

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPOS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LOISLÁYNE BARROS LEAL

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

PICOS
2012

LOISLÁYNE BARROS LEAL

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a):
Prof^ª. Dr^ª. Ana Roberta Vilarouca da Silva

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

L435q Leal, Loisláyne Barros.
 Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo
 2 / Loisláyne Barros Leal. – 2012.
 CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (66 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva
1. Diabetes Mellitus Tipo 2. 2. Qualidade de Vida -
Pacientes. 3. Cuidados de Enfermagem. I. Título.

CDD 616.462 72

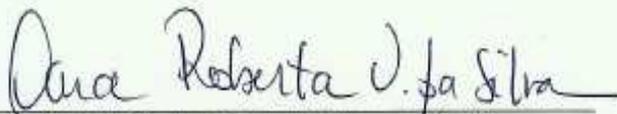
LOISLÁYNE BARROS LEAL

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

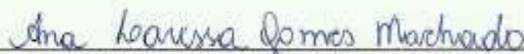
Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 09 / 10 / 2012

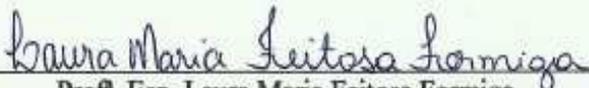
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr.ª Ana Roberta Vilarouca da Silva
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB
Presidente da Banca



Prof. Ms. Ana Larissa Gomes Machado
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB
1.º Examinador



Prof. Esp. Laura Maria Feitosa Formiga
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB
2.º Examinador

DEDICATÓRIA E GRATIDÃO ESPECIAL

A **Deus** por me conceder o dom da vida e da inteligência, estando sempre presente, caminhando comigo, guiando os meus passos, mostrando-me que não há barreiras que não possam ser ultrapassadas e desafios que não possam ser vencidos, para quem o tem sempre no coração!!!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A minha mãe **Lucia Maria** e ao meu pai **Sebastião** por serem o meu porto seguro, exemplos de vida e perseverança. Aos meus irmãos: **Sahayna, Snadgyell, Nahadja, Láydna, Louisyáurea e Snahádne** que estão sempre ao meu lado, dividindo alegrias, desafios e conquistas.

DEDICATÓRIA

A MINHA MÃE

Lucia Maria de S. Barros Leal

AO MEU PAI

Sebastião Rodrigues Leal

AOS MEUS IRMÃOS

Sahayna L. Barros Leal
Snadgyell D. Barros Leal
Nahadja T. Barros Leal
Láydna N. Barros Leal
Louisyáurea F. Barros Leal
Snahádne B. Barros Leal

DEMAIS AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder o dom da vida e da inteligência, presença constante em minha vida.

Aos meus pais, irmãos e as minhas tias do coração, Maria de Lourdes, Esmeralda e Francisca Fernandes, por todo carinho e apoio dispensados, bem como, a todos os familiares.

A Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, instituição da qual me ORGULHO, por ter contribuído na minha brilhante formação, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, e momentos de superação, as conquistas foram superiores!!!

Aos queridos professores da Universidade Federal do Piauí, Campos Senador Helvídio Nunes de Barros, que fizeram parte dessa história, contribuindo diretamente com seus brilhantes ensinamentos: Laura Maria Feitosa Formiga, Walquíria Maria Pimentel Santos Lopes, Maria Rosilene Candido Moreira, Givaneide Oliveira de Andrade, Maria Rosângela de Sousa Luz, Fortunato Monge, Josie Haydée Lima Ferreira, Marcia Teles Oliveira Gouveia, Mário Mattos, Rivelilson Mendes, Rubia Fernanda Santos Lima, Ana Carmita Bezerra de Sousa, Ana Larissa Gomes Machado, Dayze Djanira Furtado de Galiza, Andressa Suelly Saturnino de Oliveira, Kellya Rhawyllssa Barros Luz, Patrícia Barros, Francisca Teresa de Galiza, Nero Francisco da Silva, Suyanne Freire de Macêdo, Ana Karla de Sousa Oliveira, Luisa Helena de Oliveira Lima, Ana Isabel Oliveira Nicolau, Marília Braga Marques, José Iomar Barros e em particular a Edina Araújo Rodrigues de Oliveira, pelo exemplo de pessoa e de profissional.

Em especial agradeço a professora **Ana Roberta Vilarouca da Silva**, por ter plantado a sementinha da pesquisa em minha vida enquanto acadêmica e futura profissional, pelos brilhantes ensinamentos transmitidos e todas as valiosas orientações essenciais para a concretização desse sonho. Agradeço ainda pela sua paciência, compromisso, incentivo e motivação a mim dispensados em todos os momentos, e pelo exemplo de determinação e autoconfiança que representa!!!

Aos amigos que seguiram junto comigo nessa caminhada e companheiros de conquista: Maria Sauana Sany de Moura, Andreia Cassia Bezerra, Sammyra Alencar, Layla Nascimento Luz, Laís Evêncio Bernardes, bem como, a todos que compartilharam da minha amizade, durante todo este tempo!!!

A companheira de curso e amiga eterna Rossana de Moura Santos, por todos os momentos que vivenciamos juntas ao longo dessa caminhada, superando sempre desafios, dividindo alegrias e vitórias. Amiga aprendi muito com você!

Ao meu amigo João Egídio Gonçalves Rodriguês, a quem muitas vezes recorri nos momentos de dúvida. Obrigado pelos ensinamentos e excelentes sugestões!!!

As amigas Nahadja Tahaynara Barros Leal, Ionara Holanda de Moura e Djane Leal pelo auxílio na coleta de dados, e motivação.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC), que tanto contribui para meu crescimento enquanto pesquisadora e pelas tantas oportunidades e conquistas mediadas, bem como as pessoas que fazem parte deste, em especial as amigas Karla Beatriz, Abiúde Nadabe e Layla Nascimento.

A enfermeira Sery Nely, e todos os agentes comunitários de saúde que tanto me ajudaram, na fase de coleta de dados e aos diabéticos que não se negaram a participar.

Aos membros da banca examinadora pelo tempo dispensado a leitura desse trabalho!!!

“O segredo não é correr atrás das borboletas...
É cuidar do jardim para que elas venham até
você.”

(Mario Quintana)

RESUMO

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica e para obtenção de um controle satisfatório torna-se essencial a adesão a hábitos saudáveis de vida, além do seguimento de uma terapêutica medicamentosa, possibilitando assim a minimização das complicações crônicas e um melhor conviver com a doença. Assim, tornando-se de grande relevância a avaliação da qualidade de vida, uma vez que está pode mostrar-se comprometida nas pessoas com DM2. O estudo tem por objetivo avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pessoas com DM2 assistidos na Unidade de Saúde da Família. Consiste em uma pesquisa exploratória, descritiva e transversal realizada no período de agosto de 2011 a junho de 2012, na cidade de Picos-PI, sendo a amostra composta por 100 diabéticos. A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2012, em duas Unidades de Saúde da Família (USF) através da aplicação de dois formulários: um contendo variáveis socioeconômicas e clínicas, e outro específico para a avaliação da qualidade de vida (SF-36), obtendo-se assim, as médias dos escores para cada domínio avaliado, com variação padrão de 0 a 100. Os resultados revelaram que 59% eram do sexo feminino, a média das idades foi de 64,1 anos, 72% tinham a escolaridade entre zero e seis anos de estudo, 55% eram aposentados e 37% pertencentes à classe econômica D. Quanto ao tempo de diagnóstico, o intervalo de 2 a 10 anos prevaleceu (52%), relativo ao tratamento 15% faziam uso de insulina, 83% de antidiabéticos orais, 73% seguiam a dieta recomendada e apenas 26% praticavam atividade física. Ainda relativo ao tratamento, 73% da amostra referiram ter algum impedimento para a não realização do mesmo de forma adequada. Verificou-se que 64% dos avaliados possuía a medida da circunferência abdominal elevada, 43% detinham a medida do Índice de Massa Corporal normal e 29% estavam com os níveis pressóricos elevados. Com a aplicação do instrumento SF-36, as dimensões que apresentaram os maiores escores médios foram os Aspectos Sociais (71,1) e Saúde Mental (72), já os menores escores médios concentraram-se nos domínios Aspectos Físicos (34,8) e Aspectos Emocionais (44). Foi encontrada ainda associação estatisticamente significativa entre os domínios DOR ($p = 0,001$), Capacidade Funcional ($p = 0,008$) e Vitalidade ($p = 0,008$) com o sexo masculino. Por tudo isso, é reafirmada a importância da avaliação da qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas em especial o DM2, fornecendo assim subsídios necessários à formulação de estratégias junto a esta população, que venham a propiciar melhorias na promoção do cuidado e consequentemente na qualidade de vida dos mesmos.

Palavras chave: Qualidade de Vida. Diabetes Mellitus Tipo 2. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Diabetes mellitus type 2 (DM2) is a chronic disease and to obtain satisfactory control becomes essential adherence to healthy life habits, beyond following a drug therapy, enabling the minimization of chronic complications and better live together with the disease. Thus, making it highly relevant to evaluating the quality of life, since it can show up is impaired in people with DM2. The study aims to evaluate the Quality of Life Health Related (HRQOL) of people with DM2 assisted in the Unit of Health of the Family. It consists of exploratory research, descriptive and transversal carried out from August 2011 to June 2012, in the city of Picos-PI, and the sample is composed of 100 diabetics. The collection of data happened the months of March and April of 2012, in two Units of Health of the Family (USF) through the application of two forms: one containing socioeconomic and clinical variables, and other specific for evaluating the quality of life (SF-36), being obtained like this, the averages of the scores for each appraised domain, with variation standard from 0 to 100. The results revealed that 59% were female, the mean age was 64.1 years, 72% had schooling between zero and six years of study, 55% were retired and 37% belonging to economy class D. Regarding the time of diagnosis, the range of 2 to 10 years prevailed (52%) on the treatment 15% were on insulin, 83% of oral antidiabetics, 73% followed the recommended diet and only 26% practiced physical activity. Still relative treatment, 73% of the sample reported having any impediment to the realization of not even adequately. It was verified that 64% of the individuals had the measure of high abdominal circumference, 43% had the measure of Body Mass Index and 29% were normal with high blood pressure. With the application of SF-36 instrument, the dimensions that had the highest mean scores were the Social Aspects (71.1) and Mental Health (72), already the lowest mean scores were concentrated in areas Physical Aspects (34.8) and Emotional Aspects (44). It was also found statistically significant association between the domains DOR ($p = 0.001$), Functional Capacity ($p = 0.008$) and vitality ($p = 0.008$) with the masculine sex. For all that, it reaffirms the importance of evaluating the quality of life for people with chronic diseases in particular DM2, thereby providing subsidies needed to formulate strategies with this population, which may provide improvements in promoting care and consequently quality of life thereof.

Keywords: Quality of Life. Diabetes Mellitus Type 2. Nursing Care.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1: Caracterização da amostra segundo dados socioeconômicos de diabéticos atendidos nas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr. 2012. 32
- TABELA 2: Distribuição das informações relativas à patologia dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 das Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr. 2012. 33
- TABELA 3: Dados referentes às variáveis antropométricas e clínicas de pacientes com DM2 atendidos na USF de Picos – PI, mar./abr. 2012. 35
- TABELA 4: Avaliação da Qualidade de vida das pessoas com DM2 assistidas na USF de Picos – PI, mar./abr. 2012. 36
- TABELA 5: Associação das variáveis de QV com o sexo dos indivíduos com DM2 acompanhados na USF de Picos – PI, mar./abr. 2012. 37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AE – Aspectos Emocionais

AF – Aspectos Físicos

AS – Aspectos Sociais

CA – Circunferência Abdominal

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CF – Capacidade Funcional

DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível

DM – Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus Tipo 2

DP – Desvio Padrão

EGS – Estado Geral de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SF-36 – Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey

SM – Saúde Mental

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF – Unidade de Saúde da Família

VIT – Vitalidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVO	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
4	METODOLOGIA	26
4.1	Tipo de estudo	26
4.2	Local e período do estudo	26
4.3	População e amostra	27
4.4	Variáveis do estudo	27
4.5	Coleta de dados	29
4.6	Apresentação e análise dos dados	31
4.7	Aspectos éticos	31
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	38
7	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICES	52
	ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

Doenças crônicas como o diabetes mellitus (DM), influenciam significativamente na qualidade de vida das pessoas que possuem a doença, pois reduzem a expectativa de vida, e requerem destes uma maior adaptabilidade a condição de saúde, para a minimização das complicações pertinentes e um melhor conviver com a doença.

O diabetes eleva significativamente os índices de morbimortalidade, contribuindo para perda importante, na qualidade de vida das pessoas. Constitui uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que após 15 anos com a doença, 30 a 45% dos diabéticos possuirão algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% desenvolverão doença cardiovascular (BRASIL, 2006a).

Em geral o envelhecimento populacional, a crescente urbanização, o sedentarismo, as dietas hipercalóricas e a obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência de diabetes, configurando-o hoje, como uma epidemia mundial. Ao todo 4 milhões de mortes por ano no mundo são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes (BRASIL, 2011).

Constitui uma doença de incidência e prevalência crescente entre a população, e dados de uma pesquisa realizada no Brasil reforçam essa afirmação através de um comparativo realizado em dois períodos diferentes, onde os resultados demonstraram a crescente evolução dessa doença, visto que, o coeficiente de prevalência padronizado de diabetes elevou-se de 2,9% em 1998 para 4,3% em 2008, enquanto para o diabetes associado à hipertensão elevou-se de 1,7% para 2,8% no mesmo período (FREITAS; GARCIA, 2012).

Mundialmente, os custos diretos destinados para o atendimento ao diabetes, alternam de 2,5% a 15%, dos gastos nacionais em saúde, dependendo de seu predomínio local e do grau de complexidade do tratamento, além dos custos financeiros somam-se ainda outros relacionados à dor, ansiedade, inconveniência, e a menor qualidade de vida dos que possuem a doença e de seus familiares (BRASIL, 2006a). Uns dos grandes impactos econômico da doença ocorrem nos serviços de saúde, oriundos dos custos do tratamento, sobretudo, de suas complicações cardiovasculares, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros (BRASIL, 2011).

As incapacidades funcionais provenientes das complicações do DM corroboram para a ocorrência de aposentadorias precoces elevando dessa forma os custos indiretos, ocasionando uma sobrecarga ao sistema previdenciário, e reduzindo a qualidade e a expectativa de vida das pessoas com a doença (GROSSI; PASCALI, 2009).

O Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) é a forma predominante em 90 a 95% dos casos de DM, podendo ocorrer em qualquer idade, embora, seja normalmente diagnosticada após os 40 anos, a maioria dos pacientes com essa forma apresentam sobrepeso ou obesidade (SBD, 2009). Em diversos países o DM2 vem adquirindo características epidêmicas, em virtude de sua prevalência, que aumenta de forma exponencial, constituindo um importante problema de saúde pública (DURAN et al., 2010).

O DM2 é uma doença onerosa, de ocorrência frequente e incidência crescente em todo o mundo e de acordo com cálculos estimados pela Internacional Diabetes Federation (IDF), os atuais 284 milhões de pessoas com DM2 aumentarão aproximadamente em mais de 50% nos próximos 20 anos, constituindo assim um problema de saúde pública em potencial (GOGOY-MATOS, 2011).

Como condição crônica o diabetes, exige do paciente o seguimento de um regime terapêutico e a sua coparticipação em cerca de 90% dos cuidados diários, para a obtenção de um melhor controle metabólico (FARIA, 2008). Representa objeto constante de estudos e requer para um melhor controle da doença, uma adesão ao tratamento, incluindo desde o uso de medicamentos até o seguimento da dieta, prática de atividade física e incorporação de hábitos saudáveis, que adicionalmente a própria condição podem interferir na qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus de forma negativa, na medida em que mudanças são impostas em seu cotidiano e estilo de vida (FERREIRA, 2008).

Assim, melhorar a qualidade de vida (QV) do paciente com a doença significa que ele precisa conhecer e perceber sua condição, para que possa desenvolver atitudes e convicções, que possibilitem um manejo adequado da doença e o desenvolvimento de práticas de autocuidado, devendo este estar satisfeito com o tratamento da doença (SILVA, 2003).

A avaliação da qualidade de vida das pessoas com diabetes torna-se fundamental, sendo necessária para a identificação de fatores que interferem na QV, para que possam ser instituídas estratégias de cuidado específicas e efetivas na minimização ou prevenção do seu comprometimento (XAVIER, 2010).

Em decorrência, da elevada incidência e prevalência do diabetes mellitus na sociedade, da gravidade das complicações associadas e das repercussões na qualidade de vida das pessoas com a doença, a pesquisa objetiva avaliar a qualidade de vida de pessoas com DM2 fornecendo assim, subsídios para melhorar as condições de saúde da população.

Outro aspecto importante a destacar que justifica a realização desse estudo, vem a ser a carência de outras pesquisas que busquem a avaliação da qualidade de vida das pessoas com condições crônicas em especial o DM2, tendo em vista os prejuízos que essas condições

trazem ao indivíduo, família e sociedade, visto que, onera o setor saúde devido aos custos dispensados para o tratamento, manejo das complicações e possíveis internações que podem ocorrer durante o percurso da doença.

Constitui ainda uma pesquisa de grande relevância para a enfermagem, contribuindo na identificação dos fatores passíveis de intervenções, que possam interferir na realização de uma prática efetiva do autocuidado, necessária para um melhor conviver com a doença e redução das complicações pertinentes, fornecendo ainda subsídios necessários a formulação de estratégias junto a esta população, que venham a propiciar melhorias na promoção do cuidado e consequentemente na qualidade de vida dos mesmos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

-Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 assistidos na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos:

- Caracterizar a população a ser estudada quanto às variáveis socioeconômicas;
- Descrever variáveis clínicas pertinentes a população do estudo;
- Indicar os escores pertinentes aos sujeitos da amostra, em cada um dos domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36);

3 REVISÃO DA LITERATURA

Doenças crônicas quando diagnosticadas repercutem significativamente na qualidade de vida das pessoas com a doença, pois passam a requerer de adaptações a rotina diária para que seja estabelecido um controle satisfatório ocorrendo assim à minimização da progressão das complicações pertinentes ao evoluir do quadro.

Mudanças no perfil nutricional e o sedentarismo são problemas que tendem a se instalar entre as populações, como frutos oriundos da constante modernidade, presente em uma sociedade em desenvolvimento, o que corroboram acentuando o surgimento e o agravamento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), prejudiciais a saúde.

Estimativas para o ano de 2020 reportam que 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem ser oriundos de problemas crônicos (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2003). As DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas, em virtude dos custos dispensados, da ameaça a qualidade de vida e do impacto econômico gerado as pessoas com a doença, suas famílias e a sociedade em geral, especialmente dos países de baixa e média renda (BRASIL, 2011).

Por serem em geral de longa duração as DCNT estão entre as patologias que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando custos diretos e indiretos ao Sistema Único de Saúde e a nação como um todo em decorrência dos gastos ambulatoriais, do aumento do número de internações, aposentadorias precoces e perda de produtividade (BRASIL, 2005). Neste grupo encontram-se as doenças cardíacas, a cérebro-vascular, os cânceres, o diabetes, a hipertensão arterial e as doenças auto-imunes (SANTOS, 2009).

Dados da OMS apontam ainda, de acordo com estimativas realizadas, que as condições crônicas já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008 as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida (BRASIL, 2011).

Como condição crônica o DM também é considerado um problema de saúde pública, pela sua elevada morbimortalidade, ocasionando perda importante na qualidade de vida dos pacientes (CUNHA; ZANETTI; HASS, 2008). Em geral o envelhecimento da população, a crescente urbanização, o sedentarismo, dietas inadequadas e a obesidade tornam-se os grandes responsáveis pela sua elevada incidência e prevalência, configurando-o como uma epidemia mundial, e um grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo (BRASIL, 2006).

O DM não é uma única doença, e sim um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresenta em comum a hiperglicemia resultante de defeitos na ação da

insulina, na sua secreção ou em ambos (Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2009). Dentre suas complicações crônicas tem-se a nefropatia, retinopatia, neuropatia, pé diabético, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, doença arterial coronariana e doença arterial obstrutiva periférica (GROSSI; PASCALI, 2009).

O diabético precisa está ciente das complicações oriundas de um mau controle glicêmico e de como evitá-las, devendo as informações pertinentes, serem realizadas de forma eficiente, ou seja, de modo que o mesmo, compreenda, tenha confiança e satisfação, visto que na maioria das vezes o diabetes não se encontra como uma condição crônica única, podendo ocorrer em associação com outras patologias, o que constitui um fator agravante (FARIA, 2008).

Existem vários tipos diferentes de DM, que podem diferir quanto à causa, evolução clínica e tratamento, sendo o, diabetes mellitus tipo 1 (DM1), o DM2, diabetes gestacional e o diabetes associado a outras condições ou síndromes, as suas principais classificações (SMELTZER; BARE, 2005).

Na determinação do DM2 tem-se desde por um quadro de resistência à insulina com deficiência insulínica relativa a um quadro com predomínio de deficiência da secreção de insulina com resistência insulínica associada (LAMOUNIER et al., 2011).

Como uma epidemia que está em curso no mundo, as complicações decorrentes do DM2 em longo prazo configuram-se como um relevante problema de saúde, visto que, para o tratamento das mesmas há necessidade de incorporação de tecnologias de alto custo, onerando excessivamente o sistema de saúde. Os riscos para o desenvolvimento da doença elevam-se com o aumento da idade, excesso de peso, e o sedentarismo (GROSSI; PASCALI, 2009).

Pacientes com DM2 podem apresentar outras comorbidades como excesso de peso, resistência insulínica, dislipidemias e hipertensão arterial, e medidas como redução da ingestão calórica, de gorduras saturadas e trans, do colesterol e sódio, aumento na ingestão de fibras e do nível de atividade física são medidas recomendadas para melhorar os níveis sanguíneos de glicose, a dislipidemia, redução do peso e controle da pressão arterial (LAMOUNIER et al., 2011).

Um estudo que objetivou descrever as características epidemiológicas dos portadores de DM de Cuiabá, Mato Grosso, cadastrados no hiperdia, verificou que quanto ao tipo de DM, 73,5% dos pacientes avaliados apresentaram diagnóstico de DM2 e a complicação mais frequente apresentada foi o infarto agudo do miocárdio (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Outro estudo que buscou caracterizar diabéticos tipo 2 acompanhados em uma unidade básica de saúde, constatou que 67% eram mulheres, 66% dos investigados tinha de 1 a 5 anos de

estudo, 75% realizava tratamento medicamentoso, quanto as comorbidades verificou-se que 77% possuía hipertensão arterial sistêmica, 48% dislipidemia, 49% obesidade (GRILLO; GORINI, 2007).

Outra pesquisa de cunho descritivo e transversal realizada com uma população indígena, com o objetivo de determinar a prevalência de diabetes, dislipidemias e sua associação com determinantes sociodemográficos e alguns fatores de risco foi verificado a prevalência de diabetes em 8%, de dislipidemia em 69%, de síndrome metabólica em 5%, de obesidade central em 89% e de sobrepeso e obesidade em 58% (ARIAS; PALOMIN; AGUDELO, 2011).

O princípio geral do tratamento do DM baseia-se na reeducação do paciente, para que haja uma modificação em seu estilo de vida, com a incorporação de práticas saudáveis a rotina diária, como a realização de atividade física de forma regular, reorganização de hábitos alimentares, suspensão do tabagismo e se necessário alterar o uso de medicamentos (SILVEIRA et al., 2010).

Em um estudo observacional, de cunho exploratório-descritivo realizado com o objetivo de caracterizar as pessoas com DM usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da Família, a partir da revisão de registros aos prontuários de pessoas com diabetes que passaram em consulta médica ou de enfermagem, foi verificado que 98% eram maiores de 45 anos, 71% eram mulheres, 82% alfabetizados. Com relação ao registro das orientações sobre atividade física, alimentação e tabagismo observou-se que as mesmas foram raramente incorporadas às consultas, denotando uma prática de educação em saúde incipiente quanto ao tratamento não farmacológico do DM (SILVEIRA, 2010).

A educação constitui elemento fundamental no tratamento de pacientes com DM, sendo fundamental para a obtenção de resultados satisfatórios com o tratamento instituído, devendo ser um processo contínuo de facilitação do conhecimento e de desenvolvimento de habilidades necessárias ao autocuidado e ao gerenciamento do diabetes. Sendo importante que seja desenvolvida de forma multidisciplinar e que busque a capacitação do indivíduo para a tomada de decisões adequadas nas diversas situações e soluções dos problemas mais comuns do dia-a-dia (SBD, 2009).

Através da educação em saúde torna-se possível a promoção de mudanças que tornarão possível a transformação da realidade em favor da melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida, sendo possível que a pessoa com a doença aceite sua condição de saúde e se torne apto ao autocuidado (COMIOTTO; MARTINS, 2006).

No entanto realizar educação em diabetes não é uma tarefa fácil, uma vez que deve ser visualizada sobre diferentes aspectos, pois deve levar em consideração o ponto de vista do paciente, da família e da equipe de saúde, visto que ambos possuem diferentes crenças e valores o que torna complexa a missão de ensinar no intuito de promover mudanças de comportamento diante das práticas de saúde (FARIA, 2008).

A atuação do enfermeiro e da equipe de saúde frente às pessoas com DM e as que possuem fatores de risco para desenvolver a doença torna-se de grande relevância na promoção da saúde e na capacitação dos indivíduos para que os mesmos optem por escolhas saudáveis e assim haja uma melhor adesão ao tratamento e prevenção das complicações, resultando, contudo num melhor controle metabólico e reabilitação dos indivíduos, de modo que estes busquem pela melhoria do estado de saúde (FERREIRA, 2008).

A consulta de enfermagem é uma importante estratégia, visto que, possibilita o estabelecimento de vínculo interpessoal, sendo assim fundamental, e podendo tornar mais fácil a adesão a ações necessárias, para um adequado seguimento do tratamento proposto (DOURADO et al., 2011). Outro método efetivo compreende a realização de visita domiciliar, pois conhecer o contexto em que a família vive e os recursos que a comunidade dispõe constitui uma ação preventiva, além de promover um melhor direcionamento das ações das ações destinadas àqueles com a doença (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011).

De acordo com Baquedano (2008) a adesão ao plano terapêutico melhora quando a pessoa tem confiança na equipe multiprofissional pela qual é assistido, em virtude do conhecimento que é transmitido e pela competência clínica em diabetes. Sendo fundamental essa relação paciente/profissional, na tentativa de desenvolver e estimular a mudança de hábitos com transformação da maneira de viver do paciente, para um melhor controle da doença (DOURADO et al., 2011).

Os pacientes precisam participar do tratamento devendo os profissionais de saúde apoiá-los nesse sentido, pois evidências substanciais demonstradas em vários estudos reportam a um melhor controle quando intervenções são voltadas a promoção do papel dos pacientes no gerenciamento das condições crônicas (OMS, 2003).

Neste contexto, a atenção básica a saúde como uma das principais portas de entrada dos indivíduos no sistema de saúde deve resolver grande parcela dos problemas que recaem sobre a população, e para que isto possa ser viável, torna-se necessário que a equipe de saúde da família esteja envolvida desempenhando com êxito o seu papel, que é essencial no processo de acompanhamento e prevenção das complicações do DM. Dessa forma essa atuação surtirá forte influência na promoção da saúde e prevenção de agravos ou

complicações especialmente a pessoas com doenças crônicas como o DM, efetuando assim grandes transformações nas práticas técnicas e sociais dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do Sistema único de Saúde (SUS) (SILVEIRA et al., 2010).

A convivência com o paciente diabético mostra o quanto a doença interfere na qualidade de vida das pessoas, fazendo com que na maioria das vezes a convivência com ela se torne mais difícil, devido às dificuldades de adaptação a doença, ocasionada na maior parte das vezes pela falta de motivação relacionada ao não conhecimento das complicações provenientes da patologia, fatores de grande valia para uma prática efetiva do autocuidado (GRILLO; GORINI, 2007). A família e pessoas próximas a estes sujeitos também devem ser mobilizadas para que possam conhecer os benefícios da adoção de medidas preventivas passando dessa forma a auxiliar de maneira satisfatória no cuidado (MIOLO et al., 2010).

Muitas vezes a confirmação do diagnóstico, a necessidade do controle através da adesão ao tratamento medicamentoso e adoção de hábitos saudáveis ao cotidiano, bem como a presença de complicações associadas podem ter impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos com a doença, a qual é de grande importância para a saúde das pessoas (FERREIRA, 2008). E compreender o que vem a ser qualidade de vida e a maneira de mensurá-la nos pacientes de forma confiável constitui um desafio para os profissionais (CORRER, et al, 2008).

Embora consideravelmente estudada no meio científico ainda não há um consenso a respeito da definição de QV (CEZARETTO, 2010). No entanto Minayo: Hartz; Buss (2000) definiu a qualidade de vida como sendo uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social, ambiental e na própria estética existencial. Está relacionada a todos os elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, abrangendo assim muitos significados e variando de acordo com épocas, valores, espaços e histórias diferentes.

Já para Grillo; Gorini (2007), a qualidade de vida está relacionada com os atributos e propriedades que a qualificam, e ao sentido que cada pessoa concede a ela, dependendo assim da maneira como as pessoas percebem sua própria vida, ou seja, do modo como conduzem o cotidiano, variando de pessoa para pessoa, não admitindo generalizações.

A QVRS representa um outro enfoque dado à qualidade de vida e consiste na avaliação do impacto das doenças e dos tratamentos sobre a vida dos pacientes (CORRER et al., 2008).

A QVRS fornece informações sobre o funcionamento e bem estar do paciente, sendo fundamental na avaliação dos benefícios das intervenções, permitindo o conhecimento do

impacto da doença e do tratamento. Devendo-se destacar ainda, que a doença é apenas um dos aspectos que influenciam na qualidade de vida, ou seja, pacientes com a mesma doença, mas com características pessoais distintas, podem apresentar graus diferentes de comprometimento da qualidade de vida (COGHI, 2005).

As medidas de qualidade de vida são emergentes e as técnicas usadas para mensuração são baseadas em questionários, que abrangem as maneiras pela qual a vida dos pacientes pode ser alterada, por qualquer doença ou por uma doença mais específica, revelando o quanto a vida desses indivíduos pode ser comprometida pela condição (COGHI, 2005). Sendo frequente o uso de tais medidas em estudos multicêntricos e randomizados, e para tal havendo o desenvolvimento de vários instrumentos (XAVIER, 2010).

As escalas de avaliação da QV podem ser genéricas ou específicas, sendo que as genéricas são multidimensionais e foram desenvolvidas com o intuito de avaliar o impacto provocado por uma doença avaliando assim, diversos aspectos como a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estas ainda permitem à avaliação da eficácia de políticas e programas de saúde, além da alocação de recursos e a comparação do impacto de doenças distintas na QV (AGUIAR, 2008).

As escalas específicas, geralmente, também são multidimensionais, e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase da avaliação recaia sobre os sintomas, incapacidades ou limitações relacionadas à determinada enfermidade, a sua vantagem está na possibilidade da realização de uma avaliação mais detalhada das alterações ocasionada por determinada patologia na QV (AGUIAR, 2008).

Avaliar a qualidade de vida é essencial para a formulação e implementação de estratégias do cuidado a pessoas com DM, no entanto, torna-se necessário a identificação dos fatores que interferem na qualidade de vida, para que as intervenções sejam efetivas e específicas, sendo dessa forma capazes de minimizar ou prevenir o seu comprometimento (XAVIER, 2010).

Uma vez conhecido que um número enorme de variáveis como, o tipo de DM, o uso de insulina, a idade, complicações, nível social, fatores psicológicos, etnias, educação, conhecimento, sobre a doença, tipo de assistência, entre outros fatores podem influenciar na QV em pacientes diabéticos (AGUIAR, 2008). E essa avaliação permitirá uma melhor visão, a respeito da identificação de pontos merecedores de atenção, para que sejam instituídas ações efetivas com vistas à prevenção e a promoção da saúde.

Em um estudo realizado com portadores de DM, os resultados mostraram um impacto negativo do diabetes na qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes, perceptível pelos escores médios obtidos em cada dimensão do instrumento utilizado na avaliação da QV, sobretudo em relação aos aspectos físicos, emocionais, capacidade funcional e vitalidade. Sendo de grande valia o conhecimento das dimensões mais negativamente afetadas pela doença, para que ações de promoção a saúde e prevenção possam ser planejadas, de forma que os indivíduos pertencentes a esse grupo possam ser instigados e capacitados, para que escolhas saudáveis sejam inseridas ao cotidiano, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (FERREIRA; SANTOS, 2009).

O DM2 é uma doença que para controle requer a mudanças de hábitos, e a própria condição associada à necessidade dessas mudanças poderão influenciar muitas vezes de uma forma negativa no convívio familiar, em aspectos emocionais, na saúde física, vitalidade, saúde mental, entre outros aspectos, o que refletirá na maneira como o paciente conduzirá à evolução da doença, e conseqüentemente na sua qualidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa desenvolvida consiste em um estudo exploratório, descritivo, e transversal, constituindo um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Estudos exploratórios têm como principal objetivo o aperfeiçoamento de idéias ou a descoberta de intuições, devendo ser considerado os mais variados aspectos pertinentes ao fato a ser estudado, propiciando assim uma maior familiaridade com o problema em questão (GIL, 2010).

Pesquisas descritivas objetivam a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, podem também ser realizadas com o intuito de identificar prováveis relações entre variáveis. Dentre as suas características mais importantes, destaca-se a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, salientando-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde físico e mental (GIL, 2010).

Em estudos transversais os dados são coletados apenas em uma ocasião, sendo utilizados os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo, ou seja, a análise dos dados ocorre sempre em um determinado ponto no tempo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2011 a junho de 2012, em duas Unidades de Saúde da Família, da zona urbana do município de Picos (PI). A atenção básica constitui tema de destaque na política nacional, apresentando grande expansão no país nas últimas décadas. Foi apontada na literatura especializada internacional e nacional como sendo a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde, devendo resolver parte importante dos problemas que prejudicam a saúde da população (SOUSA, 2011).

A cidade de Picos situa-se no centro-sul do estado do Piauí, sendo também conhecida como a capital do mel e cidade modelo e segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010a) possui uma área total de 535 km² e uma população de 72.710 habitantes. Existe na cidade ao todo 30 Estratégias Saúde da Família (ESF) das quais 20 localizam-se na zona urbana e 10 na zona rural.

As unidades escolhidas para local de coleta dos dados foram selecionadas em virtude do grande número de diabéticos que são acompanhados nessas Unidades Básicas de Saúde, as mesmas situam-se nos bairros São José e São Vicente, possuem cadastrados no programa hiperdia 99 e 67 diabéticos respectivamente, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da referida cidade, existindo em cada um dos bairros apenas uma ESF, que atende a toda população adscrita.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por 166 pessoas com diagnóstico de DM2 atendidas nas Unidades Básicas de Saúde escolhida, devendo nestes casos a amostra ser igual à população em virtude do pequeno universo. No entanto a amostra final foi de 100 diabéticos em decorrência do emprego dos critérios de inclusão e exclusão abaixo mencionados.

Como critérios de inclusão, para a seleção da amostra elegeu-se:

- Idade superior a 40 anos;
- Ter diagnóstico de DM2;
- Participar de todas as etapas necessárias a pesquisa referentes à entrevista e mensuração das variáveis clínicas (altura, peso, circunferência abdominal e pressão arterial sistólica e diastólica).

Os critérios de exclusão empregados foram:

- Gestantes;
- Pessoas com transtornos mentais que impossibilite a coleta dos dados;
- Aqueles que dispunham de algum impedimento no momento da mensuração das variáveis clínicas que compõem o estudo.

4.4 Variáveis do estudo

- **Socioeconômicas:**

Sexo - Foram considerados os sexos, masculino e feminino;

Idade – Consideraram-se os indivíduos com idade superior a 40 anos, pois, de acordo com a SBD (2009), o DM2 pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos.

Escolaridade - Foram considerados os anos de estudo dos participantes;

Estado civil: - Analisado conforme as categorias: Casado (a), solteiro (a), viúvo (a), união livre e outros;

Religião – Consideradas as religiões católica, evangélica, espírita, ateu e outros;

Classe econômica – Analisada de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), no qual a renda passa a ser determinada pelo poder de compra das pessoas e famílias, ocorrendo posteriormente o agrupamento em classes (A1, A2, B1, B2, C, D, E) (ANEP, 2009);

Renda – Estimada por classe econômica de acordo com o CCEB (ANEP, 2009);

Profissão/ocupação – Foi agrupada conforme as categorias: Empregado (a), autônomo, informal, dona de casa, licença saúde, desempregado (a), aposentado (a), pensionista;

- **Clínicas:**

Altura e peso – obteve-se a mensuração para cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) dos participantes de ambos os sexos.

IMC – Determinado pela relação peso dividido pelo quadrado da altura, e classificado conforme as recomendações proposta pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2012) (ANEXO A);

PA (Pressão Arterial) – Para a mensuração foram seguidas as recomendações necessárias para a técnica de aferição da PA preconizada pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), bem como na análise dos respectivos valores (ANEXO B);

CA (Circunferência Abdominal) – A análise ocorreu de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde (2006a), com valores específicos no tocante a homens e mulheres;

Questões relacionadas ao diabetes - Tempo com a doença, tipo de tratamento realizado para controle, problemas que interferem na realização do tratamento, outro problema de saúde existente e complicações crônicas da doença que apresenta.

- **Qualidade de Vida:**

As variáveis de QV foram obtidas mediante aplicação do instrumento Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36), (ANEXO C), que está dividido em domínios: Capacidade funcional; Aspectos físicos; Dor; Estado geral de saúde; vitalidade; Aspectos sociais; Aspectos emocionais e Saúde mental. A análise dos escores de cada domínio obedeceu a uma padronização já estabelecida para tal finalidade (ANEXO D).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2012 por meio de um formulário contendo variáveis socioeconômicas e clínicas (APÊNDICE A), elaborado pelos pesquisadores com base na literatura vigente. Optou-se pelo uso do formulário como instrumento para coleta dos dados, tendo-se em vista que o mesmo pode ser utilizado em quase todo o seguimento da população (alfabetizados ou analfabetos). Em resumo este instrumento pode ser aplicado a populações de diferentes naturezas, pois seu preenchimento é feito pelo entrevistador (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Inicialmente os participantes responderam a entrevista, que nos permitiu a obtenção de dados referentes a questões socioeconômicas, clínicas e de qualidades de vida, após essa primeira etapa, seguiu-se com a mensuração do peso, altura, CA e PA.

O peso dos participantes foi obtido com os indivíduos descalços e com roupas leves, utilizando-se uma balança portátil digital com capacidade para registrar 120 kg com precisão de 0,1 kg, posicionada em chão reto e acionada ao toque dos pés. A altura foi verificada utilizando uma fita métrica de 0,5 cm, fixada em parede lisa, com os diabéticos descalços, de costas, com os pés unidos e em paralelo, estando em posição ereta e olhar fixo a frente, e para uma maior precisão na obtenção desses valores utilizou-se uma régua sobre a cabeça dos participantes como apoio. A partir do peso e da altura foi calculado o IMC, adotando-se a padronização estabelecida pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2012).

Na obtenção dos níveis pressóricos seguiram-se as recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), ocorrendo à medida em ambiente calmo, com repouso dos participantes em tempo mínimo de cinco minutos, certificando-se de que os mesmos estavam com a bexiga esvaziada e de que não houve o consumo anterior de drogas e/ou alimentos estimulantes, além da prática de atividade física, até 30 minutos antes das medidas (SBH, 2010).

Ainda conforme recomendado pela diretriz citada, os investigados permaneceram em posição sentada, com as pernas descruzadas, dorso recostado na cadeira, pés apoiados no chão, braço na altura do coração, o com o cotovelo ligeiramente fletido e mão em posição supina, o braço direito foi preferível, afim evitar a elegibilidade durante as leituras. O manguito foi colocado dois a três centímetros acima da fossa cubital, sendo a pressão sistólica determinada pela ausculta do 1º som de Korotkoff e a pressão diastólica no desaparecimento dos sons, fase V de korotkoff.

A análise da QVRS dos participantes procedeu através da aplicação de um instrumento genérico de avaliação na forma de formulário para tal finalidade, o Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) validado no Brasil por Ciconelli (1997) (ANEXO C). Muitos instrumentos genéricos quantificam o prejuízo físico, incapacidades e dificuldades, e mesmo sendo denominados como escalas de QV ou QVRS, também podem ser intituladas de “medidas de estado de saúde”, visto que focam os problemas físicos, enfatizando a medida da saúde geral, dando implícita noção de que quanto pior a saúde pior a QV ou QVRS (XAVIER, 2010).

Este instrumento de avaliação da qualidade de vida é composto por 11 questões e 36 itens, subdividido em oito categorias: capacidade funcional (CF), aspecto físico (AF), dor (DOR), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (VIT), aspecto social (AS), aspecto emocional (AE), e saúde mental (SM), estas categorias podem ainda ser analisadas em medidas resumos intituladas “componente físico” (CF + AF + DOR + EGS) e “mental” (VIT + AS + AE + SM) (CEZARETTO, 2010).

A categoria CF mede a dificuldade do indivíduo em realizar suas atividades cotidianas, AF avalia o prejuízo na funcionalidade das atividades diárias. A sensação de dor e prejuízo que ocasiona na vida diária é quantificada pela categoria DOR quantifica, EGS avalia a percepção do indivíduo sobre sua saúde e a VIT a disposição para exercer suas atividades. A categoria AS avalia os prejuízos nos relacionamentos sociais e AE avalia respectivamente os prejuízos ocasionados nas atividades diárias pelo fator emocional, enquanto a SM mede a percepção do indivíduo sobre seu estado de humor (CEZARETTO, 2010).

A aplicação do formulário de avaliação da qualidade de vida proporciona a obtenção de escores médios para cada domínio avaliado, com variação padrão de 0 a 100. Onde quanto mais próximo de zero o valor alcançado estiver, pior o estado geral de saúde, e quanto mais próximo de 100, o valor estiver melhor o estado geral de saúde, sendo avaliado separadamente cada um das dimensões. Este formulário ainda apresenta uma questão comparativa entre condições de saúde atual e as de um ano atrás, a qual não entra no cálculo dos domínios (FERREIRA, 2008).

Foi realizado o pré-teste com o intuito de verificar a aplicabilidade dos instrumentos utilizados para obtenção dos objetivos estabelecidos. Visto que o pré-teste proporciona à obtenção de estimativas sobre os resultados futuros, possibilitando a alteração de hipóteses, a modificação de variáveis e a relação entre elas, assegurando assim, uma maior confiabilidade e veracidade para a execução da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2007)

Todos os pesquisadores envolvidos na coleta dos dados foram previamente treinados, através de embasamento teórico e prático, fundamentado com base na literatura vigente, para uma maior precisão e veracidade dos dados a serem coletados.

4.6 Apresentação e análise dos dados

Os dados foram distribuídos e ordenados por meio do software EXCEL 8.0 e posteriormente processados no programa estatístico Statistical Package for the Social Scienses (SPSS) versão 17.0. A análise dos dados contemplou a estatística analítica e os resultados estão dispostos em tabelas.

4.7 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Federal do Piauí, sendo aprovada com CAAE: 0426.0.045.000-11 (ANEXO E). O estudo atendeu todas as normas e requisitos da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), onde todos os participantes foram previamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e para participação efetiva antes da coleta dos dados assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B), sendo resguardado o sigilo das informações pertinentes e o anonimato dos participantes, bem como o direito de desistência dos mesmos a qualquer momento.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 100 diabéticos de ambos os sexos, dos quais 59% eram do sexo feminino. A faixa etária dos participantes ficou compreendida entre 43 e 82 anos, permanecendo a média das idades em torno de 64,1 anos, sendo que os diabéticos com idade acima de 60 anos corresponderam a 66%, e quanto ao grau de escolaridade, 72% da amostra tinha entre 0 e 6 anos de estudo (TABELA 1).

TABELA 1: Caracterização da amostra segundo dados socioeconômicos de diabéticos atendidos nas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr. 2012.

Variáveis	Frequencia N = %	
Sexo		
Feminino	59	
Masculino	41	
Faixa etária		
43 – 55	22	64,1 ± 12,1
56 – 68	37	
69 ou +	41	
Escolaridade		
0 – 06	72	
07 – 12	14	
13 – 18	14	
Estado civil		
Casado (a)	51	
Solteiro (a)	10	
Viúvo (a)	30	
Classe econômica (de acordo com CCE)		
A1 – A2	-	
B1 – B2	16	
C1 – C2	46	
D – E	38	
Profissão/Ocupação		
Empregado + Autônomo + Informal	18	
Licença-saúde + Aposentado + Pensionista	66	
Dona de casa	12	
Desempregado	4	

CCE – Critério de Classificação Econômica
N = % – Número de participantes

Com relação ao estado civil, 51% eram casados, a religião católica foi à predominante correspondendo a 86%, seguida da evangélica (11%). Quanto à profissão/ocupação foi verificado que 55% dos diabéticos eram aposentados, 12%

trabalhadores autônomos, 12% donas de casa, 11% pensionista, 6% eram empregados e 4% eram desempregados.

A renda foi estimada de acordo com o CCE (2009) e está dividida por classes, onde no tocante ao estudo desenvolvido 37% pertenciam a classe D com renda estimada entorno de R\$ 680 reais, as classes C1 (R\$ 1459 reais) e C2 (R\$ 962 reais) corresponderam ambas a 23% da amostra. As classes B 1 (R\$ 4674,00) e B2 (R\$ 2656,00) equivaleram a 10% e 23% respectivamente, e a classe E com renda estimada de R\$ 415,00 representou apenas 1% da amostra.

A tabela 2 representa uma análise das informações colhidas junto aos participantes sobre informações a respeito da patologia apresentada. Sendo fundamental na promoção de uma assistência de qualidade, o conhecimento desses parâmetros, visto que são pontos importantes que devem ser considerados para uma melhor efetivação das ações a serem desenvolvidas na obtenção de um melhor controle da doença.

TABELA 2: Distribuição das informações relativas à patologia dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 das Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr. 2012.

Variáveis	Frequencia N = %	
Há quanto tempo tem DM2		
Até 1 ano	13	8,6 ± 6,2
2 – 10anos	52	
≥ 11 anos	35	
Problema que impede a realização do tratamento		
Sim	73	
Não	27	
Outra (s) patologia (s) que apresenta		
Hipertensão	68	
Obesidade	6	
Dislipidemias	41	
Doença cardiovascular	17	
Depressão	11	
Outros	23	
Complicações do DM*		
Problema nos olhos	82	
Problema nos nervos	32	
Problema nos rins	10	
Problema nos pés	16	
Problema no coração	4	

DM – Diabetes Mellitus

DM2 – Diabetes Mellitus Tipo 2

* Item de múltipla escolha

N = % – Número de participantes

O evoluir da doença é algo que deve ser assistido pelos profissionais envolvidos na promoção do cuidado em virtude da prevenção e/ou retardamento das complicações oriundas do DM2, entretanto, quanto ao tempo de diagnóstico houve variação de 6 meses a 25 anos, observando-se que 13% das pessoas tinham até um ano de convivência com a doença, 52% de 2 a 10 anos e 35% tinham acima de 11 anos de conhecimento do diagnóstico.

A realização adequada do tratamento proposto é algo indispensável para o manejo da condição crônica e de suas complicações, no entanto, como item de múltipla escolha, a variável tipo de tratamento realizado pelos diabéticos avaliados revelou que 15% faziam uso de insulina, 83% de antidiabéticos orais, 73% seguiam a dieta recomendada e apenas 26% praticavam atividade física.

Ainda relativo ao tratamento, 73% da amostra referiram ter algum impedimento para a não realização do mesmo de forma adequada. Os principais problemas detectados foram o déficit de conhecimento sobre DM (20%), falta de motivação (19%), falta de interesse (15%), aversão a determinados alimentos (10%), falta de apoio familiar (12%) e não aceitação do diagnóstico (3%).

Outras causas também foram apontadas como um empecilho a não realização efetiva do tratamento, as quais representaram um percentual de 35%, onde as mais citadas foram à dificuldade de locomoção, problemas financeiros, rotina de trabalho exaustiva, dor no corpo, déficit visual, problemas de artrose, osteoporose e arritmia.

Referente aos problemas de saúde que apresentam além do DM2 obteve-se que 68% da amostra possuíam hipertensão, 41% dislipidemias, 17% doença cardiovascular e 11% depressão, já a obesidade foi auto-referida por apenas 6% dos avaliados, embora, o cálculo do IMC dos participantes revela-se uma porcentagem bem maior. Outras patologias mencionadas corresponderam a 23%, e entre as mais citadas sobressaíram-se os problemas de artrose, osteoporose, glaucoma, catarata, labirintite, gastrite, enxaqueca e doença asmática.

Na tabela 3 pode-se observar a distribuição dos diabéticos avaliados segundo as variáveis CA, IMC e PA. E quando as mesmas apresentam-se em parâmetros relativamente superiores ao que é preconizado contribuem significativamente para o não estabelecimento de um adequado controle metabólico, acentuando ainda o desenvolvimento e/ou agravamento de patologias.

TABELA 3: Dados referentes às variáveis antropométricas e clínicas de pacientes com DM2 atendidos na USF de Picos – PI, mar./abr. 2012.

Fatores de risco	Frequência N = %	
CA		
Normal	36	98,2 ± 12,2
Alterada	64	
IMC		
Normal	43	26,3 ± 4,2
Sobrepeso	34	
Obesidade	23	
Pressão arterial		
Ótima	25	PASM = 128,8
Normal	32	DP = 16,0
Limítrofe	14	PADM = 83,6
Hipertensão estágio 1	15	DP = 10,1
Hipertensão estágio 2	05	
Hipertensão estágio 3	04	
Hipertensão sistólica isolada	05	

CA – Circunferência Abdominal

DP – Desvio padrão

IMC – Índice de Massa Corporal

N = % – Número de participantes

PASM – Pressão Arterial Sistólica Média

PADM – Pressão Arterial Diastólica Média

A média atribuída a CA foi de 98,2 cm, verificando-se que 64% dos avaliados possuía essa medida alterada, sendo que destes 21,9% eram do sexo masculino e 78,1% do sexo feminino e dos com CA normal 75% eram do sexo masculino e 25% feminino. Já a média do IMC baseado no peso e na altura foi de 26,3 Kg/m², observando-se ainda que 43% da amostra possuíam essa medida normal, 34% apresentavam sobrepeso e 23% obesidade. Das pessoas que apresentavam sobrepeso e obesidade 58,8% e 73,9% respectivamente eram do sexo feminino.

As médias relativas à Pressão Arterial Sistólica Média (PASM) e Pressão Arterial Diastólica Média (PADM) foram respectivamente de 128,8 e 83,6. Quando analisado os níveis tensionais, a PA foi considerada ótima em 25% dos investigados, normal em 32%, limítrofe em 14%. Além disso, 15% da amostra possuía HAS em estágio 1, 5% HAS em estágio 2 e 4% HAS em estágio 3.

A qualidade de vida foi verificada mediante aplicação do formulário SF-36, sendo sua avaliação fundamental na identificação de aspectos pertinentes a vida das pessoas com DM2 que, possam representar pontos negativos que prejudiquem a qualidade de vida dos mesmos. Nesta perspectiva foram obtidos os escores médios referentes à avaliação desta variável (TABELA 4).

TABELA 4: Avaliação da Qualidade de vida das pessoas com DM2 assistidas na USF de Picos – PI, mar./abr. 2012.

Dimensões do SF-36 (Questões)	Média	Mediana	Desvio Padrão
Capacidade Funcional (CF) 3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	52,2	51	33,8
Aspectos Físicos (AF) 4 (a+b+c+d)	34,8	20	25,9
Dor (DOR) 7+8	63,6	70,8	31,6
Estado Geral de Saúde (EGS) 1+11	49,8	50,8	19,3
Vitalidade (VIT) 9 (a+e+g+i)	63,3	63,8	23,6
Aspectos Sociais (AS) 6+10	71,1	73,8	25,0
Aspectos Emocionais (AE) 5 (a+b+c)	44	20	29,6
Saúde Mental (SM) 9 (b+c+d+f+h)	72	78,8	22,64

Em relação aos escores padronizados segundo as dimensões do SF-36 analisadas, os valores médios obtidos variaram entre 34,8 a 72. E como observado (TABELA 3) os maiores escores médios foram verificados no domínio referente aos Aspectos Sociais (71,1) e Saúde Mental (72), já os menores escores médios concentraram-se nos domínios Aspectos Físicos (34,8) e Aspectos Emocionais (44).

A segunda questão do instrumento não entra no cálculo dos domínios, sendo por isso analisada a parte, neste item é feito um comparativo das condições de saúde atual e as de um ano atrás, verificando-se assim, que 39% referiram está “quase a mesma coisa”, 27% afirmaram que se sentem “um pouco pior” e apenas 19% consideravam-se “um pouco melhor”.

Cabe ainda ressaltar a dificuldade de entendimento por parte de alguns participantes em relação às categorias de resposta de determinados itens do instrumento SF-36, e em particular essa dificuldade foi mais expressiva com relação aos itens dispostos na questão nove, este fato pode está relacionado ao baixo grau de escolaridade verificado nos participantes da amostra.

A tabela 5 mostra a associação realizada entre os domínios de qualidade de vida do SF-36 e o sexo dos participantes, sendo que as associações estatisticamente significativas

foram verificadas nos domínios DOR ($p = 0,001$), CF ($p = 0,008$) e VIT ($p = 0,008$), com o sexo masculino.

TABELA 5: Associação das variáveis de QV com o sexo dos indivíduos com DM2 acompanhados na ESF de Picos – PI, mar./abr. 2012.

Variáveis	Sexo		Sexo		p
	Feminino B*	R**	Masculino B*	R**	
Capacidade Funcional (CF)	23	36	27	14	0,008
Aspectos Físicos (AF)	17	42	13	28	0,756
Dor (DOR)	30	29	34	7	0,001
Estado Geral de Saúde (EGS)	30	29	22	19	0,782
Vitalidade (VIT)	34	25	34	7	0,008
Aspectos Sociais (AS)	42	17	30	11	0,828
Aspectos Emocionais (AE)	20	39	19	22	0,210
Saúde Mental (SM)	48	11	37	4	0,221

*Bom – variação de 50 a 100

**Ruim – variação de 0 a 49,9

Ainda com relação a está tabela percebe-se que, os piores escores no sexo feminino, foi observado nos domínios relativos aos AF (42%), seguido pelo AE (39 – 39%) e CF (36 – 36%), sendo os melhores escores verificados nos domínios correspondentes a SM (48%) e AS (42%). Já no sexo masculino os piores escores foram visualizados nos AF (28%) e AE (22%), e os melhores estiveram nos domínios equivalentes a SM (37%), DOR e VIT ambos correspondendo a 34% dessa população.

6 DISCUSSÃO

O diabetes é um importante problema de saúde pública, tanto pela sua elevada incidência e prevalência na sociedade, gerando incapacitações, hospitalizações e mortalidade prematura, quanto pelos custos diretos e indiretos dispensados para controle e tratamento da doença.

A discussão será exposta de acordo com as variáveis socioeconômicas, pois conhecer o perfil socioeconômico e epidemiológico dos agravos prevalentes constitui-se um importante mecanismo para a provisão de serviços e de recursos, tanto em termos de pessoal, como de equipamentos, medicamentos e demais insumos indispensáveis para a realização de ações de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica e de reabilitação (OLIVEIRA, 2010).

Também serão discutidas as variáveis clínicas e de qualidade de vida, visto que, as alterações negativas pertinentes a esses aspectos comprometem o gerenciamento da condição crônica e corroboram para o desenvolvimento das complicações, resultando na diminuição da qualidade e da expectativa de vida das pessoas com a doença.

Houve no estudo a predominância do sexo feminino, porcentagem esta que pode ser justificada pela maior representatividade numérica das mulheres na sociedade (IBGE, 2010b). Além disso, uma pesquisa que buscou dentre outros objetivos estimar a prevalência do diabetes para todos os estados brasileiros e o Distrito Federal em 2008, constatou em todas as regiões, a maior prevalência da doença entre mulheres em comparação aos homens (FREITAS; GARCIA, 2012).

A faixa etária acima de 60 anos foi a mais prevalente, visto que, em ambos os sexos o diagnóstico da doença se torna mais comum entre os indivíduos com idade mais avançada (FREITAS; GARCIA, 2012). Quanto à situação do estado civil a maioria eram casados, constituindo assim um ponto positivo diante a uma melhor adesão ao tratamento, pois a perda do companheiro muitas vezes ocasiona alterações no estado de saúde como depressão, desânimo e perda da vontade de viver (OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007).

A maioria dos diabéticos avaliados eram aposentados, pertencentes às classes econômicas C1 e C2, predominando quanto ao grau de escolaridade a variação de zero a seis anos de estudo, em outra pesquisa realizada a média da escolaridade foi de 7 anos de estudo (SANTOS, 2009b). Segundo o Ministério da Saúde (2005), os comportamentos de risco para doenças crônicas acentuam-se em indivíduos que possuem um menor grau de escolaridade, sendo que no Brasil, um baixo nível de escolaridade está associado às classes econômicas de

menor renda. Já o consumo de frutas, verduras e legumes tornam-se mais acentuado entre os que possuem uma maior escolaridade.

Quando o evoluir da doença ocorre associado a um controle adequado as complicações são minimizadas, sendo assim importante o acompanhamento multiprofissional da evolução clínica das pessoas com diabetes, a fim de que orientações de conduta sejam transmitidas e assimiladas ao cotidiano dos mesmos. E no que se refere ao tempo de diagnóstico do DM, no estudo houve uma variação de 6 meses a 25 anos, sendo que 52% da amostra tinha entre 2 à 10 com a doença, em outro estudo ocorreu variação de 1 a 36 anos de conhecimento do diagnóstico, com média de 8,9 anos (FERREIRA, 2008), já na pesquisa de Correr et al. (2008) o tempo médio de diagnóstico de diabetes foi de 8,1 anos.

A adesão ao tratamento é um fator indispensável para se viver bem com o diabetes, visto que, tem-se como pressuposto que o indivíduo com a doença pode levar uma vida normal e saudável sem precisar se excluir da sociedade (COMIOTTO; MARTINS, 2006). Muitas vezes o fracasso na terapêutica necessária para um melhor conviver com o DM2 pode decorrer tanto de características da personalidade, quanto pode estar associado ao fato dessa doença ser oligossomática. E na visão da medicina “curativa”, por parte da população, o indivíduo na maioria das vezes espera adoecer para então intervir, permitindo não raramente a instalação de complicações crônicas irreversíveis (XAVIER, 2010).

O tipo de tratamento revelou que 83% faziam uso de anti-diabéticos orais e apenas uma pequena minoria dos participantes utilizavam insulina. De modo geral, em pessoas com DM2, a utilização da insulina é menos freqüente e seu início tende a ser tardio (GROSSI; PASCALI, 2009). Ainda pelo caráter assintomático, muitos pacientes diabéticos acreditam não necessitar de terapia medicamentosa. Em um estudo realizado com o objetivo de determinar a adesão do paciente diabético a terapêutica medicamentosa obteve-se que dos 46 participantes, 78,3% apresentaram adesão ao tratamento e 21,7% não apresentavam essa adesão (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

A presente pesquisa revelou que parcela significativa da amostra seguia a dieta recomendada e apenas 26% praticavam atividade física. Segundo Moraes et al. (2009), o tratamento isolado, não representa bom controle glicêmico, para tanto, faz-se necessária a associação da medicação prescrita, dieta adequada, prática regular de atividade física e a realização de exames laboratoriais semestralmente e em seu estudo realizado com diabéticos foi evidenciado que 100% referiram realizar tratamento medicamentoso, 68,9% realizam a dieta e 50,0% praticam alguma atividade física como caminhada, dança e futebol.

A prática de atividade física mostrou-se bastante reduzida em relação aos participantes desse estudo, todavia a prevalência dessa prática pela população avaliada no estudo de Oliveira (2010) foi bem elevada, correspondendo a 71,9%. E de acordo com Fidelis et al. (2009), a prática de exercícios físicos pode ocasionar benefícios tanto no controle quanto no tratamento dos níveis glicêmicos, bem como, no estabelecimento do controle metabólico, devendo, portanto, esta prática ser incentivada de forma estruturada e orientada como uma forma de complementação do tratamento. Sendo o sedentarismo algo condicionado pela mecanização das atividades diárias, característico da comodidade ocasionada pela modernidade (SANTOS, 2009a).

No estudo realizado por Knuth et al. (2009), objetivando avaliar o conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão, foi observado que 53,8% da amostra tinha conhecimento da importância dessa prática na prevenção do diabetes e 63,1% reconheceram os benefícios da realização da mesma para o tratamento.

Fica claro que para um bom controle da doença torna-se essencial o seguimento do tratamento, no entanto, 73% dos investigados referiram ainda problemas que interferem na realização do mesmo de forma adequada. Em outra pesquisa essa prevalência foi bem menor representando apenas 41,2%, onde os problemas apontados foram às dificuldades de seguir a dieta, questões financeiras, dificuldade de locomoção e para a auto-aplicação da insulina e desânimo (FERREIRA, 2008).

Quanto às dificuldades apontadas, verificou-se que 20% da amostra apresentava déficit de conhecimento sobre DM e segundo Comiotto; Martins (2006), ter conhecimento sobre o que está acontecendo constitui um fator essencial para que o paciente possa manter seu controle, ou seja, é importante que este esteja consciente das alternativas que possui para tratar/ cuidar da doença.

Outros fatores identificados para uma não realização efetiva do tratamento foram à falta de motivação, de interesse e de apoio familiar. Na maioria das vezes a dificuldade de adaptação a doença é gerada pela falta de motivação, atrelada ao desconhecimento em relação às complicações da doença, constituindo dois fatores necessários para a prática do autocuidado, visto que as mudanças no estilo de vida são difíceis de serem atingidas, mas podem acontecer se houver uma estimulação constante, ao longo do acompanhamento (GRILLO; GORINI, 2007).

A família constitui elemento importante, devendo os mesmos reconhecer a patologia e aderir às mudanças preventivas, pois se entende que a mesma possa contribuir para que a

pessoa com DM aprenda a cuidar de sua saúde, evitando assim complicações e manifestações agudas pertinentes a patologia, além de estimular no comparecimento das consultas periódicas (MIOLO et al., 2010).

Para uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanças de hábitos torna-se importante considerar os aspectos psicológicos, sociais e culturais do viver dos pacientes, visto que a baixa escolaridade, aliada as precárias condições econômicas e à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, causado pelas alterações físicas oriundas da condição de saúde apresentada, restringem as ações do paciente referentes ao autocuidado (GRILLO; GORINI, 2007).

Habitualmente o DM2 encontra-se associada à hipertensão arterial e a dislipidemia (GROSSI; PASCALI, 2009). A HAS prevaleceu como a comorbidade associada verificada em 68% dos avaliados, e esse resultado é concordante com a literatura, pois, segundo Lamounier et al. (2011), a hipertensão é uma comorbidade do diabetes presente na maioria dos pacientes, e sua prevalência é dependente do tipo de diabetes, idade, obesidade e etnia dos indivíduos, no Brasil ambas constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde (BRASIL, 2011). No estudo de Santos (2009b) realizado com pacientes com diagnóstico de DM2, verificou-se que 71% apresentavam HAS, 40% obesidade e 26% dislipidemia.

Dentre as complicações crônicas, a mais verifica na amostra avaliada foram os problemas visuais, e de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), retinopatia diabética constitui a principal causa de cegueira em pessoas em idade produtiva (16 a 64 anos), sendo observa em 90% das pessoas com DM1 e em 60% das com DM2 após 20 anos com a doença, o risco de perda visual e cegueira reduz-se com a detecção precoce, sendo que o exame periódico e o tratamento não eliminam todos os casos de déficit visual, mas reduzem significativamente o número de pacientes com cegueira ocasionados pela doença (SBD, 2009).

A complicação problema nos nervos foi apontada por 32% das pessoas, sendo que uma das formas de apresentação da neuropatia diabética mais comum é a polineuropatia sensitivo-motora simétrica, que apresenta como sintomas: dormência, queimação, pontadas ou choques em membros inferiores, além da perda de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, especialmente nos pés, elevando o risco de amputações. Outra forma de apresentação constitui a neuropatia autonômica que pode afetar diversos órgãos e sistemas como o gastrointestinal, geniturinário e cardiovascular (GROSSI; PASCALI, 2009).

Em Pessoas com o DM2, elevam-se ainda, de duas a quatro vezes os riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que são responsáveis por 75% das mortes dos indivíduos com a doença (SBD, 2009). As complicações agudas e crônicas decorrentes do diabetes são condicionadas por fatores oriundo do próprio estilo de vida, ou seja, estão relacionadas à forma de como o controle dos níveis glicêmicos são alcançados através do tratamento (MORAIS et al., 2009).

A mensuração do IMC é essencial na avaliação do regime alimentar e no controle da glicemia da pessoa com diabetes (SILVEIRA et al., 2010). Contudo na análise do IMC referente à amostra constatou-se que 34% possuíam sobrepeso e 23% obesidade, obtendo maior alteração desse parâmetro o sexo feminino.

O sobrepeso e a obesidade constituem uma epidemia mundial que afeta 1,7 bilhão de pessoas aproximadamente em todo o mundo, nos Estados Unidos estima-se que dois terços da população têm sobrepeso e metade é obesa, no Brasil essa estatística é menor, estimando-se em um terço o número de obesos, sendo que desse total, entre 1 e 2 % da população adulta apresenta obesidade em grau III, isso significa que há pelo menos 1,5 milhão de pessoas com obesidade mórbida no Brasil. Nessas pessoas a prevalência de DM2 é de 20 a 30%, ou seja, isso reporta que existe no Brasil 400 mil obesos mórbidos com DM2 (SBD, 2009)

Segundo Santos (2009a), nas classes pobres a obesidade é determinada pelo baixo consumo de proteínas de alto valor biológico e pelo elevado consumo de carboidratos e gorduras, equivalendo à ingestão de alimentos de baixo custo, já nas classes mais favorecidas por sua vez a mesma é determinada pelo consumo excessivo de gorduras, carboidratos e proteínas de alto valor biológico.

A CA esteve alterada em 64% dos avaliados no estudo, em uma pesquisa realizada com o objetivo de caracterizar as pessoas com DM, mediante análise dos registros em prontuários revelou que apenas em 46,6% das consultas foi aferida a medida da CA, e segundo os autores desse estudo essa medida dimensiona a gordura acumulada no abdome podendo também está associada ao desenvolvimento da hipertensão, obesidade e a elevação nos níveis de colesterol e triglicérides (SILVEIRA et al., 2010).

Os níveis pressóricos estiveram alterados em parcela significativa da amostra, e estudos realizados em diabéticos também hipertensos reafirmam a relevância da diminuição dos níveis tensionais na redução da morbimortalidade cardiovascular e as complicações microvasculares relacionadas ao diabetes (BRASIL, 2006b)

No estudo desenvolvido as dimensões do SF-36 que obtiveram os maiores escores médios foram os domínios AS e SM, e os menores foram verificados nas dimensões AF e AE.

Se distanciando um pouco dos resultados verificados no estudo de Ferreira; Santos (2009), realizado com diabéticos de uma Unidade de Saúde da Família, objetivando avaliar a QV, obteve-se os maiores escores nas dimensões Aspectos Sociais (63,8) e Dor (53), sendo os menores escores médios visualizados nos Aspectos Emocionais (46,6) e Aspectos Físicos (38,6).

A pesquisa de Finaccia et al. (2006), com pessoas com diagnóstico de DM2, não insulino dependentes foi evidenciado uma deteriorização importante na qualidade de vida desses pacientes, principalmente nos componentes relacionados a saúde física, sendo os escores mais baixos observados nos domínios correspondentes ao Estado Geral de Saúde (47,9); Dor (51,1) e Vitalidade (55,9), já os mais altos foram observados nos domínios Aspectos Sociais (71,4) e Aspectos Emocionais (70,2).

Já no estudo realizado em Minas Gerais, utilizando o SF-36 para pessoas com condições crônicas, obteve-se que as dimensões mais afetadas foram a Vitalidade, Capacidade Funcional e Dor, pois detiveram os escores mais baixos, resultados que apontam uma pior qualidade de vida desse pacientes estudados em relação a esses domínios. Já a dimensão aspecto emocional foi a que concentrou os melhores escores (SILQUEIRA, 2005).

No comparativo da condição de saúde atual com as de um ano atrás expresso na segunda questão do questionário demonstrou que grande parte dos entrevistados revelou se sentir “quase a mesma coisa”, convergindo com os resultados obtidos por Ferreira (2008), relativos a este item.

Assim ao profissional enfermeiro, bem como, a equipe multiprofissional como um todo, a realização de um acompanhamento efetivo as pessoas com DM2 para uma adequada prevenção e promoção da sua saúde, identificando assim de uma forma holística os aspectos da vida desses indivíduos que são merecedores de intervenções efetivas, para que os mesmos não venham a interferir de forma negativa na sua qualidade de vida.

7 CONCLUSÃO

Pessoas com diabetes podem ter uma vida normal e atuante, e são determinantes na minimização e retardamento das complicações impostas pela doença, desde que promovam um o controle adequado, a partir da incorporação de hábitos de vida saudáveis ao cotidiano e do seguimento do tratamento medicamentoso quando o mesmo se fizer necessário.

Fica evidente que o seguimento do tratamento é indispensável para um melhor conviver com a doença, no entanto, percebeu-se entre os participantes do estudo que nem sempre este era executado de forma satisfatória, com vistas a obter a normalização dos níveis glicêmicos, ficando de lado muitas vezes práticas consideradas essenciais como uma dieta saudável e a prática de exercícios físicos quanto não houver nenhum impedimento para tal.

O conhecimento é essencial para que as pessoas com a doença entendam melhor sua condição e possam a partir daí executar o autocuidado de maneira eficaz e satisfatória, sendo à falta deste um dos principais problemas apontados pelos diabéticos do estudo, para a não realização do tratamento de forma adequada.

A atuação do profissional enfermeiro vem a ser de suma relevância nos diversos setores da saúde, especialmente no nível da atenção primária, onde as ações devem ser implementadas e efetivadas no sentido de prevenir a instalação desse agravo, bem como, no intuito de estabelecer ações destinadas ao tratamento e ao controle daqueles com a doença, para que sejam evitadas ou retardadas as complicações crônicas, através da realização de atividades de educação em saúde destinadas a toda a população assistida, favorecendo assim uma melhor qualidade de vida.

As intervenções devem sempre buscar respeitar as singularidades e particularidades econômicas, sociais e culturais de cada pessoa, afim de que seja estabelecido um vínculo profissional, entre o indivíduo e a equipe multiprofissional, para que as metas de tratamento sejam facilmente alcançadas, culminando com a melhoria da qualidade de vida.

Pois à medida que o diagnóstico da doença é estabelecido, o paciente se depara com uma nova situação, que exige a mudanças de hábitos, associada ou não a necessidade de tratamento farmacológico. E isso, no entanto, pode ser encarado pelo o individuo de uma forma negativa, repercutindo na maneira de como a nova condição vai ser gerenciada, com reflexões diretas na qualidade de vida, devendo o mesmo ser orientado, estimulado e motivado pela equipe multiprofissional, para que reconheça a importância do seu papel diante o controle da doença.

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a qualidade de vida de pessoas com DM2, observando-se ao final, um impacto negativo da doença na vida das pessoas que convivem com o DM2, principalmente nas dimensões relativas aos Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais, visto que, foram as que apresentaram os menores escores médios padronizados.

As limitações da pesquisa restringiram-se as dificuldades de compreensão de algumas questões do instrumento de avaliação da QV, SF-36, apresentadas por alguns participantes, o que resultou em um maior tempo dispensado na aplicação desse instrumento. Vale ainda ressaltar a pouca disponibilidade de tempo de determinados participantes para responder aos questionamentos, exigindo também o desenvolvimento de estratégias que estimulassem e favorecessem a participação.

Avaliar a qualidade de vida é essencial, pois favorece o direcionamento de ações frente às principais carências detectadas, visto que aspectos importantes que podem influenciar até mesmo no manejo do tratamento e conseqüentemente na qualidade das pessoas com diabetes, podem ser solucionados e/ou amenizados diante da implementação de estratégias cabíveis pela equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 6, p. 931-39, 2008.
- ARIAS, J. A. C.; PALOMIN, Y. R.; AGUDELO, O. M. L. Prevalencia de diabetes mellitus y dislipidemias en indígenas del resguardo Cañamomo-Lomaprieta , Colom bia. **Investigaciones Andina**, v. 14, n. 24, p. 414-26, 2011.
- BAQUEDANO, I. R. **Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2 no serviço de urgência do Hospital Regional Mérida, Yucatán, México**. 2008, 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. VIGITEL 2009. Jan., 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica - n.16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica-16. Série A. Normas e manuais Técnicos. Brasília, DF; 2006b.
- _____. Resolução 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1997. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, supl.,p. 15-25, 1996.
- CEZARETTO, A. **Intervenção interdisciplinar para prevenção de diabetes mellitus sob a perspectiva da psicologia: Benefícios na qualidade de vida**. 2010, 139 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição), Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.
- CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida - Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. 1997. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997.
- COGHI, S. L. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com dermatite atópica**. 2005, 110 f. Dissertação (mestre em ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2005.

COMIOTTO, G.; MARTINS, J. J. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 3, p. 59-64, 2006.

CORRER, C. J. et al. Tradução para o português e validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL – Brasil). **Arq Bras Endocrinol Metab**, n. 3, v. 52, p. 515-522, 2008.

CUNHA, M. C. B.; ZANETTI, M. L.; HASS, V. J. Qualidade do sono em pacientes diabéticos do tipo 2. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 5, v. 16, p. 51-57, 2008.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ANEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso: 07 out. 2011.

DOURADO, C. S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

DURAN, R. A. B. et al. Caracterização das Condições de Vida e Saúde dos Indivíduos Diabéticos Tipo II em uma Unidade de Saúde da Família – Votuporanga, SP. **Investigação**, v. 10 (Supl 2), p. S23-S30, 2010.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. 2008, 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

FIDELIS, L. C. et al. Prevalência de diabetes mellitus no município de Teixeira – MG. **Revista de Atividade Física e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 23-27, 2009.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema Hiperdia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 51, n. 1, p. 80-86, 2009.

FERREIRA, F. S. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com Diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, 2007**. 2008, 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

FERREIRA, S. F.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 3, p. 406-411, 2009.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.175p.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latino-am Enfermagem** [online], v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

GODOY-MATOS, A. F. **Endocardiometabologia na prática clínica**. In: ASCHNER, P. Terapia do diabetes mellitus tipo 2: Algoritmos e individualização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 158-166.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P.M. **Cuidados de enfermagem em diabetes**. In: GOMES, M. B.; COBAS, R. Diabetes mellitus. São Paulo, 2009. p. 6-17.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados populacionais**. 2010. Disponível: < http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=22 >. Acesso em: 26 set. 2011a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Populacionais**. 2010. Disponível: < http://www.ibge.gov.br/ceenso2010/primeiros_dados_divulgados/index.php >. Acesso em: 4 jun. 2012 b.

KNUTH, A. G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 513-520, 2009.

LAMOUNIER, R. N. et al. **Manual prático de diabetes: prevenção, detecção e tratamento**. 4. Ed. São Paulo, 2011. 332 p.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: Métodos, Avaliação crítica e Utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.122-139, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 315p.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIOLO, G. M. et al. Caracterização dos portadores de diabetes mellitus atendidos na unidade básica de saúde do bairro de Luiz Fogliatto, **Revista Contexto & Saúde**, v. 9, n. 18, p. 9-17, 2010.

MORAIS, G. F. C. Conhecimento e prática dos diabéticos a cerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. **Revista Baiana**, v.33, n.3, p. 361-37, 2009.

MORAIS, G. F. C. et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 240-5, 2009.

OLIVEIRA, S. G. **Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos no serviço de urgência e emergência no município de Dourados – MS**. 2010, 48 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Organização Mundial de Saúde, 2003.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15 (Esp), p. 768-73, 2007.

ROGLIC, G. et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. **Diabetes Care**, v. 22, n. 9, p. 2130-2135, 2005.

SANTOS, A. F. L. **Prática alimentar e diabetes: Desafios para a vigilância em saúde**. 2009, 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde pública Sergio Arouca, 2009a.

SANTOS, L. B. **Intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial**. 2009, 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermeiro), Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009b.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos**. 2005, 112 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

SILVA, M. J. M. **Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes melitu**. 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SILVEIRA, J. A. A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O Mundo da Saúde**, n. 1, v. 34, p. 43-49, 2010.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2419 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2009, 3. Ed. – Itapevi, SP. 400 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLIA. **Teste seu Índice de Massa Corporal**. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/teste-seu-imc/>> Acesso em: 30 abr. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista de Hipertensão**, v. 13, n. 1, 2010.

SOUSA, R. Q. A. **Atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. 2011, 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. **XXVI ENEGEP**, Fortaleza, CE, 2006.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliaria: Estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 89-93, 2011.

VINACCIA, S. et al. Calidad de vida y conducta de enfermedad em pacientes com diabetes mellitus tipo II. **Suma Psicológica**, v. 13, n. 1, p. 15-31, 2006.

XAVIER, A. T. F. **Adaptação cultural e validação do instrumento Neuropathy –and Foot Ulcer- Specific Quality of Life (NeuroQol) para o Brasil – Fase.** 2010, 190 f. Dissertação (mestrado em enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO

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

Data: ____/____/____

Formulário n°: _____

I - DADOS SOCIOECONÔMICOS:

1. Idade: _____ **2. Sexo:** 1() Feminino 2() Masculino

3. Escolaridade: _____ anos

4. Estado civil:

1() Casado(a) 2() Solteiro(a) 3() Viúvo(a) 4() União livre 5()
Outro.

5. Religião:

1() Católica 2() Evangélica 3() Espírita 4() Ateu 5() Outra

6. Classe econômica:

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (parelho independente ou parte de geladeira duplex)					

Grau de instrução do chefe da família	
Analfabeto/Até 3ª série Fundamental/Até 3ª série 1ª. Grau	
Até 4ª série Fundamental/Até 4ª série 1ª. Grau	
Fundamental completo/1ª. Grau completo	
Médio completo/2ª. Grau completo	
Superior completo	

TOTAL (pontos): _____

1() A1 - 42 á 46 pontos 2() A2 – 35 á 41 pontos 3() B1 – 29 á 34 pontos

4() B2 – 23 á 28 pontos 5() C1 – 18 á 22 pontos 6() C2 – 14 á 17 pontos

7() D – 8 á 13 pontos 8() E – 0 á 07 pontos

7. Renda: R\$ _____

8. Profissão/Ocupação

- 1() Empregado 2() Autônomo 3() Informal 4() Licença-saúde
5() Desempregado 6() Dona de Casa 7() Aposentado/a 8() Pensionista

II – DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem diabetes? _____

10. Qual o tipo de tratamento que Sr (a) realiza para controle do diabetes:

- 1() Insulina 2() Anti-diabéticos orais 3() Atividade física 4() Dieta
5() Nenhum 6() Outro (s). Qual (ais)? _____

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

- 1() Sim 2() Não

12. Se sim, ao item anterior, especificar qual (ais) o (s) problema (s): 1() Não
aceitação do diagnóstico de DM2 2() Déficit de conhecimento a respeito do DM2
3() Aversão a determinados tipos de alimentos 4() Grande número de medicamento
utilizados 5() Falta de apoio familiar 6() Falta de motivação 7() Falta de
interesse () Outros. Qual (ais)? _____

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

- 1() Hipertensão 2() Obesidade 3() Dislipidemias 4() Doença cardiovascular
5() Depressão 6() Outros: _____

14. Qual (ais) complicação (ões) crônica (s) do diabetes o/a Sr (a) possui?

- 1() Problema nos olhos 2() Problema nos nervos 3() Problema nos rins 4()
Problema nos pés 5() Problemas no coração 6() Outros: _____

15. Peso (kg): _____

16. Altura (m): _____

17. IMC (kg/m²): _____

18. CA (cm): _____

19. PA (mmhg)

PAS 1 _____ x PAD 1 _____

PAS 2 _____ x PAD 2 _____

PAS 3 _____ x PAD 3 _____

PAMS _____ x PAMD _____

APÊNDICE B - TCLE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPOS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2

Pesquisador responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / CSHNB / Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99719515; (89) 99728446

Pesquisador Participante: Loisláyne Barros Leal.

Telefones para contato: (89) 99043800

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

- Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 assistidos na Estratégia Saúde da Família. Para que o objetivo venha possa ser alcançado você irá responder a um formulário contendo questões relativas a dados sócio-econômicos, questionamentos acerca da doença e a respeito da qualidade de vida, também serão realizados alguns procedimentos como a aferição da pressão arterial, medidas de circunferência abdominal, peso, altura e IMC (Índice de Massa Corpórea), não havendo, no entanto nenhuma forma de identificação dos participantes, sendo garantida assim a privacidade dos dados.

- A pesquisa não representará nenhum risco ou prejuízo à saúde, seja ele de ordem física ou psicológica. Será resguardado o direito, de desistência do participante a qualquer momento. O referindo estudo não trará benefícios diretos aos participantes, já que se propõe a avaliar a qualidade de vida, mas fornecerá subsídios aos profissionais de saúde, para uma melhor promoção e garantia de uma assistência integral, visto que identificará aspectos fundamentais, que influenciam no manejo da doença e conseqüentemente na qualidade de vida, reduzindo significativamente os custos diretos e indiretos em saúde.

- Diante as eventuais dúvidas, em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento das mesmas. Concordando em participar da pesquisa será resguardado o sigilo de suas informações, a menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, representantes do patrocinador (quando presente) Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras

do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

- Você participará de um estudo que será realizado em duas Unidades de Saúde da Família, onde sua participação ocorrerá no período de coleta dos dados, nos meses de março a junho de 2012, tendo todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo e deixar de participar do estudo, devendo os resultados da pesquisa somente ser utilizados para fins científicos.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2”. Eu discuti com a pesquisadora Loisláyne Barros Leal sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

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

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

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

Picos, ____ de ____ de _____

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A - TABELA DE VALORES PARA A CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓRIA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFOCRINOLOGIA E METABOLISMO - SBEM)

IMC	Classificação	Obesidade (grau)
Menor que 18,5	Magreza	0
Entre 18,5 e 24,9	Normal	0
Entre 25,0 e 29,9	Sobrepeso	I
Entre 30,0 e 39,9	Obesidade	II
Maior que 40,0	Obesidade Grave	III

Fonte: SBEM

ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM > 18 ANOS

Tabela 6 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* *Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.*

ANEXO C – FORMULÁRIO SF-36

FORMULÁRIO

Instrumento para avaliação da qualidade de vida

Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2

b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D - Pontuação do Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36)

Questão	Pontuação
01	1=>5,0 2=>4,4 3=>3,4 4=>2,0 5=>1,0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1
07	1=>6,0 2=>5,4 3=>4,2 4=>3,1 5=>2,2 6=>1,0
08	<p>Se 8=>1 e 7=>1 =====>>>>>>>6 Se 8=>1 e 7=>2 a 6 =====>>>>>>>5 Se 8=>2 e 7=>2 a 6 =====>>>>>>>4 Se 8=>3 e 7=>2 a 6 =====>>>>>>>3 Se 8=>4 e 7=>2 a 6 =====>>>>>>>2 Se 8=>5 e 7=>2 a 6 =====>>>>>>>1</p> <p><u>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</u> 1=>6,0 2=>4,75 3=>3,5 4=>2,25 5=>1,0</p>
09	a, d, e ,h= valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 5=2, 6=1) Vitalidade= a + e + g +i Saúde mental= b + c + d + f + h
10	Soma normal
11	a, c= valores normais b, d= valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Cálculo do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Escore Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+ F+g+h+i+j)	10,3	20
Aspectos Físicos	4(a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7+8	2,12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos Sociais	6+10	2,10	8
Aspecto Emocional	5(a+b+c)	3,6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	25

Raw Escale

Ex: Item = $\frac{[\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$

Ex: Capacidade funcional = 21
Valor mais baixo = 10
Variação = 20

Ex: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

Obs: A questão n° 2 não entra no cálculo dos domínios

Dados perdidos:

Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média

ANEXO E - CARTA DE APROVAÇÃO



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

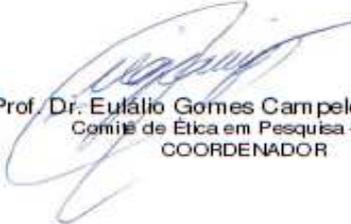
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0426.0.045.000-11
Pesquisador Responsável Ana Roberta Vilarouca da Silva. Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Junho/2012 Relatório Final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 06/12/2011

Teresina, 15 de Dezembro de 2011.


 Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR