos alimentares e da prática de Atividade física **Rev Digita. Buenos Aires** (15) n166, março 2012. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd166/imagem-corporal-em-idosos-influencias.htm>> Acesso: 27/05/2017.
- 15 World Health Organization (WHO), Diabetes Fact sheet Updated November 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>> Acesso: 01/11/2017.
- 16 Joia, L., Ruiz, C., Donalisio, T. M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos **Rev Saúde Pública** 2007;41(1):131-8.
- 17 Duarte, E. Marques, N. C., Oliveira, A. P. de, Leal, M. C., Campos; M. G. P de, Idosos diabéticos: Autopercepção do estado geral de saúde. 4 Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e 6 Simpósio Internacional de Educação e Comunicação, Agosto 2015, Recife. p. 288-290. Disponível em <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/67>> Acesso em 28/05/2016.
- 18 Gross, C. C., Hutz, S. C., Versão Brasileira da Escala Paid Problem Areas in Diabetes): avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida, Dissertação, Universidade do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/URGS_24136aa23ea4cba21e3e022e0b2de24e/Description#tabnav>. Acesso: 26/04/2016.
- 19 Menon K, Mousa A, de Courten MP, Soldatos G, Egger G, de Courten B. Shared Medical Appointments May Be Effective for Improving Clinical and Behavioral Outcomes in Type 2 Diabetes: A Narrative Review. **Front Endocrinol (Lausanne)**. 2017 Oct 4;8:263. doi: 10.3389/fendo.2017.00263. eCollection 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29046662>> Acesso 20/10/2017.

- 20 Sociedade Brasileira de Diabetes, Diagnóstico e tratamento. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/diagnostico-e-tratamento>> Acesso 29/08/2017.
- 21 Alves, M. da S.; Araujo, M. da C. F.; Nascimento, M. P., Ribeiro, F. C.; Rebouças, P. T; Santos, T. A.; Santos, A. N.; Oliveira, C. S. Oliveira, J. I, Grupo Terapêutico com Idosos sobre o autocuidado nas doenças crônicas. Journal of Health Sciences, v18 n1, 2016 p.48-51.
- 22 Minayo, M. C. de S.; Hartz, Z. M. de A., Buss, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário Cien Saude Colet 2000; 5(1):7-18.
- 23 Missias M. R.; Santos, C.E.S.dos; Couto, E.S.; Teixeira, J.R.B. & Souza, R.M.M.M. (2013, março). Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. Revista Kairós Gerontologia,16(2), pp.27-38. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- 24 Ciolac, E. G.; Guimarães, G. V., Exercício Físico e Síndrome Metabólica Rev Bras Med Esporte Vol. 10, Nº 4 – Jul/Ago, 2004.
- 25 Shilder, P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. Tradução de Rosane Wertman; revisão técnica Núbio Negrão. 3 ed. Martins Fontes, 1999. 405p.
- 26 Coradini, J. Silva, G; Silva, J.R. da; Comparim, K. A., Kunz, E. A, Loth, R. I, Satisfação da imagem corporal e visão de idosas ativas sob a influência do exercício físico na sua autoimagem Rev Kairós Gerontologia, v.15 n3, 2012 Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8741/11431>> Acesso em: 28/05/2016
- 27 Gomes, H. M.; Oliveira, L. B.; Vilas Boas, D. T.; Lucena, A. L. R.de; Vieira, Kay F. L.; Freitas, F. F. Q. Satisfação com imagem corporal: perspectiva de idosos inseridos em um grupo de convivência. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Dez. 2014;12(2). Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Satisfa----o-com-Imagem-Corporal-PRONTO.pdf>> Acesso 30/10/2017.
- 28 Ferreira, A. A.; Menezes, M. F. G.; T., Lima, E., Nunes, N. C.; Souza, F.F.P. de; Albuquerque, N. A. F; Pinheiro, M., Mendes, A. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(2):289-301. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n2/1809-9823-rbagg-17-02-00289.pdf>> Acesso: 31/10/2017.
- 29 Knight T, Illingworth K, Ricciardelli L. Health implications of body size perception and weight tolerance in older adults. J Health Psychol. 2009 Apr;14(3):425-34. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19293304>> Acesso: 31/10/2017.

30 BRASIL, Portal Brasil, país investe em prevenção a doenças da terceira Idade. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/pais-investe-em-prevencao-a-doencas-da-terceira-idade>> Acesso em 29/01/2016.

31 Portal da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/rede_socioassistencial/idosos/index.php?p=3203> Acesso em 27/01/2016

32 SOBEI – Sociedade Beneficente Equilíbrio de Interlagos, Núcleo de Convivência de Idosos <<http://www.sobei.org.br/index.php?acao=23>> Acesso 28/01/16.

33 Fleck M.P. A, Louzada, Xavier, M., Chachamovich E., Vieira, Santos, L. et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública [Internet]. 2000 Apr [cited 2017 July 06]; 34(2): 178-183. Available from:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S003489102000000200012>>

34 World Health Organization, (WHO), Physical Activity and Older Adults: Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/> Acesso: 04/11/2017.

35 Freire, G., V.; Silva, I. P.; Moura, W. B. de; Rocha, F.C, V. Madeira, M. Z. de A.; Amorim, F. C. M, Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade R. Interd. v. 8, n. 2, p. 11-19, abr. mai. jun. 2015. Disponível em <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/619/pdf_206> Acesso em 28/05/2016

36 Kluthkovisky, A. C. Kluthkovisky,G.C, Aragão, F. O WHOQOL-BREF, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Paraná, 2007 < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>> Acesso em: 29/01/2016.

37 Machado, D. Sudo, Cristiane, Pinto, N., Hausen, A.G Imagem corporal de idosas que residem em uma instituição de longa permanência de Porto Alegre – RS CERES; 2010; 5(3); 139-148 Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/download/1944/1506>> Acesso 30/05/2016.

38 Alessandri, M. R.; Maeda, M. T. Prefeitura de São Paulo, Informes Urbanos: Cresce número de idosos na cidade de São Paulo. N.3 novembro, 2003. Disponível em: < http://smul.prefeitura.sp.gov.br/informes_urbanos/pdf/5.pdf> Acesso: 04/11/2017.

39 Instituto Pólis, A luta pela melhoria da assistência à saúde no Grajaú: avanços e desafios para pautar o orçamento público. Disponível em: <

<http://www.polis.org.br/uploads/1470/1470.pdf>> Acesso: 03/11/2017.

40 Leite, M. T.; Pai, D. S.; Quintana, J. de M., Costa, M. C., Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. *Journal of Research Fundamental Care On line*. 2015. abr./jun. 7(2):2263-2276. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=doen%C3%A7as+cronicas+n%C3%A3o+transmissiveis+em+idosos&btnG=&lr=>>> Acesso: 10/07/2017.

41 Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silva, S. D, Vinholes S. F, Rodrigues MA, Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à idosos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006 11657-667. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011314>> Acesso: 10/07/2017.

42 Pilger, Calíope; Menon, M. H., Mathias, T. A. de F., Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 19, núm. 5, outubro, 2011, pp. 1-9 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421964022>> Acesso: 10/07/2017.

43 Tavares, D. M. dos S.; Rodrigues, F. R.; Silva, C.G C.S.;Miranzi,S. de S.C. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Ciência&Saúde Coletiva*, 12(5): 1341 -1352, 2007.Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63012531/>> Acesso 04/11/2017.

44 Franchi, K. M. B., Monteiro, L. Z., Almeida, S. B, Pinheiro, M. H. N. P., Medeiros, A. I.A., Montenegro, R. M.; Montenegro Junior, R. M., Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2 *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 2008, Vol13, (3):158-166. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/795/804>> Acesso: 24/04/2016.

45 Pownall H, Regensteiner J, Steinburg H, Wadden TA, White K, Yanovski SZ, Zhang P, Kritchevsky SB. Physical Function Following a Long-Term Lifestyle Intervention among Middle Aged and Older Adults with Type 2 Diabetes: the Look AHEAD Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017 Oct 19. doi: 10.1093/gerona/glx204. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29053861>> Acesso 22/10/2017.

46 Grillo, M.de F. F.; Gorini, M. I. P. C.. Caracterização da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 *Rev Bras Enferm*. 2007 jan-fev; 60(1) 49-54. Acesso em: 24/04/2016.

47 Carvalho, F. S. Pimazoni Netto, Augusto, Zach, P.; Sachs, A.; Zanella, M. T. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012;56/2. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/6981/S0004-27302012000200004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso 11/10/2017.

48 Zanetti, M. L.; Biagg, M. V; Santos, M. A.; Péres, D. S.; Teixeira, C. R. de S. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. REBEn Revista Brasileira de enfermagem. Brasília, 2008. Mar-abr:61(2):168-92. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/2670/267019607007/>> Acesso 10/11/2017.

49 Neto, F. R.; Manual da Avaliação Motora para a Terceira Idade. Porto Alegre: Artmed, 2009. 268p.

50 Cavalcante, A. M., Psiquiatria, outros olhares: A psicologia do idoso. *Psychiatry On- line Brazil*, n. 5, vol 7, 2002. Disponível em:< <http://www.polbr.med.br/ano02/mour0502.php>> Acesso: 22/10/2017.

**APENDICE I - CARTAS DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO NCI E
CARTA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DA PESQUISA**



CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO NCI

Aos Gerentes Núcleo de Convivência de Idosos (NCI) das SOBEL de Imbuias

Eu, Raquel Fernandes Batista, portadora do RG 35438522-7, acadêmica do curso de mestrado em Ciências da Saúde na Universidade de Santo Amaro – UNISA, venho por meio desta, solicitar autorização para desenvolver meu projeto de pesquisa intitulado **Impacto do Diabetes na qualidade de vida e na imagem corporal de idosos que frequentam o núcleo de convivência**, sob a orientação do professor Dr. Elói Francisco Rosa, no local acima citado, bem como a abordagem de 50 idosos diabéticos e não diabéticos para responderem aos questionários da pesquisa, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Afirmando que não haverá nenhum ônus para a instituição e nem aos idosos que aceitarem participar da pesquisa. Ao final do trabalho me comprometo enviar um relatório final com os resultados obtidos e esclarecimentos para a instituição e aos idosos participantes.

Sem mais para o momento,

Pesquisadora: Raquel F. Batista

Orientador: Prof. Dr. Elói F. Rosa

Coordenadora NCI – Imbuias

SOCIEDADE BENEFICENTE
EQUILÍBRIO DE INTERLAGOS

**CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO NCI**

Aos Gerentes Núcleo de Convivência de Idosos (NCI) das SOBEI Montanaro

Eu, Raquel Fernandes Batista, portadora do RG 35438522-7, acadêmica do curso de mestrado em Ciências da Saúde na Universidade de Santo Amaro – UNISA, venho por meio desta, solicitar autorização para desenvolver meu projeto de pesquisa intitulado **Impacto do Diabetes na qualidade de vida e na imagem corporal de idosos que frequentam o núcleo de convivência**, sob a orientação do professor Dr. Elói Francisco Rosa, no local acima citado, bem como a abordagem de 50 idosos diabéticos e não diabéticos para responderem aos questionários da pesquisa, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Afirmando que não haverá nenhum ônus para a instituição e nem aos idosos que aceitarem participar da pesquisa. Ao final do trabalho me comprometo enviar um relatório final com os resultados obtidos e esclarecimentos para a instituição e aos idosos participantes.

Sem mais para o momento,

Pesquisadora: Raquel F. Batista

Orientador: Prof. Dr. Elói F. Rosa

Coordenadora NCI – Montanaro

DECLARAÇÃO PARA CO-PARTICIPANTE

Projeto unicêntrico com uma única participante, sobre carimbo identificador de cargo e função:

Projeto de Pesquisa: Impacto do diabetes na qualidade de vida e na imagem corporal de idosos que frequentam o núcleo de convivência.

Pesquisadores Responsáveis: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa e Raquel Fernandes Batista.

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro – UNISA

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e do seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia da tal segurança e bem-estar.

São Paulo, 30/09/2016.

Luiz Baldo Sobrinho
Presidente
RG. 55.594.125-5
CPF. 478.459.036-08

Assinatura e carimbo do responsável Institucional da co-participante.

Associação Beneficente Equilíbrio de Interlagos

CNPJ: 53.818.191/0001-60

**ANEXO I – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA E PARECER
CONSUBSTANCIADO**

PARECER PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Protocolo CEP 141/2016

A Comissão de Pesquisa da Universidade do Santo Amaro, após análise, autorizou a realização do projeto intitulado: **"IMPACTO DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA E NA IMAGEM CORPORAL DE IDOSOS QUE FREQUENTAM O NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA"**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a), Raquel Fernandes Batista, no período de novembro/2016 a novembro /2017.

Esta autorização da Comissão de Pesquisa não substitui e/ou dispensa a obrigatoriedade de análise ética, quando pertinente. Desse modo, os projetos envolvendo seres humanos devem ser analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UNISA antes de seu início, bem como os projetos que farão uso de modelo animal devem ser analisados e aprovados pela Comissão de Ética no Uso de Animais - UNISA.

Vale ressaltar que o pesquisador se compromete a entregar relatório de atividade até novembro/2017.

Caso o relatório não seja entregue, o pesquisador será submetido às sanções previstas nas Normas para Atividades de Pesquisa e Regimento Geral da UNISA.

Atenciosamente

São Paulo, 27 de outubro de 2016.



Prof. Dra. Luciane Lucio Pereira
Presidente da Comissão de Pesquisa
Pró-Reitor de Pós-Graduação Pesquisa e Extensão

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA E NA IMAGEM CORPORAL DE IDOSOS QUE FREQUENTAM O NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA

Pesquisador: Raquel Fernandes Batista

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61497616.5.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.803.739

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento ativo pode envolver atividades físicas, sociais e intelectuais, segundo REUBEN e colaboradores (in:7), também conhecidas como atividades avançadas de vida diária (AAVDs)7. As AAVDs se enquadram no complexo conjunto de competências comportamentais associadas a funcionalidade, a motivação e a experiências anteriores. Embora esse nível de funcionalidade exceda as competências relacionadas com o autocuidado e a sobrevivência, as AAVDs dependem da preservação das funções físicas e cognitivas e são influenciadas por gênero, idade e condições de saúde, escolaridade, estado civil, localidade da residência7. A imagem corporal se destaca por constituir um construto com múltiplas facetas, integrado de uma variedade de dimensões mensuráveis, que se desenvolve por meio de pensamentos, sentimentos

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

e percepções acerca da própria aparência geral, das partes do corpo e das estruturas e funções fisiológicas⁸. Outros vários fatores também podem influenciar o processo de formação da imagem corporal, dentre eles o sexo, a idade, os meios de comunicação, além da relação do corpo com os processos cognitivos como crenças, valores e atitudes inseridos em uma cultura⁸. Quando se vive mais, há mais chance de ter uma doença crônica, daí a preocupação para que haja controle e prevenção⁹. A prática de atividade física tem sido considerada uma importante ferramenta no tratamento de indivíduos com diabetes do tipo 2. O Núcleo de Convivência de idosos, (NCI), busca trabalhar com uma equipe multidisciplinar.

Continuação do Parecer: 1.803.739

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o impacto causado pelo diabetes na qualidade de vida e na percepção da imagem corporal de idosos que frequentam núcleo de convivência, quantificando, também, as alterações causadas pelo exercício físico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe o risco mínimo de desconforto emocional, se o idoso se sentir constrangido com alguma pergunta. Caso isso ocorra, ele pode não responder, ou desistir de participar da pesquisa, sem nenhum problema. Benefícios:

Não existe um benefício direto da pesquisa para você, mas ela é muito importante para aumentarmos nosso entendimento sobre as alterações causadas pelo Diabetes e se a atividade

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

física influencia no processo. Este conhecimento, futuramente, por se usado para melhorar o acolhimento para idosos diabeticos e idosos nao-diabeticos em nucleos de convivencia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de alta relevância para o entendimento da doença e da qualidade de vida do paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto: adequado.

Risco e benefícios:

Adequado. Cronograma:

Adequado.

Questionários:

Adequados.

Coparticipantes:

Adequados TCLE

adequado.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

ANEXO II TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROTOCOLO: Impacto do diabetes na qualidade de vida e na imagem corporal de idosos que frequentam o núcleo de Convivência.

Convidamos o senhor (a) para participar voluntariamente de um projeto de pesquisa chamado *“Impacto do Diabetes na qualidade de vida e na imagem corporal de idosos que frequentam o núcleo de Convivência”*. Este é um projeto de Mestrado do curso de Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro - UNISA, e será realizada pela pesquisadora Raquel Fernandes Batista com orientação do Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa.

Essa pesquisa tem o objetivo de verificar, nos idosos diabéticos ou não-diabéticos que frequentam o Núcleo de Convivência do Idoso, a contribuição da atividade física na sua qualidade de vida e no modo como ele vê o seu próprio corpo.

Para atingir os objetivos, você responderá a três questionários, ou quatro se você for diabético.

O primeiro questionário é sobre suas características; se você é, ou não, diabético e se pratica, ou não, atividade física.

O segundo questionário é sobre qualidade de vida. Ele é do tipo teste e você fará um (x) ou circulará a resposta que quiser. Não existe resposta certa ou errada, apenas a sinalização do que melhor representa a sua realidade.

O terceiro questionário será respondido apenas pelos idosos com diabetes. É A Versão Brasileira de uma Escala chamada PAID, para pacientes com diabetes. Também será um questionário do tipo teste, onde marcará com X a resposta que quiser. Neste teste também não existe resposta certa ou errada, apenas a sinalização do que representa a sua realidade.

Por fim, o quarto questionário será para verificar como você vê o seu próprio corpo. No teste estarão desenhados diferentes contornos de corpos e você marcará o desenho do corpo que acredita ter e o desenho do corpo que gostaria de ter.

Você deve demorar entre 20 e 40 minutos para responder o questionário e poderá pedir auxílio à pesquisadora a qualquer instante para preenchimentos dos instrumentos acima citados, e poderá não responder a qualquer questão que não desejar.

Nesse estudo não haverá nenhum tipo de risco ou desconforto físico ou financeiro. Existe o risco mínimo de desconforto emocional, se você se sentir constrangido com alguma pergunta. Caso isso ocorra, você pode não responder, ou desistir de participar da pesquisa, sem nenhum problema. Também pode pedir auxílio para a pesquisadora.

Não existe um benefício direto da pesquisa para você, mas ela é muito importante para aumentarmos nosso entendimento sobre as alterações causadas pelo Diabetes e se a atividade física influencia no processo. Este conhecimento, futuramente, por se usado para melhorar o acolhimento para idosos diabéticos e idosos-diabéticos em núcleos de convivência.

É garantida sua liberdade para a retirada de seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição,

antes, durante ou após o período deste estudo.

As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo ausência de exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

Qualquer dúvida ou comentário que você tiver, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, que é a Raquel Fernandes Batista, que pode ser encontrada no endereço Rua Isabel Schimdt, Campus II, 349, Telefone(s) 11- 2141-8550. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141- 8687.

São Paulo, ____/____/____

Raquel Fernandes Batista
Pesquisadora

Se você achar que foi suficientemente esclarecido e concordar em participar desta pesquisa, assine no espaço determinado abaixo.

Nome:

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Pesquisador Responsável: Raquel Fernandes Batista – Rua Isabel Schimdt, 349 – Santo Amaro SP CEP: 04743-030 e telefone (11) 2141-8550.
CEP-UNISA: Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

APENDICE II (QUESTIONÁRIO AMOSTRAL)

PERFIL DOS PARTICIPANTES

Siglas do Nome: _____

Idade: _____ anos

Sexo () Feminino () Masculino

Bairro: _____

Qual ou quais desses problemas de saúde você possui?

- () Hipertensão/Pressão Alta
- () Problema de coração
- () Diabetes/Aumento de açúcar no sangue
- () Catarata
- () Artrose
- () Osteoporose
- () Problema de Tireoide
- () Fibromialgia

Segundo o diagnóstico do seu médico, você é diabético? () Sim () Não

Se você for diabético, a sua glicemia (nível de açúcar no sangue) está controlada?

() Sim () Não

Você faz uso de insulina ou outro medicamento? () Sim () Não

Você faz atividade física? () Sim () Não

Quantas vezes por semana? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais

Quanto tempo seguido de atividade vocês faz? () menos de 15 minutos

() entre 15 e 25 minutos

() 30 minutos ou mais

ANEXO III (QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF)
(Versão em Português)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

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

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5

2 Quanto satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
--	------	-------------	-------	-------	---------------

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

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

	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito Bom
15 Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de	1	2	3	4	5

desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18 Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 Quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 Quanto satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 Quanto	1	2	3	4	5

satisfeito(a)					
você está com o seu meio de transporte?					

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO IV (VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA B-PAID)

Instruções: A partir de sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para você?

Por favor, circule o número que indica a melhor resposta para você em cada questão.

1. A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

2. Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

3. Sentir medo quando pensa em viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes (por exemplo pessoas falando para você o que você deve comer):

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

5. Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

6. Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

7. Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

8. Sentir que o seu diabetes é um peso para você:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

9. Preocupar-se com episódios de glicose baixa:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

10. Ficar brabo /irritado quando pensa em viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

11. Preocupar-se com a comida e o que comer:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

12. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

13. Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

14. Não aceitar seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

15. Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

16. Sentir que o diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

17. Sentir-se sozinho com seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

18. Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

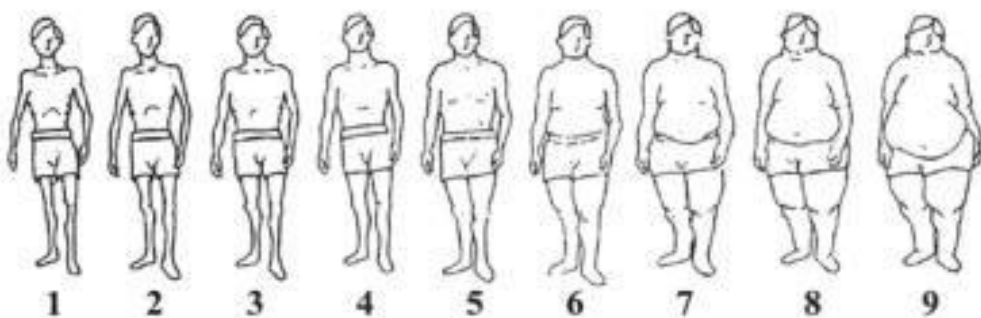
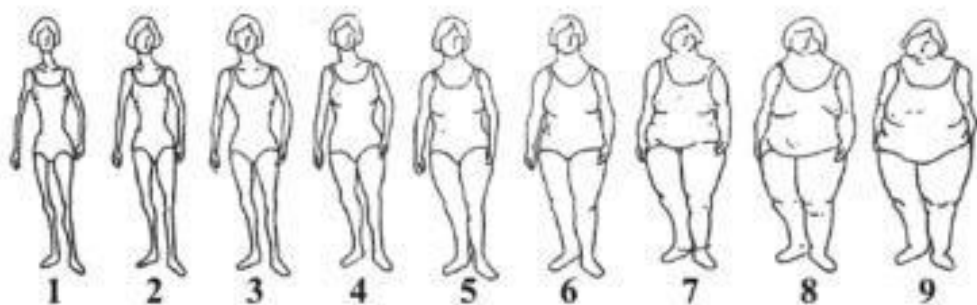
19. Lidar com as complicações do diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4 ¹

20. Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

ANEXO V (ESCALA DE SILHUETAS DE SORENSEN E STUNKARD)



Qual aparência física mais se parece com você **ATUALMENTE**?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

Qual aparência física que você **GOSTARIA DE TER**?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()