



FACULDADE VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

THIAGO MOREIRA DA SILVA

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

ICÓ – CE
2018

THIAGO MOREIRA DA SILVA

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

Monografia apresentada à coordenação, como requisito para título de Bacharel em Enfermagem e aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II – TCCII do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado - FVS.

Orientador: Prof. Esp. Raimundo Tavares de Luna Neto.

THIAGO MOREIRA DA SILVA

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

Monografia apresentada à coordenação, como requisito para título de Bacharel em Enfermagem e aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II – TCCII do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado - FVS.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA AVALIADORA:

Prof. Esp. Raimundo Tavares de Luna Neto
FACULDADE VALE DO SALGADO – FVS
Orientador

Prof. Esp. Rafael Bezerra Duarte
FACULDADE VALE DO SALGADO – FVS
1º avaliador

Prof.^a Esp. Alanna Cândido de Oliveira Barros
FACULDADE VALE DO SALGADO – FVS
2º avaliadora

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, aos meus pais, irmão, esposa, filho e a toda minha família que, por todo carinho e apoio, nessa grande vitória em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que foi minha maior força nos momentos de angústia e desespero. Obrigada, senhor, por colocar esperança, amor e fé no meu coração.

Aos meus ídolos, meus pais Francisco Augusto e Cícera e meu irmão Augusto obrigado pelo amor incondicional, exemplo de vida que me ensinaram valores importantes que contribuíram para minha educação.

Agradeço a minha esposa Rayane e meu filho Yago Levi, por suportarem as crises de estresse e minha ausência em diversos momentos para a realização desse sonho.

Agradeço a todos os professores, que acompanharam a minha jornada acadêmica de perto e deram muito apoio seja em sala de aula e campos de estágio. Obrigado (a) pela incansável dedicação e confiança.

Sou muito grato a minha banca Prof. Rafael Bezerra Duarte e Prof^a. Alanna Cândido de Oliveira Barros por tamanhas contribuições que enriqueceram grandemente esse trabalho e especial ao meu orientador Raimundo Tavares de Luna Neto ser inspirador para a realização dessa pesquisa sem ao qual nada disso seria possível.

Agradeço à Faculdade Vale do Salgado que me proporcionou a chance de expandir os meus horizontes. Obrigado também a todos os funcionários pelo ambiente criativo e amigável que cada um me proporcionou durante esses cinco anos de formação.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

SILVA, Thiago Moreira. **Qualidade de vida de pacientes com Diabetes Mellitus**. Monografia. 71f. (Faculdade Vale do Salgado), Curso Bacharelado em Enfermagem, Icó – CE, 2018.

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica de múltipla etiologia, ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não usa eficientemente a insulina que produz. A DM é classificada em tipo 1 e 2, diabetes gestacional e outros tipos. Define-se qualidade de vida como a percepção das pessoas sobre sua posição na vida, no contexto cultural e conjunto de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Uma excelente ferramenta para avaliar a qualidade de vida é o SF-36, trata-se de um método útil para avaliar baseado nos instrumentos que transformam medidas subjetivas em dados objetivos que podem ser quantificados e analisados. Com o objetivo de analisar a qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus de uma Unidade Básica de Saúde no município de Orós - Ceará. Pesquisa de objetivo exploratório - descritivo, com abordagem quantitativa e transversal, realizada no município de Orós, Ceará. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de uma entrevista estruturada, composta por dois instrumentos. Participaram 80 pacientes portadores de DM cadastrados na Unidade Básica de Saúde – Centro do município de Orós-Ce. Verificou-se no perfil epidemiológico a prevalência do sexo feminino em 78,75% da amostra, idades acima de 50 anos em 82,5%, escolaridade fundamental incompleta em 35% e renda média de 2 salários mínimos. Com relação ao perfil clínico, constatou-se a predominância do Diabetes Mellitus tipo 2, presente em 91,25% dos usuários, as medicações orais mais utilizadas foram os hipoglicemiantes orais, anti-hiperglicemiantes e sensibilizadores da ação de insulina, com ênfase na classe das Biguanidas através do uso elevado da Metformina em 80% do tratamento medicamentoso. A medicação subcutânea composta por insulinas destacou a prevalência da NPH em 11,25% dos diabéticos. Quanto às complicações clínicas da doença, identificou-se que os entrevistados referiram não haver implicações negativas do DM para sua qualidade de vida em 93,75% dos achados. No que se refere a análise da qualidade de vida pelo questionário SF-36, detectou-se que houve uma correlação positiva entre os domínios avaliados, respectivamente: Saúde Mental (72,55), Aspectos Sociais (71,4), Aspectos emocionais (69,15), Vitalidade (62,43), Limitações por aspectos físicos (59,68), Capacidade Funcional (56,43), Dor (54) e Estado Geral de Saúde (41,86). Conclui-se que a população investigada possui elevada qualidade de vida, apontando para a superação de paradigmas relacionados à doença que antes eram desconsiderados. Por essa razão avaliar sua qualidade de vida é primordial para identificar os riscos e problemas, reduzindo assim as influências negativas no tratamento para promover estratégias de monitoramento e intervenção multiprofissionais voltadas a essa população.

PALAVRAS – CHAVE: Diabetes Mellitus. Qualidade de vida. Perfil de saúde.

ABSTRACT

SILVA, Thiago Moreira. **Quality of life of patients with Diabetes Mellitus**, Monograph. 71f. (Salgado Valley College), Bachelor 's Degree in Nursing, Icó - CE, 2018.

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic metabolic disease of multiple etiology, occurs when the pancreas does not produce enough insulin or when the body does not use the insulin it produces efficiently. DM is classified as type 1 and 2, gestational diabetes and other types. Quality of life is defined as the perception of people about their position in life, the cultural context and set of values in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. An excellent tool for assessing quality of life is the SF-36, which is a useful method to evaluate based on the instruments that transform subjective measures into objective data that can be quantified and analyzed. With the objective of analyzing the quality of life of patients with Diabetes Mellitus of a Basic Health Unit in the city of Orós - Ceará. Exploratory objective research - descriptive, with quantitative and transversal approach, carried out in the city of Orós, Ceará. Data collection was performed through the application of a structured interview, composed of two instruments. Participants included 80 patients with DM enrolled in the Basic Health Unit - Center of the municipality of Orós-Ce. The prevalence of female sex in 78.75% of the sample was found in the epidemiological profile, age above 50 years old in 82.5%, schooling incomplete in 35% and mean income of 2 minimum wages. Regarding the clinical profile, the prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus, present in 91.25% of the users, was found to be the most used oral medications, oral hypoglycemic agents, antihyperglycemic agents and insulin sensitizers, with an emphasis on class of the Biguanides through the high use of Metformin in 80% of the drug treatment. Insulin subcutaneous medication highlighted the prevalence of NPH in 11.25% of diabetics. Regarding the clinical complications of the disease, it was identified that the interviewees reported that there were no negative implications of DM for their quality of life in 93.75% of the findings. Regarding the SF-36 questionnaire, it was found that there was a positive correlation between the domains evaluated, respectively: Mental Health (72,55), Social Aspects (71.4), Emotional Aspects (69.15), Vitality (62.43), Limitations by physical aspects (59.68), Functional Capacity (56.43), Pain (54) and General Health Status (41,86). It is concluded that the research population has a high quality of life, pointing to the overcoming of paradigms related to the disease that were previously disregarded. For this reason, assessing their quality of life is essential to identify the risks and problems, thus reducing negative treatment influences to promote multiprofessional monitoring and intervention strategies aimed at this population.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Quality of life. Health profile.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Perfil Sociodemográfico dos Diabéticos.....	34
Tabela 02	Perfil Clínico dos Diabéticos.....	37
Tabela 03	Análise da qualidade de vida dos diabéticos através do questionário SF-36.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 Análise amostral dos clientes com DM na UBS - Centro, Orós - CE, 2018.....31

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CEP	Código de Endereço Postal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CSU	Centro Social Urbano
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP.	Especialista
FVS	Faculdade Vale do Salgado
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
KM	Quilômetro
M	Metro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROF.	Professor
RG	Registro Geral
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

UNILEÃO Centro Universitário Leão Sampaio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	EPIDEMIOLOGIA NO MUNDO, BRASIL E CEARÁ.....	18
3.2	DIABETES MELLITUS: UMA ANÁLISE REFLEXIVA DESSE AGRAVO.....	18
3.3	DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E COMPLICAÇÕES.....	21
3.4	A INTERFERÊNCIA DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA.....	23
4	METODOLOGIA	26
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2	CENÁRIO E LOCAL DE ESTUDO.....	26
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	27
4.4	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	27
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.6	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	28
4.6.1	Riscos	29
4.6.2	Benefícios	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
5.1	ANÁLISE AMOSTRAL.....	31
5.2	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	32
5.2.1	Sexo	32
5.2.2	Idade	33
5.2.3	Escolaridade	34
5.2.4	Renda	35
5.3	PERFIL CLÍNICO DOS DIABÉTICOS.....	35
5.3.1	Tipo de Diabetes Mellitus	36
5.3.2	Medicamentos orais utilizados	37
5.3.3	Insulinas utilizadas	38
5.3.4	Complicações do Diabetes Mellitus	38

5.4	ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS DIABÉTICOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO SF-36.....	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICES.....	53
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	54
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO....	55
	APÊNDICE C - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	56
	ANEXOS.....	58
	ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	59
	ANEXO B - CÁLCULO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF – 36.....	63
	ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA.....	68
	ANEXO D – PARECER DO CEP.....	69

1 INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica de múltipla etiologia, ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não usa eficientemente a insulina que produz. O efeito do diabetes descontrolado é a hiperglicemia (aumento de açúcar no sangue). Grandes quantidades de glicose plasmática acarretam no surgimento de degenerações crônicas, como consequência, à falência de diferentes órgãos, sobretudo olhos, nervos, rins, coração e vasos sanguíneos (MANCINI; MEDEIROS, 2003).

A DM é classificada em tipo 1 e 2, diabetes gestacional e outros tipos. O DM tipo 1 (anteriormente chamado de diabetes insulino - dependente ou juvenil) é caracterizado pela ausência de síntese de insulina. A DM tipo 2 (anteriormente denominada diabetes não insulino - dependente ou de início na idade adulta) tem origem na incapacidade do organismo de utilizar a insulina de forma eficaz, resultante do excesso de peso ou inatividade física. Já a diabetes gestacional corresponde a uma hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gravidez (BRASIL, 2013a).

Atualmente, evidencia-se o DM como uma expressiva causa de morbidade e mortalidade. Indicadores sociais revelam que 8,3% da população mundial (382 milhões de pessoas) vivem com DM, e esse índice poderá chegar a 12,86% (592 milhões de pessoas) em 2035. Além disso, considera-se que cerca de 50% dos diabéticos desconhecem que possuem a patologia, o que ainda subestima a morbidade da doença (BEAGLEY et al., 2014; GUARIGUATA et al., 2014).

No que se refere à mortalidade, calcula-se que 5 milhões de pessoas com faixa etária entre 20 e 79 anos morreram em virtude do diabetes e suas complicações em 2015, o que equivale a um óbito a cada 6 segundos (COSTA et al., 2017). Estima-se que até 2040, o DM pode assumir a sétima causa mais importante de morte em todo o mundo (GUARIGUATA et al., 2014; WHO, 2016).

No Brasil, a doença também se configura como um problema de saúde de grande amplitude. Em 2015, o país atingiu o quarto lugar entre os países com maior número de pessoas diabéticas, contando com 14,3 milhões de casos entre indivíduos adultos (20-79 anos), com projeções de 23,3 milhões para 2040 (BRASIL, 2010; OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2017).

Os principais determinantes pela crescente incidência e prevalência do DM em todo o mundo são oriundos de vários fatores, tais como o envelhecimento da população, sedentarismo, aumento da prevalência da obesidade, entre outros (ALMEIDA et al., 2013).

Nesse contexto, o DM é considerado um grave problema de saúde pública devido à sua alta incidência na população, suas complicações, mortalidade e altos custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento, além de comprometer significativamente a qualidade de vida das pessoas (SILVA, 2006). Ela exige uma vida inteira de hábitos saudáveis e cuidados pessoais para a manutenção o mais próximo possível dos níveis normais de glicose plasmática (RODRIGUES; LIMA; NOZAWA, 2006).

A expressão de ser saudável com diabetes não depende apenas da conclusão correta de um tratamento e do seu sucesso. Depende também da maneira como as pessoas convivem com sua condição de saúde, sabendo ou não suas possibilidades e limites, o apoio que recebem e seu acesso a uma educação em saúde baseada no diálogo, de modo a dar à pessoa as condições de protagonismo e forma, construir novas formas de lidar com a doença. É necessário não apenas identificar os recursos disponíveis, mas principalmente conhecer aqueles que possam proporcionar um bem-estar maior e mais próximo dos hábitos e rotinas das pessoas. É importante afirmar que a partir deste momento as pessoas aprendem sobre como conviver com esses fatores, como estabelecer novas metas e como construir caminhos para alcançá-las (FARIAS et al., 2000).

Define-se qualidade de vida como a percepção das pessoas sobre sua posição na vida, no contexto cultural e conjunto de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2012). Esse conceito é amplo, engloba a complexidade do construto e inter-relaciona o ambiente com os princípios psicológicos, físicos, relações sociais e crenças pessoais, bem como com o nível de independência (FLECK, 2000).

Outro foco dado à qualidade de vida consiste em avaliar o impacto das doenças e dos tratamentos na vida dos pacientes, uma condição que é chamada de Qualidade de vida relacionada à saúde. No entanto, ainda é um desafio para os profissionais de saúde entender o que é qualidade de vida e como avaliá-lo de maneira confiável (ASHFORD; MCGEE; KINMOND, 2000; SILVA et al., 2003).

Uma excelente ferramenta para avaliar a qualidade de vida é o SF-36, trata-se de um método útil para avaliar baseado nos instrumentos que transformam medidas subjetivas em dados objetivos que podem ser quantificados e analisados, além de ser um instrumento importante para verificar o impacto das intervenções de saúde nos pacientes. De fácil administração e compreensão que reflexionam parâmetros como, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estudos utilizando esses instrumentos mostraram que pacientes diabéticos

apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida, quando comparados a pacientes sem a doença (WARE; SHERBOURNE, 1992; WARE et al., 1993; TALLEY et al., 2001).

No Brasil, a literatura sobre qualidade de vida associada ao diabetes ainda é escassa, principalmente com populações de baixo perfil socioeconômico (ARAÚJO; SOUZA e MENEZES, 2008).

Em face da temática ora exposta, alguns questionamentos são pertinentes tais como: Existe alguma interferência na qualidade de vida dos pacientes portadores de DM? O perfil sociodemográfico e clínico dos portadores de DM podem interferir na qualidade de vida dos mesmos?

O interesse pela temática surgiu pelo desejo de aprofundamento sobre o diabetes e as implicações deste adoecimento frente à qualidade de vida da população, considerando que no percurso acadêmico não foi possível um contato mais aguçado com o tema, principalmente no que diz respeito à jornada prática. Devido aos altos índices da taxa de morbimortalidade que interfere diretamente na vida desses indivíduos com diabetes e tem gerado altos custos ao SUS, percebeu a necessidade de estudo mais amplo quanto a essa patologia e suas consequências na qualidade de vida dos indivíduos.

O presente estudo tem relevância para parte acadêmica com intuito de gerar um conhecimento mais aprofundado sobre os prejuízos causados pela DM na qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para demonstrar a grande incidência e prevalência na população, sensibilizando a sociedade e gestores sobre esse grave problema de saúde pública. Também para os profissionais de saúde para um olhar mais crítico aos grandes transtornos e prejuízos que a DM causa na qualidade de vida dos indivíduos que a desenvolvem e assim possam intervir de forma a minimizar esses problemas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) de uma UBS no município de Orós-Ce.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa;
- Conhecer o perfil clínico dos pacientes com DM;
- Verificar a qualidade de vida dos pacientes com DM utilizando questionário SF – 36.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EPIDEMIOLOGIA NO MUNDO, BRASIL E CEARÁ

Através de pesquisas realizadas no ano de 2010 estimou-se que, mundialmente, cerca de 285 milhões de indivíduos acima de 20 anos são diabéticos e no ano de 2030 este número pode se elevar para 439 milhões (COSTA et al., 2017), enquanto no Brasil esse número chegou a 4,6 milhões de diabéticos no ano de 2000, podendo atingir o número de 11,3 milhões em 2030, sendo o Distrito Federal o local com o maior índice de diabéticos (SCHMIDT et al., 2009).

Já no Ceará, segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará do ano de 2017, o Diabetes Mellitus (DM) apresentou uma elevação de 9,8% para 21,8% por 100.000 habitantes, atingindo cerca de 21.800 habitantes acometidos pelo Diabetes no Estado do Ceará (CEARÁ, 2017).

A maior parte dos casos diagnosticados com DM se encaixam no tipo 2, atingindo aproximadamente 90% de todos os casos, com a predominância na fase adulta, especificamente com a idade de 30 a 69 anos (COSTA et al., 2017).

Dentro deste percentual, segundo as pesquisas desempenhadas, a maior parte dos sujeitos diabéticos são mulheres, atingindo cerca de 27,2% (SILVA et al., 2016), e a maior parte destas mulheres sendo idosas principalmente na faixa de 60 a 79 anos (SANTOS et al., 2014). Já os homens, com o percentual de 24,6% e com faixa etária aproximada aos 80 anos ou mais (SILVA et al., 2016).

Em linhas gerais, o Brasil atualmente ocupa o quarto lugar entre os países com o maior número de pessoas acometidas pelo DM, atingindo cerca de 11,9 milhões de pessoas no ano de 2013, o que caracteriza - se como um alarmante número e um preocupante crescimento, atingindo já no ano de 2013 um suposto número para o ano de 2030 (COSTA et al., 2017).

3.2 DIABETES MELLITUS: UMA ANÁLISE REFLEXIVA DESSE AGRAVO

O DM se caracteriza como uma doença metabólica, enquadrada na categoria de hiperglicemia que é decorrente do prejuízo da produção e ação da insulina. A hiperglicemia pode se manifestar através de diversos sintomas, entre eles está à perda de peso, visão turva,

poliúria, polidipsia e por complicações agudas que podem refletir em um considerável prejuízo a saúde e risco de vida (GROSS et al., 2002).

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser classificado como tipo 1, tipo 2 e o diabetes gestacional. No tipo 1 há uma destruição crônica das células beta pancreática, através dos mecanismos autoimunes que se inicia de meses a anos antes da efetivação do diagnóstico clínico da doença, sendo que cerca de 70 a 90% das células já vieram a ser destruídas depois do surgimento dos primeiros sintomas da hiperglicemia (FERREIRA et al., 2011).

Tem se tornado um grande e crescente problema de saúde pública em todo o mundo. As causas para a decorrência são muitas e necessita da realização de alguns exames laboratoriais para que haja um diagnóstico mais preciso, porém, o seu acometimento pode estar associado a vários fatores tais como o aumento da urbanização, transição epidemiológica, sedentarismo, aumento da obesidade, perspectiva de vida crescente e bem como uma sobrevida maior da população diabética (GROSS et al., 2002).

Já no tipo da DM gestacional, ela ocorre frente a uma diminuição da tolerância a glicose. O diagnóstico geralmente é realizado durante o período gestacional, podendo ou não perdurar o pós-parto. O acometimento desta doença ocorre porque no período gestacional pode haver uma redução na concentração plasmática de hormônios contra insulínicos e passando este período estas taxas poderão voltar à normalidade, mas há incidências de que as gestantes que apresentam a DM gestacional possuem altos índices de probabilidade de desenvolverem a diabetes do tipo 2 (FERREIRA et al., 2011).

A hiperglicemia pode se caracterizar como um sinalizador ou da gravidade da doença ou também como um determinante independente do prognóstico de pacientes graves. Como resultado o paciente também pode apresentar prejuízo no sistema imune e a resposta inflamatória, sendo um fator recorrente nos casos de pacientes graves mesmo com a ausência do DM (VIANA et al., 2014).

O aumento da glicemia por si pode contribuir para o agravamento das doenças, maior probabilidade do surgimento de infecções, quadros inflamatórios, trombóticos, gerações de radicais superóxidos e de citocinas inflamatórias, porém é importante mencionar que o controle glicêmico intensivo não apresenta efeitos benéficos notórios em pacientes críticos (BOAS; FOSS; PACE, 2014), sendo a hiperglicemia crônica o principal desencadeador do agravamento do quadro clínico (FERREIRA et al., 2011).

Há ainda a hiperglicemia de estresse que se caracteriza como uma elevação da taxa glicêmica na presença de doenças agudas. Este é um quadro comum no caso de pacientes internados. Os fatores que podem contribuir para a admissão deste quadro são a liberação dos

hormônios de estresse, o uso de medicamentos, como por exemplo, os corticoides e a liberação de citocinas inflamatórias que podem inibir a ação ou produção da insulina (BOAS; FOSS; PACE, 2014).

Várias pesquisas apontam que a melhor maneira de lidar com esse quadro clínico ainda é o seu controle, apresentando reduções na taxa de mortalidade através da administração subcutânea de insulina, seus efeitos se mostram mais eficazes principalmente quando associado à nutrição parenteral que seja rica em energia (VIANA et al., 2014).

O diagnóstico precoce do DM é um fator extremamente importante para a condução geral do adoecimento, pois pode favorecer na adoção de medidas terapêuticas que visem intervenções focadas na redução das complicações crônicas dos pacientes diagnosticados com diabetes (CORRÊA et al., 2017).

No caso da DM do tipo 2 o sintoma que é característico, na maior parte dos casos, é a deficiência da ação da insulina, normalmente ligado a uma resistência a sua ação. Proveniente a este processo há uma diminuição da captação de glicose nos tecidos de insulina dependentes. Ainda no início do acometimento da doença, frente a esta resistência da ação da insulina, acontece a hiperinsulinemia compensatória, que persiste por meses ou anos. O avanço da doença, no caso do tipo 2, pode ocorrer a necessidade da insulino terapia, frente a redução da produção das células beta pancreáticas (FERREIRA et al., 2011), caracterizando como o mais comum, acometendo cerca de 90% dos pacientes que recebem o diagnóstico da doença (GROSS et al., 2002).

O DM se caracteriza como uma patologia frequente, que acomete qualquer parte da população, sendo a maior incidência na fase adulta e idosa e em sua maior proporção, mulheres. É importante também acentuar que, segundo pesquisas realizadas, metade da população que possui o diagnóstico da doença desconhece o mesmo (CORRÊA et al., 2017).

Além da deficiência do reconhecimento do diagnóstico por parte dos pacientes, vale acentuar as problemáticas recorrentes frente à adesão ao tratamento, que se caracteriza como uma problemática nacional e internacional. Um fator muito importante para que haja a adesão ao tratamento é a relação paciente-profissional (FARIA; ZANETTI; HAAS, 2013).

Há uma preocupação com o diagnóstico e tratamento do DM desde o final do século XX e início do século XXI, considerando o crescente número de pessoas portadoras da doença e da insatisfatória condução que os modelos de atenção à saúde elaboravam considerando as necessidades das pessoas em condições crônicas de adoecimento, neste caso, considerando a população diabética (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Além do manejo clínico complexo que o Diabetes Mellitus (DM) apresenta, deve-se mencionar que a doença tem se tornado cada vez mais um problema de saúde mundial, considerada como uma epidemia (OMS, 2012). Sendo a DM uma doença crônica, que atinge o sujeito em qualquer período de sua vida, numa maior proporção nos indivíduos com 30 anos ou mais e é cada vez mais recorrente, apresentando um crescente número da população diabética (MARASCHIN et al., 2010).

Apesar do crescimento considerável da população diabética, apenas pequena parte desses pacientes tem acesso ao tratamento recomendado no Brasil, o que diminuem as chances de controlar as complicações dessa doença, especialmente as crônicas. Do ponto de vista, tanto dos pacientes quanto dos cuidados com a saúde, o tratamento do diabetes é considerado complexo e de difícil promoção, o que tem provocado controle inadequado e níveis assistenciais de baixa qualidade (RODRIGUES; LIMA; NOZAWA, 2006; FARIA et al., 2014).

Ainda dentro das problemáticas que surgem frente ao manejo clínico do DM, vale ressaltar que muitas vezes pode se tornar uma tarefa complexa e difícil à emissão de um diagnóstico levando em consideração os aspectos puramente clínicos, devendo o profissional adotar esquemas complementares para o seu diagnóstico, no desejo de não apenas caracterizar a patologia, mas de fornecer um tratamento mais adequado (MARASCHIN et al., 2010).

3.3 DIAGNÓSTICO, COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO

O diagnóstico do DM seja do tipo 1, 2 ou gestacional, pode ser realizado nas instituições de Estratégia Saúde da Família no teste glicêmico de jejum (DAMIANI, 2000), outro método utilizado é o da hemoglobina glicada um excelente recurso para a identificação da doença e também de pré-diabetes, apresentando grandes vantagens frente ao método de glicemia de jejum, analisando que o jejum não é uma medida necessária, mas apresenta desvantagem quando considerado o seu alto custo e a sua menor disponibilidade nas instituições de saúde (SOUZA; GROSS; GERCHMAN, 2012).

O diagnóstico do DM é um dos aspectos mais importantes frente à condução da doença, e pode estar relacionado com avanços ou problemáticas em relação ao quadro, isto porque entre o tempo de procura do paciente aos serviços de saúde e o recebimento do diagnóstico propriamente dito pode haver complicações ao quadro de saúde do paciente e deve ser levado em consideração no momento de investigação (CORTEZ et al., 2015).

O que precisa ser levado em questão é que, algumas vezes, um único método isolado pode não ser totalmente eficaz e não produzir um diagnóstico satisfatório, buscando o profissional se adequar a singularidade dos casos e empregar métodos que sejam mais adequados para emitir o diagnóstico e a classificação da DM (SOUZA; GROSS; GERCHMAN, 2012).

Entre as complicações que o indivíduo pode apresentar frente a este tardio diagnóstico podemos mencionar a hipoglicemia, o estado hiperglicêmico hiperosmolar, a cetoacidose diabética, ocorrendo também, no caso dos quadros crônicos, a retinopatia, a nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doenças cerebrovascular e vascular periférica, podendo ainda ocorrer casos de infarto agudo do miocárdio, a arteriopatia periférica, o acidente vascular cerebral e a microangiopatia (CORTEZ et al., 2015).

Entretanto, quando há uma detecção precoce da doença torna-se mais provável que se desenvolva medidas adequadas para que se previnam as complicações no quadro de saúde do sujeito ou ao menos retardá-las, promovendo possibilidades de favorecer a sua qualidade de vida de modo geral (SOUZA; GROSS; GERCHMAN, 2012), vale ressaltar que quanto maior for o tempo de diagnóstico pior será o controle glicêmico do paciente (FRANCO JÚNIOR; HELENO; LOPES, 2013).

Já no que diz respeito ao tratamento, deve ser considerado que o primeiro passo para que ele se efetive é a adesão. O processo de adesão se caracteriza como um grande desafio para a rede de saúde, sendo uma forte preocupação, mobilizadora de medidas e estratégias que possam sancionar esta problemática (FARIA et al., 2014).

Como anteriormente mencionado, tanto a identificação do adoecimento como a adesão ao tratamento são problemas que antecedem e dificultam a melhora do sujeito diabético, portanto, pensar em medidas que colaborem para que o sujeito identifique o seu quadro e busque tratar-se é uma tarefa imprescindível se há o desejo de promover saúde e qualidade de vida para o indivíduo (KIRCHNER; MARINHO, 2014).

Pesquisas apontam que alguns dos fatores que implicam nesta dificuldade de adesão são: a acessibilidade e a disponibilidade do tratamento medicamentoso nas redes de saúde, os dados sociodemográficos do paciente, a aceitação do tratamento medicamentoso, a percepção da perda da autonomia ou controle sobre o seu corpo, as reações dos familiares e amigos, os danos nas relações interpessoais, à relação do paciente e dos profissionais, o projeto terapêutico, a cronicidade, o não surgimento de sintomas que pontuem claramente o adoecimento, o tempo entre o acometimento e o diagnóstico e o conhecimento frente ao adoecimento e como lidar com ele (FARIA et al., 2014).

Obviamente, o tratamento é uma medida indispensável para que o sujeito possa estabilizar o seu quadro e alcançar um padrão de vida mais saudável, pensando na sua patologia. Através do tratamento também pode ser reduzido o número de mortalidade que está interligado com essa doença, seja direta ou indiretamente (KIRCHNER; MARINHO, 2014).

O tratamento do Diabetes envolve não apenas a inclusão medicamentosa, mas sim na adesão de um novo padrão de vida, principalmente referente a mudanças nos hábitos alimentares, a inclusão de atividades físicas, a colaboração do paciente e a aceitação também são aspectos muito importantes para um bom prognóstico (OROZCO; ALVES, 2017).

No tratamento do Diabetes Mellitus (DM) do tipo 1 e 2 as medidas geralmente adotadas estão vinculadas com as várias doses injetáveis de insulina ultra-rápidas ou bomba de insulina. O processo de adaptação deste tratamento se dá na medida em que se fazem as suas múltiplas injeções, ou seja, quanto mais houver a necessidade do uso e ele for efetivado mais depressa haverá adaptação ao tratamento (RAMALHO; SOARES, 2008). As pesquisas também evidenciam que o tratamento através do uso de insulina pode ser um dos fatores relacionados com a baixa adesão ao tratamento (COSTA et al., 2017).

Entre os cuidados que devem ser tomados para que haja uma boa adaptação do paciente ao tratamento, recomenda-se também que se exerça uma supervisão frente à prática de exercícios físicos, pois durante a execução dos exercícios os estoques de glicogênio são bloqueados através da presença de insulina, consumindo assim glicose através dos músculos, evidenciando o risco de hipoglicemia (RAMALHO; SOARES, 2008).

3.4 A INTERFERÊNCIA DO DIABETES NA QUALIDADE DE VIDA

O Diabetes Mellitus é considerado uma epidemia global, que atinge uma alta parcela da população. Considerando os danos que a patologia pode inferir na vida do sujeito, é importante que haja um debate acerca da interferência do Diabetes na qualidade de vida do indivíduo, ressaltando a relevância desta percepção para o campo da saúde pública (OMS, 2012).

Contemporaneamente, as questões envoltas a qualidade de vida do sujeito são cada vez mais debatidas, mobilizando as mais diversas áreas a estudar e estabelecer medidas que visem diminuir a mortalidade e sintomas que fomentem complicações na vida do indivíduo. De modo geral, a qualidade de vida é um contexto amplo e complexo que é definida por diversos autores, com perspectivas distintas ou não, sendo as condições de saúde um componente similar em todas as definições (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Dentro dos prejuízos que a patologia pode causar ao sujeito, inicialmente devem ser considerados os altos índices de morbidade e mortalidade, as sequelas que refletem no prejuízo das capacidades normais do sujeito como a cegueira e problemas de visão em geral como a catarata, a retinopatia diabética, a insuficiência renal terminal, microangiopatia, hipertensão, neuropatia, doenças cardíacas, e as possibilidades existentes de amputação de membros inferiores que interferem na qualidade de vida, principalmente nos casos de pacientes mais graves do Diabetes Mellitus (DM) (GAMBA et al., 2004).

Apesar das inúmeras contribuições dos autores a respeito do tema e de todas elas fornecerem importantes suportes para a sua definição, há uma marcante falta de consenso teórico. Muitas das abordagens percebem a qualidade de vida como sinônimo de saúde, outras incluem a importância da felicidade e da satisfação pessoal, das condições de vida, dos estilos de vida adotados, sendo considerado desde os aspectos socioeconômicos até o nível de satisfação frente a alguns aspectos de vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Considerando que qualidade de vida é um processo resultante da satisfação encontrada nos mais diversos aspectos da vida do sujeito, seja no âmbito familiar, social, profissional e pessoal englobando os valores existenciais de cada sujeito é fato que o quadro de saúde do paciente apresente seus reflexos neste campo, causando danos não apenas físicos ao sujeito, mas também psíquicos, afetando o seu conforto e bem-estar (MIRANZI et al., 2008).

O sujeito diabético também pode desenvolver algumas outras doenças decorrentes das fragilidades que a patologia lhe dispõe, como é o caso das ocorrências de lesões vascular, neuropatia, lesões ulcerativas e outras, porém deve considerar que estas complicações são mais frequentes em pessoas que apresentam comportamentos de risco, como o uso de álcool, o hábito de fumar e uma alimentação inadequada (GAMBA et al., 2004).

Pesquisas apontam que os indivíduos portadores da patologia percebem que aspectos que se relacionam com qualidade de vida foram lesados ao longo do tempo, como as suas relações interpessoais, a sua própria saúde, atividade sexual, sentem-se dependentes, distúrbios do sono, dor e desconforto e baixa autoestima (MIRANZI et al., 2008).

É necessário que o campo da saúde valorize não apenas a possibilidade de maior longevidade para o sujeito, mas também o favorecimento de maior felicidade e satisfação e conforto com a vida, mesmo quando estes estão vivenciando complicações provenientes de algum adoecimento (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

No que se refere ao DM à recomendação é que haja um acompanhamento individualizado das pessoas portadoras, considerando que há um contexto singular de cada um

e de suas diferentes formas de lidar e de conviver com a patologia. A compreensão destes elementos se constitui num processo essencial para o cuidado desenvolvido, que possui o foco em manter os níveis glicêmicos sob controle e da promoção de qualidade de vida a estes sujeitos (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Os portadores do Diabetes Mellitus (DM) apresentam queixas pessoais frequentes, que também aparecem como possíveis dificuldades para o tratamento da doença e podem se concretizar numa baixa qualidade de vida, necessitando de um redirecionamento de atividades de maneira geral, seja do próprio paciente, dos seus familiares, da rede de saúde e dos profissionais que a compõe (MIRANZI et al., 2008).

Estudos apontam a importância da orientação nesse processo de busca por qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde, especificamente os portadores do DM. A orientação é percebida como instrumento de educação em saúde, se apresentando como um elemento imprescindível para que as pessoas possam realizar o autocuidado e desenvolvam autonomia para terem uma vida saudável e produtiva (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Através da orientação pode se diminuir no paciente as incertezas e dúvidas acerca das complicações e agravamentos da doença, fazendo com que as pessoas alterem o modo como percebem e lidam com a patologia, permitindo avanços na terapêutica oferecida pelos serviços de saúde (SILVA et al., 2003).

O debate acerca da qualidade de vida do paciente se compõe como um exercício amplo, que inclui para além de uma prática clínica, mas visa avaliar a eficácia dos tratamentos e do próprio serviço de saúde, oportunizando traçar caminhos importantes para as políticas de saúde. Para a melhoria da percepção e cuidados com estes aspectos existem, sem dúvidas, inúmeras dificuldades no campo conceitual e prático, mas tais desafios necessitam ser enfrentados, considerando que a dimensão existencial humana é realmente complexa e não há por que não se debruçar em esforços semelhantes para a sua compreensão e desenvolver contribuições na melhoria da qualidade de vida do ser humano (FLECK, 2000).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa de objetivo exploratório - descritivo, com abordagem quantitativa e transversal. A pesquisa exploratória compreende o estudo investigativo – empírico com objetivo em formular questionamentos ou problemática. Apresentando três objetivos tais como: criar hipóteses, aumentar o interesse do pesquisador com o meio, fato ou ações, em detrimento a desenvolver pesquisas mais abrangentes ou modificar e conceituações mais definidoras (MARCONI; LAKATOS, 2011).

O estudo de caráter descritivo objetiva principalmente descrever características de uma população específica, ações ou estabelecer relatividades entre as variáveis nelas presentes. Havendo um grande número de estudos que são considerados sob esta abordagem, sendo a mais significativa a utilização de técnicas uniformes na coleta de dados (GIL, 2010).

A pesquisa com método de abordagem quantitativo traduz em dados, índices e determinantes observáveis, desenvolvendo métodos abstratos de alta aplicabilidade prática, por referir – se tanto a sua extensão como em constância de fenômenos (MINAYO, 2014). Por esta abordagem é possível que dados vindos de levantamentos por meio de amostras e outros métodos estatísticos que possam explicar fenômenos sociais e o comportamento humano, em termos de variáveis e medidas (MARTINS, 2013).

À vista desse estudo, a transversalidade é dada através da definição dos fatores relevantes na relação entre as variáveis, onde o pesquisador analisa uma determinada amostra populacional e quantifica os elementos em categorias (MARCONI; LAKATOS, 2011).

4.2 CENÁRIO E LOCAL DE ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada no município de Orós - Ceará, localizado na Microrregião Centro Sul Cearense, está a 341,1 km da capital Fortaleza. Estendendo - se ao Norte com Jaguaribe, Solonópolis e Quixelô, ao Sul com Icó, ao Leste com Icó e Jaguaribe e a Oeste com Quixelô e Iguatu. Em uma área total é de 576.300 km² e altitude de 184,48 (m). A estimativa da população é de 21.292 habitantes (IPECE, 2015; IBGE, 2017). Composto de quatro distritos, além da sede: Vila Guassussê, Palestina, Igarói e Santarém (IBGE, 2017).

O município dispõe de nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cinco localizados na sede e quatro localizados nos distritos, as quais são responsáveis pelo primeiro

contato dos usuários com o serviço de saúde, realizando dentre outras ações a assistência e acompanhamento de diabéticos, bem como o seu controle e a prevenção de possíveis complicações. Dispõe do Hospital Maternidade Luiza Teodoro da Costa, uma unidade básica do SAMU e CAPS I, compondo assim a rede de saúde do município de Orós.

O trabalho foi desenvolvido na UBS – Centro do município de Orós - Ceará, localizada Travessa do Beco do CSU. A Equipe Básica de Saúde da Família é composta por: 1 Médico, 1 Enfermeira, 1 Técnica de Enfermagem, 1 Dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 1 Auxiliar de Farmácia, 1 Auxiliar de Serviços Gerais e 7 Agentes Comunitários de Saúde, compondo um total de 14 profissionais que atendem 1.200 famílias.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 80 pacientes portadores de DM cadastrados na UBS - Centro do município de Orós-Ce. Os participantes em quantitativo foram escolhidos de forma aleatória tendo assim o mesmo percentual de chance de serem selecionados. Contudo, para integrarem o estudo tiveram que atender os seguintes critérios de inclusão: Ser portador de DM tipo I e/ou II, ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos, serem acompanhados pela UBS e aceitarem participar da pesquisa em conformidade a assinatura do termo de consentimento pós-esclarecido. Foram excluídos: Participantes que estiveram impedidos devido a problemas cognitivos, com suas faculdades mentais diminuídas ou prejudicadas e que se encontraram ausentes no momento da coleta de dados.

4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de uma entrevista estruturada, sendo a mesma composta por dois instrumentos. O primeiro foi utilizado um formulário com questões referentes ao perfil sociodemográficos e clínicos dos participantes, (APÊNDICE – C). Em seguida foi aplicado o questionário de qualidade de vida SF – 36 (ANEXO - A).

O instrumento da pesquisa se delimita entre duas pessoas que se dá entre o entrevistador e o indivíduo a ser pesquisado, utilizando um guia contendo o questionário de perguntas, tendo como objetivo o levantamento de dados de forma que sejam feitas por perguntas aos sujeitos da pesquisa de forma pré-determinada (MINAYO, 2014).

O questionário é um instrumento de pesquisa que é realizado por meio de perguntas, podendo ser abertas ou fechadas, e tem como objetivo de levantar dados sobre o estudo.

Devendo ser sobre sigilo, incluso cabeçalho e orientações a respeito do seu preenchimento (PARANHOS, 2014).

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2018, assim como após a liberação do município através do termo de anuência (ANEXO - C) e pela aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (ANEXO – D). Para contatar os participantes da pesquisa foram previamente agendadas visitas domiciliares com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da UBS, uma vez que os mesmos conhecem os portadores de DM de suas microáreas de abrangência.

Ainda, a coleta de dados foi realizada em local reservado, tendo em vista uma maior privacidade e sigilo dos dados coletados, bem como, resguardada a confidência de identidade e anonimato dos participantes.

4.5 ANÁLISES DE DADOS

Os dados coletados foram analisados no Microsoft Office Excel versão 2010, na forma descritiva e a discussão foram realizadas a partir da literatura dentro da temática, com intuito de destacar quais as variáveis e expressões de forma estatísticas sobre a qualidade de vida dos pacientes diabéticos e seus fatores incapacitantes. Ao término da quantificação dos dados, estes foram estruturados em tabelas e gráficos a fim de melhor compreender os resultados da pesquisa.

4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido em concordância com todos os princípios éticos e bioéticos estabelecidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Ministério da Saúde (MS), que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar os direitos e os deveres dos participantes da pesquisa à comunidade científica e ao Estado. Dessa forma, a pesquisa realizada em seres humanos, com a visão sobre o indivíduo e a coletividade, considera os referenciais básicos da bioética tais como: autonomia, não maleficência, justiça e beneficência (BRASIL, 2013b).

Antes da coleta de dados, foi encaminhado o termo de anuência à Secretaria de Municipal Saúde de Orós esclarecendo todos os objetivos do estudo e para a autorização da coleta de dados (ANEXO - C).

Após autorização para realização do estudo nesta instituição, os participantes foram abordados e esclarecidos sobre todos os aspectos relacionados à pesquisa, inclusive sobre seus objetivos, benefícios previstos e possíveis riscos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE - A). Ao concordarem em participar da pesquisa espontaneamente, assinaram o Termo de Consentimento Pós - Esclarecido (APÊNDICE - B).

Ademais, a proposta do estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) através da base Plataforma Brasil, para devida apreciação ética, que foi enviado e apreciado e posteriormente aprovado sob o número 2.781.630 do CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO (ANEXO - D).

Faz-se salientar que foi assegurado aos participantes o anonimato e livre escolha de desistência à participação da pesquisa a qualquer momento.

4.6.1 Riscos

O tipo de procedimento apresentou um risco considerado baixo, pois o paciente pode se sentir constrangido (a) em relação ao estigma resultante da invasão da sua privacidade e também em virtude da não compreensão das perguntas contidas no questionário. Este risco foi reduzido mediante a garantia de sigilo de todos os documentos e dados, inclusive de informações pessoais e íntimas preservando assim, a sua identidade.

Tendo em vista minimizar os riscos, os pesquisadores realizaram esclarecimentos sobre a pesquisa, garantindo a segurança dos dados coletados, em ambiente silencioso e confortável, mantendo as informações expressas em sigilo e proporcionando uma maior privacidade no momento da coleta de dados.

4.6.2 Benefícios

Contudo, vale enfatizar que os benefícios oferecidos pela pesquisa superaram os riscos, pois a mesma buscou contribuir para uma análise prática sobre a interferência na qualidade de vida dos pacientes diabéticos.

Destacou-se ainda que a identificação da qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus pode gerar respostas mais ágeis por parte dos profissionais de saúde da UBS na qual esses participantes estão vinculados, gerando assim uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos e também trazendo uma construção de conhecimento sobre as dúvidas nas condições de saúde dos participantes da referida pesquisa.

Dessa forma, ofertando a comunidade acadêmica e demais segmentos sociais enriquecimento sobre a temática da influência da DM na qualidade de vida dos indivíduos, denotando múltiplos dados quantitativos da saúde dos portadores em um determinado cenário de saúde e impactando assim, os gestores e o sistema de saúde no fomento e implementações de intervenções mais resolutivas para esses diabéticos.

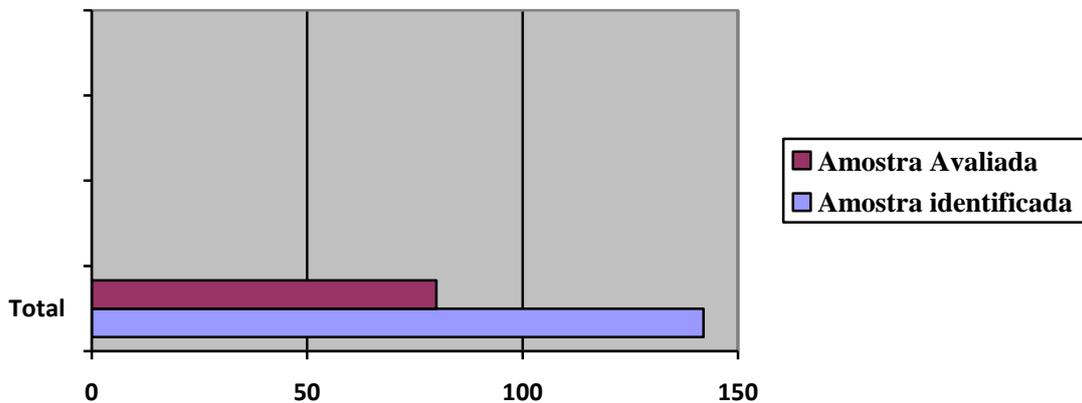
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 ANÁLISE AMOSTRAL

De acordo com os objetivos propostos e em consonância com o trajeto metodológico supracitado, encontrou-se durante a coleta de dados uma amostra de 142 (100%) pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), dos quais 80 (56,3%) se incluíam nos critérios de inclusão desse estudo. Estes dados são destacados no Gráfico 1.

Verificou-se que grande parte dos usuários não se incluíram nos critérios desse estudo em virtude de problemas cognitivos ou motores além da não participação contínua na UBS, sendo incorporados como amostra aqueles que fazem acompanhamento mensal e possuem Diabetes Mellitus I ou II diagnosticada.

Gráfico 1 – Análise amostral dos clientes com DM na UBS - Centro, Orós - CE, 2018.



FONTE: Dados da pesquisa, Orós - CE, 2018.

Esses dados são semelhantes ao estudo de Ramos et al. (2017), realizado em um serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. Estes evidenciaram uma amostra populacional de 50% de portadores de DM, para um quantitativo de 917 usuários com doenças crônicas.

O estudo de Base populacional realizado por Flor e Campos (2017), identificou que a ausência de acompanhamento do DM e seus fatores associados no último ano, na faixa etária adulta, estão relacionados à presença de diagnósticos prévios que impedem seu deslocamento as UBS, como doenças metabólicas, mentais e motoras.

Assim sendo, a pesquisa de Santos, Beça e Mota (2015), realizada na população

portadora de DM tipo 2, na UBS Espinho, em Portugal, afirma que a qualidade de coleta de dados em uma determinada área é afetada por condições biopsicossociais que elevam o viés de seleção, pois doentes com morbidades e complicações associadas ao DM, podem estar incapacitados a responderem determinados estudos científicos.

5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Nesta parte do estudo, destacam-se as variáveis do sexo, idade, escolaridade e renda analisadas para se obter o perfil sociodemográfico dos usuários da UBS pesquisada, em consonância com os critérios biopsicossociais que envolvem a qualidade de vida.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos Diabéticos

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	63	78,75
Masculino	17	21,25
Idade		
18 a 29 anos	1	1,25
30 a 39 anos	2	2,5
40 a 49 anos	11	13,75
50 anos ou mais	66	82,5
Escolaridade		
Analfabeto	13	16,25
Fundamental Incompleto	28	35
Fundamental Completo	7	8,75
Nível Médio Incompleto	2	2,5
Nível Médio Completo	26	32,5
Nível Superior	4	5
Renda		
Menos de Salário	5	6,25
1 Salário	30	37,5
2 Salários	35	43,75
3 Salários ou mais	10	12,5

Fonte: Dados da Pesquisa, Orós - CE, 2018.

5.2.1 Sexo

Conforme os dados obtidos através do instrumento de coleta de dados, o sexo com maior prevalência foi o feminino com um total de 63 (78,75%) pacientes, em comparação com o sexo masculino que expôs um quantitativo de 17 (21,25%) de diabéticos na Tabela 1.

Sob esses achados, infere-se que 68 (78,75%) usuários são do sexo feminino, tendo relação direta com as questões de gênero, pois as mulheres embora vivam mais que os

homens, apresentam índices elevados de morbidades, o que provoca maior procura aos serviços de saúde. Além disso, as mulheres são mais influenciadas pelos processos psicossociais, aumentando seu autocuidado e vaidade.

A pesquisa sobre a qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, executado por Faria et al. (2013), em um serviço de atenção primária de uma cidade do interior paulista, apresenta dados similares aos encontrados nesse estudo com prevalência do sexo feminino em 56,9% de sua amostra.

Corrêa et al. (2017), em análise sobre a qualidade de vida e as caracterizações dos pacientes diabéticos, também respaldam os resultados desse estudo, destacando o predomínio do sexo feminino 65,2% dos usuários analisados. Sendo a prevalência feminina associada à predisposição fisiológica das mulheres e a frequência destas nos atendimentos de saúde, favorecendo o diagnóstico da doença.

Dessa forma, a inclinação de diabetes em mulheres aumenta gradativamente com os anos devido a fatores biológicos como, por exemplo, o período gestacional e a menopausa junto aos hábitos alimentares deficientes, ricos em gorduras, açúcares, sódio e a falta de exercícios físicos (BRUINSMA et al., 2013).

5.2.2 Idade

No que concerne a variável idade, identificou-se nesse estudo a prevalência de DM em indivíduos acima de 50 anos (82,5%), seguidos por 40 a 49 anos (13,75%), 30 a 39 anos (2,5%) e de 18 a 29 anos (1,25%) nos usuários entrevistados.

Nesse cenário, as idades acima dos 50 anos (prevalentes em 82.5% dos usuários), estão mais em evidencia nesse estudo em virtude dos hábitos de vida, predominantemente sedentários e com má alimentação, que desencadeiam fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças crônicas.

Estudos realizados por Petermann et al. (2015), corroboram os achados desse estudo, revelando que a ocorrência do DM que infere na qualidade de vida está intimamente ligada a idade, enfatizada na faixa etária acima de 60 anos, com padrão antropométrico elevado de sobrepeso/obesidade e sedentarismo. Tais características estão ressaltadas no sexo feminino, com incidência de cerca de 21,5% na região sudeste.

A pesquisa sobre prevalências de diabetes autorreferidas no Brasil, realizada por Iser et al. (2015), revelou que os casos da doença têm aumentado em diferentes regiões com o

avanço da idade, alcançando aproximadamente 20% da população nas faixas etárias entre 65 a 74 anos ou mais, isto é, cerca de 3,5 milhões de pessoas acima dos 60 anos.

Tais resultados são decorrentes dos estilos de vida e hábitos dos brasileiros, atribuíveis especialmente aos padrões de sobrepeso e obesidade. Nesse contexto, a idade e o DM correlacionam maiores índices acima dos 20 anos, com ênfase na meia idade entre 40 e 55 anos (FLOR et al., 2015).

5.2.3 Escolaridade

No que se refere a variável escolaridade, evidenciou-se nesse estudo a predominância de 28 indivíduos (35%) com ensino fundamental incompleto, seguido por 26 (32,5%) com nível médio completo, 13 (16,25%) analfabetos, 7 (8,75%) com ensino fundamental completo, 4 (5%) com nível superior de formação e 2 (2,5%) com nível médio completo incompleto.

De acordo com esses aspectos, 28 (35%) entrevistados possuem ensino fundamental incompleto devido as questões socioculturais que interferem na qualificação educacional, como por exemplo, o trabalho precoce. Tais fatores podem interferir nas demandas relacionadas ao tratamento e ao diagnóstico do DM, principalmente na identificação da medicação nos horários corretos, alimentação adequada, assim como no reconhecimento de sinais e sintomas que o DM pode ocasionar.

O estudo de Gois et al. (2017), sobre o perfil dos portadores de DM em farmácias populares no estado do Sergipe reafirmam os dados encontrados nessa pesquisa, destacando a preeminência de indivíduos analfabetos/ensino primário incompleto com uma média total de 39%, seguido por primário completo/nível ginásial incompleto com uma média de 23%, ensino médio incompleto com uma média de 16% e superior completo/incompleto com uma média de 15% nos usuários analisados.

Para Moreschi et al. (2015), a baixa escolaridade pode contribuir para a não adesão terapêutica, particularmente pela dificuldade em leitura e compreensão de prescrições, elevando os riscos de déficits no autocuidado. Além disso, a redução da escolaridade pode restringir a obtenção de informações, devido às baixas habilidades na leitura, escrita e fala, tais como a conscientização sobre a doença e seus tratamentos.

Gregghi e Pascon (2016), em sua pesquisa sobre o conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, inseridos em um Programa de Saúde ao Adulto em uma

cidade do interior de São Paulo indica um índice semelhante ao encontrado nesse estudo, com índice de analfabetos em 10% da sua amostra.

Desse modo, esse cenário traz inúmeros desafios para as equipes multiprofissionais de saúde com relação às ferramentas a serem implementadas para elevar a adesão terapêutica, o entendimento sobre a doença e o tratamento de forma adequada para atender as necessidades da população. Para tal, os sistemas de saúde devem trabalhar de forma conjunta, oferecendo práticas educativas sobre o DM ao paciente e a família, baseados em métodos educativos didáticos e audiovisuais (IQUIZE et al., 2017).

5.2.4 Renda

Quanto a variável renda familiar, identificou-se nesse estudo o predomínio do valor de dois salários mínimos (2 SM) em 35 entrevistados (43,75%), sucedidos por 1 salário mínimo em 30 usuários (37,5%), 3 salários ou mais em 10 diabéticos (12,5%) e menos de um salário em 5 (6, 25%) dos diabéticos.

Diante desses achados, analisa-se que 35 entrevistados (43,75%) possuem predomínio de 2 SM. Esta renda é considerada insatisfatória para determinados graus de necessidade básica, como por exemplo, alimentação adequada e aquisição de medicamentos, influenciando diretamente na qualidade de vida do portador de DM.

Esses dados estão em consonância com o estudo de Frota, Guedes e Lopes (2015), realizado em uma ESF localizada na IV Regional do município de Fortaleza, estado do Ceará. Estes autores avaliaram as condições associadas à qualidade de vida de pacientes diabéticos, encontrando uma renda per capita predominante de 1 a 2 salários mínimos em 58,3% da população, seguidos por 2 a 5 salários em 20% da amostra.

O estudo da prevalência do DM no nordeste brasileiro realizado por Lyra et al. (2010), revelou que as rendas dos diabéticos entrevistados se contrapõem aos dados desse estudo, visto que, 81,3% dos indivíduos recebiam menos de 1 salário-mínimo, 16,7%, entre 1 e 2 salários mínimos e 2,0%, acima de 2 salários-mínimos. Dessa forma, a diferença exposta pelos estudos revela que a renda dos entrevistados pode mudar de acordo com a situação civil, pois usuários casados ou em união estável associam suas rendas.

5.3 PERFIL CLÍNICO DOS DIABÉTICOS

Nessa secção, apresentam-se as variáveis: Tipo de Diabetes, Medicamentos em Uso,

Insulinas em Uso e as Complicações relacionadas ao DM. Estes aspectos, foram utilizados para caracterização do perfil clínico dos entrevistados e associados a qualidade de vida.

Tabela 2 – Perfil Clínico dos Diabéticos.

Variável	N	%
Tipo de Diabetes		
Tipo 1	7	8,75
Tipo 2	73	91,25
Medicamentos em Uso		
Metformina	64	80
Glibenclamida	31	38,75
Glicazida	17	21,25
Glimeprida	1	1,25
Nesina Pio	1	1,25
Januvia	4	5
Insulinas em Uso		
NPH	9	11,25
Regular	4	5
Complicações		
Pé – Diabético	1	1,25
Neuropatia	-	-
Nefropatia	1	1,25
Amputações de Membros	1	1,25
Retinopatia	2	2,5
Nenhuma	75	93,75

Fonte: Dados da Pesquisa, Orós-CE, 2018.

5.3.1 Tipo de Diabetes Mellitus

Considerando os achados desse estudo, o tipo de Diabetes Mellitus prevalente nos usuários foi o tipo 2, com 73 (91,25%) casos, seguido pelo tipo 1, com 7 (8,75%) diagnósticos em acompanhamento e identificados na Tabela 2.

Nesse contexto, o tipo 2 predominante em 73 (91,25%) entrevistados, foi associado as questões sociodemográficas, como a idade, o sexo, a escolaridade e a renda que influem diretamente na qualidade de vida do portador de DM, pois estes fatores propiciam o desencadeamento de comorbidades e hábitos não favoráveis.

O estudo de Yamada, Lavras e Demuner (2011), respaldam os achados desse estudo, destacando que metade das pessoas no Brasil diagnosticadas com DM desconhecem o seu tipo diagnóstico, sendo que a prevalência da doença eleva conforme a idade, subindo em uma média de 2,6% a cada década a partir dos 30 anos. Do quantitativo prevalente de casos de DM, 90% são do tipo 2, não dependentes de insulina, 5 a 10% são do tipo 1, ou insulino dependente e de causa autoimune e 2% são secundários, interligado a outras síndromes ou

causas.

A pesquisa de Costa et al. (2017), reforçam os achados, afirmando que a prevalência do diabetes tipo 2, é desencadeada por fatores biológicos e socioculturais como por exemplo, os aspectos do envelhecimento, os processos de urbanização, a alimentação rica em açúcares e gorduras e o sedentarismo.

Para Orozco e Alves (2017), estas diferenças diagnósticas entre o DM tipo 1 e 2, estabelecem principalmente os tipos de condutas terapêuticas a serem utilizadas, pois a tipo 1, é tratada por meio da insulina e das mudanças nas rotinas nutricionais e a tipo 2, consiste em uma transformação no estilo de vida, adaptado a um esquema alimentar educativo e associados a medicações, se necessário.

5.3.2 Medicamentos orais utilizados

Segundo os entrevistados desse estudo, verificou-se que no tratamento do DM as predominâncias medicamentosas foram de fármacos hipoglicemiantes orais, anti-hiperglicemiantes e sensibilizadores da ação de insulina. Destacando-se as medicações Metformina em 64 (80%) diabéticos, seguido pelo fármaco Glibenclamida em 31 (38,75%) usuários, Glicazida em 17 (21,25%) pacientes, Januvia em 4 (5%) diabéticos, Glimeprida e Nesina Pio ambos em 1 (1,25%) paciente. Destacados na Tabela 2.

Estes dados estão em similaridade com o estudo de Oliveira et al. (2014b), realizado em um setor de atendimento de DM do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), sob assistência do Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Os autores apontaram a prevalência de dois tipos de tratamentos em pacientes com DM tipo 2, o medicamentoso em 90% dos usuários e o não medicamentoso em 10% dos acompanhados na unidade.

O estudo de Smaniotto et al. (2015), realizado em uma UBS na cidade de Chapecó, estado de Santa Catarina respalda os achados desse estudo, detectando o domínio de medicamentos orais, onde 61% dos usuários fazer uso de Metformina, 14% de Glibencamida, 7% deles usam Glicazida e 4% utilizam outras terapêuticas de controle.

Zandoná e Oliveira (2012), em seu estudo sobre o perfil dos pacientes diabéticos tipo 2 que utilizam medicamentos orais está em compatibilidade com os achados dessa pesquisa, onde houve domínio de 25,49% na medicação Metformina, 21,57% no fármaco Glibenclamida.

O estudo comparativo de Cordeiro e Braga (2015), sobre os fármacos de primeira escolha no tratamento do Diabetes Mellitus, corrobora os achados desse estudo destacando que a Metformina é a medicação indicada como primeira escolha para o controle do Diabetes Mellitus nos pacientes atendidos pelo SUS, em razão da sua segurança e melhor custo benefício, pois diminui eficazmente os níveis da hemoglobina glicosada no plasma sanguíneo, reduzindo as dislipidemias, triglicerídeos e o peso do usuário.

5.3.3 Insulinas utilizadas

Consoante aos resultados desse estudo, verificou-se que as insulinas utilizadas foram a NPH em 9 (11,25%) usuários e a regular em 4 (5%) diabéticos. Salientadas na Tabela 2.

Esses dados estão em concordância com o estudo de Gaertner et al. (2015), executado na população diabética tipo 1 e 2, que fazem uso de insulina em uma farmácia popular no município de Panambi, Rio Grande do Sul, onde os autores evidenciaram a prevalência de usuários que utilizam NPH em 80% de sua amostra.

Desse modo, a terapia com insulina deve abranger a reposição basal, que reduz a lipólise e o desbloqueio hepático de glicose na digestão, de insulina prandial e de doses associadas de insulina para corrigir as hiperglicemias pré-prandiais e entre as refeições. Assim, a insulino terapia é aplicada em doses de ação longa (nas insulinas glargina e detemir), intermediária (na NPH), de ação rápida (insulina regular) e de atuação ultrarrápida nas insulinas (aspart e lispro) (ALMEIDA; FERRÃO; ZANGERONIMO, 2013).

5.3.4 Complicações do Diabetes Mellitus

As complicações do DM evidenciadas nesse estudo mostraram que 75 (93,75%) dos diabéticos não apresentaram nenhuma complicação; Retinopatia presente em 2 (2,5%), Pé - Diabético em 1 (1,25%), Nefropatia em 1 (1,25%) e Amputações de Membros ambos em 1 (1,25%) diabético e não houve casos de neuropatias.

Esses dados são semelhantes aos estudos de Silveira et al. (2017), que avaliaram as complicações crônicas do diabetes e as estratégias fomentadas para elevar a qualidade de vida na assistência. Os autores salientaram que, dentre as muitas gravidades apresentadas no DM, destacam-se as lesões microvasculares, principalmente retinopatias, nefropatias e neuropatias em 90% dos diabéticos, além disso, há os danos macrovasculares em cerca de 30% dos

portadores que aumentam os índices de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

O estudo sobre o conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência, realizado por Oliveira et al. (2014a), enfatiza que outras gravidades associadas ao DM estão relacionadas aos problemas circulatórios, renais e metabólicos como por exemplo, o pé- diabético, a hipoglicemia, a cetoacidose diabética.

5.4 ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS DIABÉTICOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO SF-36

De acordo com o questionário SF-36 (Short-Form Health Survey), a avaliação dos resultados foi realizada conforme uma atribuição em escores para cada questão, sendo que a escala zero demonstra um pior resultado de qualidade de vida e cem uma melhor qualidade de vida (AGUIAR et al., 2008).

Dessa forma, segundo as respostas das entrevistas não entrou em nenhum domínio os seguintes itens de resposta: muito melhor, um pouco melhor, quase a mesma, um pouco pior e muito pior. Cada domínio foi analisado separadamente, de acordo com os itens que os compõem exibindo ao final os valores médios em cada fator.

Conforme a Tabela 3, o domínio capacidade funcional foi composto por dez itens que avaliaram as capacidades e dificuldades de realização de atividades de vida diária em razão da saúde, onde se destacou a resposta: “não, não dificulta de modo algum”, demonstrando que os diabéticos controlam bem suas funções. Assim, o escore médio encontrado nesse estudo foi de 56,43 na capacidade para realizar tarefas funcionais.

Estes dados são semelhantes ao estudo realizado por Miranzi et al. (2008), realizado em usuários portadores de hipertensão arterial e de diabetes assistidos por uma ESF em uma cidade do interior de Minas Gerais. Os autores evidenciaram um escore médio de 53,33 nos diabéticos com qualidade nas capacidades relacionadas ao trabalho.

O estudo de Ramos e Ferreira (2011), executado em adultos com diabetes tipo 2, acompanhado no Programa HiperDia de uma Unidade Municipal de Saúde em Belém do Pará corrobora os achados desse estudo, apresentando índices equivalentes em uma média de 55,5 de capacidades funcionais em ambos os sexos.

Para Lima et al. (2018), a importância das capacidades funcionais para a qualidade de vida está na manutenção do autocuidado e da autonomia, mantendo-se ativo no meio

sociocultural, promovendo o bem-estar psicossocial e prevenindo os fatores de risco associados ao diabetes mellitus.

Consecutivamente, o domínio de limitação física é composto por quatro itens que estudam as funções no trabalho e na realização de atividades regulares. Dessa forma, houve uma concordância entre as capacidades de resposta entre “sim” e “não” nos entrevistados, sendo que a variação média encontrada nessa pesquisa foi de 59,68 de qualidade na limitação física. Identificados na Tabela 3.

Os dados supracitados são semelhantes ao estudo de Chibante et al. (2014), realizado em um grupo dos diabéticos do Hospital Universitário Antônio Pedro na Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF), no estado do Rio de Janeiro, onde os pesquisadores encontraram uma média de 48 nas limitações físicas.

Campos, Maciel e Neto (2012), sobre a atividade física e seus fatores associados realizado na população diabética da cidade Montes Claros no estado de Minas Gerais, corroboram também os achados desse estudo, uma qualidade de limitação física em 77,6% dos seus pacientes.

Vargas, Lara e Carpes (2014), ressaltam que a qualidade no fator de limitação física é importante no diabetes mellitus, principalmente, em decorrência da prevenção dos agravos ocasionados pela doença, pois pacientes com altos índices nesse fator são menos propensos às alterações cardiovasculares e neuropatias.

Com relação ao domínio dor, este é formado por onze itens que avaliam a quantidade de dor sentida nas últimas quatro semanas e suas interferências no trabalho. Desse modo, houve alternância nas respostas “moderada”, “leve” e “nenhuma”, com prevalência da dor moderada em 34 (42,5%) entrevistados. Assim, o escore médio identificado nesse estudo foi de 54 nos diabéticos com reduzidas concentrações de dor. Destacados na Tabela 3.

Esses achados estão em similaridade com a pesquisa de Cunha e Mayrink (2011), que avaliou a influência da dor em diabéticos em uma cidade do Maranhão, encontrando índices de classificação fracos em 30% dos entrevistados, 52% nem ruim nem boa, 12% boa. Esses resultados ocorrem em virtude da qualidade na adesão terapêutica e práticas saudáveis.

O estudo de Sousa et al. (2012), realizado em diabéticos em acompanhamento no Ambulatório de Endocrinologia da Universidade Federal de Sergipe, demonstrou consonância com os achados dessa pesquisa, onde os pacientes relataram qualidade na sensação de dor em 33,7% da sua amostra.

Pedrosa et al. (2011), reforça que a percepção da dor é subjetiva e única para cada indivíduo, sendo influenciada por aspectos sensoriais, cognitivos, afetivos, comportamentais e

sociais. Por essa razão, a duração e qualificação da dor são essenciais para identificarem as consequências na qualidade de vida.

No que se refere ao domínio estado geral de saúde, o mesmo é constituído por nove itens que classificam as condições saudáveis de saúde. Quando indagados sobre esse domínio, os diabéticos revelaram alternâncias entre os estados gerais de saúde “boa” e “ruim”, com predomínio do bom estado geral em 59 (73,75%) entrevistados. Dessa maneira, a média do escore estabelecida nesse estudo foi de 41,86 nos diabéticos com estado geral de saúde. Evidenciados na Tabela 3.

O estudo de Campos et al. (2013) avaliou o impacto das doenças crônicas para a qualidade de vida, executado na cidade de Montes Claros no estado de Minas Gerais respalda os achados desse estudo, demonstrando que dentre os diabéticos e hipertensos avaliados 67,6% apresentam um estado geral de saúde considerado bom.

Almeida et al. (2010), em sua pesquisa sobre a qualidade de vida em uma população que frequentava quatro grupos de convivência do Projeto Vida Ativa na cidade de Itabira, Minas Gerais, corroboram os resultados desse estudo, destacando que dentre 17% dos indivíduos diabéticos, 73,97% apresentavam ótimo estado geral de saúde.

Assim sendo, a qualidade do estado geral de saúde é fundamental para a análise e implementações de medidas terapêuticas, subjetivas e voltadas às necessidades de cada diabético. Essa variável é um sintetizante da inter-relação entre o declínio da capacidade funcional e das morbidades associadas à doença, por essa razão é importante analisá-la em pesquisas de saúde (VILELA et al., 2013).

No que corresponde ao domínio vitalidade, este é estruturado por quatro itens que investigam o vigor, a energia, o esgotamento e o cansaço dos entrevistados. Quando perguntados sobre esses itens, os entrevistados revelaram sentir vitalidade “em uma pequena parte do tempo” e “na maior parte do tempo”. Sob esses critérios, a média do escore detectada nesse estudo foi de 62,43 nos diabéticos com elevada sensação de vitalidade. Descrita na Tabela 3.

Esses achados são semelhantes ao estudo de Almeida et al. (2013), realizado com diabéticos acompanhados nos ambulatórios de Feridas do Hospital Geral Vila Nova Cachoeirinha e do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, no estado de São Paulo, onde os autores encontraram uma média de vitalidade de 80,57 nos usuários com qualidade nessa variável.

O estudo de Alves et al. (2013), executado com diabéticos assistidos no Ambulatório de Endocrinologia da Universidade Federal de Sergipe, também corrobora os resultados desse estudo, evidenciando uma média de 60 de vitalidade adequada de acordo com o questionário

aplicado SF-36. Assim, a vitalidade é um fator essencial para avaliar a qualidade da produtividade dos diabéticos quanto às atividades de vida e de trabalho.

No que concerne ao domínio dos aspectos sociais, é formado por dez itens que averiguam os problemas físicos ou emocionais que interferem nas atividades normais e sociais dos indivíduos nas últimas quatro semanas. Quando perguntados sobre como as adversidades os afetam socialmente, os diabéticos relataram o item “de forma nenhuma” como resposta predominante em 44 (55%) respostas. À vista dessa atribuição, encontrou-se nesse estudo uma média de 71,4 nos diabéticos com qualidade nas atividades normais e vida social. Salientados na Tabela 3.

A pesquisa de Silva et al. (2003), que avaliou a qualidade de vida em diabéticos com complicações crônicas da doença, destacou no domínio de aspectos sociais dados em consonância com os achados dessa pesquisa, exibindo uma média de 66,91% de pacientes com escalas positivas nesse fator.

Dias et al. (2016), em seu estudo sobre o impacto do diabetes mellitus para a qualidade de vida realizado nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Curitiba, no estado Paraná, também respalda dos resultados desse estudo, salientando uma média de 82,3% em diabéticos diagnosticados em até 10 anos, e 78,7% em doentes com DM diagnóstico maior que 10 anos.

Nesse sentido, a qualidade de interação social é um importante fator para a mudança de cenário em populações de risco. Na diabetes mellitus, esse domínio desenvolve as potencialidades e assimilações das informações, valores e crenças, permitindo que o doente compartilhe suas vivências e mantenha seu tratamento de forma adequada (MANTOVANI et al., 2013).

No que diz respeito ao domínio dos aspectos emocionais, o mesmo é elaborado por três itens que investigam as dificuldades relacionadas ao trabalho e atividades de vida diária em virtude de distúrbios emocionais. Quando indagados sobre esse aspecto, os diabéticos relataram predomínio da resposta “De forma nenhuma” em 44 (85%) entrevistados. Desse modo, obteve-se nessa pesquisa uma média de 69,15 de diabéticos com qualidade no controle emocional. Constatados na Tabela 3.

Ramos e Ferreira (2011), em seu estudo sobre os fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2, destaca dados semelhantes aos identificados nesse estudo, apontando uma média de domínio dos aspectos emocionais de 46% no sexo feminino e 48,11% no sexo masculino.

O estudo de Marcelino e Carvalho (2005), sobre as reflexões o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional, demonstra que esse domínio é importante para o controle da doença em 80% dos pacientes, pois o DM atinge diretamente o afeto do sujeito determinando sua aceitação e a organização quanto aos processos de tratamento.

Quanto ao domínio saúde mental este é desenvolvido por cinco itens que investigam as sensações de nervosismo, depressão, calma, tranquilidade, desânimo e felicidade. Quando perguntados sobre essa questão, houve alternância entre as respostas “uma pequena parte do tempo” e “nunca”. Assim sendo, destacou-se nessa pesquisa uma média de 72,55 de diabéticos com relatos de qualidade na saúde mental. Verificados na Tabela 3.

O estudo de Leite et al. (2015), realizado com diabéticos acompanhados em onze Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana do município de Cajazeiras, estado da Paraíba, reforça os achados desse estudo. Os autores afirmam que 60,3% dos diabéticos afirmam que a doença não é um problema no aspecto físico e mental e 76,5% aceita o DM e convive bem com as demandas referentes ao autocuidado.

Maccarone, Lima e Ferreira (2017), em seu estudo sobre a qualidade de vida nos diabéticos com alterações metabólicas no estado de Minas Gerais, também corroboram os achados acima, constatando 72,75% de sua amostra com qualidade no domínio de saúde mental. Logo, a saúde mental associada com os demais aspectos a serem abarcados quando se fala sobre a qualidade de vida, são importantes para estabelecer padrões de saúde e criar medidas efetivas de prevenção, promoção e recuperação da saúde no DM e em seus agravos.

Tabela 3 – Análise da qualidade de vida dos diabéticos através do questionário SF – 36.

DOMÍNIOS	MÉDIA
Capacidade Funcional	56,43
Limitação por Aspectos Físicos	59,68
Dor	54
Estado Geral de Saúde	41,86
Vitalidade	62,43
Aspectos Sociais	71,4
Aspectos Emocionais	69,15
Saúde Mental	72,55

Fonte: Dados da Pesquisa, Orós-CE, 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendeu-se a qualidade de vida como a percepção do estado de bem-estar biopsicossocial que envolve os contextos culturais, sociais, padrões e expectativas subjetivas do sujeito. Dessa forma, salienta-se a importância da manutenção terapêutica para conviver melhor com as limitações do DM, através da inserção de ações de educação em saúde voltadas para que os portadores compreendam sua condição de saúde e possam, a partir daí, efetivar o autocuidado e autonomia.

Através da análise do perfil sociodemográfico, observou-se uma maior prevalência do sexo feminino, idades acima de 50 anos, escolaridade fundamental incompleta e renda média de 2 salários mínimos, tais caracterizações condizem com o atual retrato sociodemográfico da população brasileira.

O perfil clínico dos participantes obteve a predominância do Diabetes Mellitus tipo 2, com o qual se utiliza predominantemente as medicações orais, destacando-se: os hipoglicemiantes orais, anti-hiperglicemiantes e sensibilizadores da ação de insulina, com ênfase na classe das Biguanidas através do uso elevado da Metformina no tratamento medicamentoso.

Verificou-se nesse estudo que o questionário de qualidade de vida SF – 36 se mostrou um importante instrumento de mensuração dos prejuízos na qualidade de vida nos portadores de DM, contudo, apresenta limitações pois não estabelece escalas padronizadas. Logo, demonstrou-se nesse estudo que indivíduos podem ter uma vida boa e ativa, uma vez que promovam hábitos de controle através do tratamento medicamentoso eficaz e a introdução de uma alimentação balanceada associada à prática de atividades físicas, visto que esses determinantes são essenciais para a redução dos agravos associados à doença.

Portanto, os índices apresentados destacam a elevada qualidade de vida presente na população diabética do território investigado, apontando para a superação de paradigmas relacionados à doença que antes eram desconsiderados. Assim, conclui-se com esse estudo que o Diabetes Mellitus é uma doença presente em grande parte da população brasileira e mundial. Por essa razão avaliar sua qualidade de vida é primordial para identificar os riscos e problemas, reduzindo assim as influências negativas no tratamento para promover estratégias de monitoramento e intervenção multiprofissionais voltadas a essa população.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. C. T.; VIEIRA, A.P.G.F.; CARVALHO, A.F.C.; MONTENEGRO JÚNIOR, R.M. Instrumentos de Avaliação de Qualidade de vida Relacionada à Saúde no Diabetes Mellito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.
- ALMEIDA, M. O.; FERRÃO, A.L.M.; ZANGERONIMO, M.G. Aspectos farmacológicos da insulino terapia no Diabetes Mellitus Tipo 1. **Revista Interdisciplinar de Ciências da Saúde**, v.2, n.2, 2013.
- ALMEIDA, E. A.; MADEIRA G.D.; ARANTES, P.M.M.; ALENCAR, M.A. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 435-443, 2010.
- ALMEIDA, S. A.; SILVEIRA, M. M.; SANTO, P. F. E.; PEREIRA, R. C.; SALOMÉ, G. M. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev Bras Cir Plást**, n. 28, v.1, p.142-146, 2013.
- ARAÚJO, A. F.; SOUZA, M. E.; MENEZES, C. A. Qualidade de vida e aspectos socioeconômicos em diabéticos tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 7, p. 1124-1130, 2008.
- ASHFORD, R. L.; MCGEE, P.; KINMOND, K. Perception of quality of life by patients with diabetic foot ulcers. **The Diabetic Foot**, v 3, n. 4, p. 150-155, 2000.
- ALVES, T. O. S.; SOUZA, S.S.; SOUZA, E.C.S.; GOIS, C.F.L.; GUIMARÃES, A.M.D.N.; MATTOS, M.C.T. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 136-148, 2013.
- BEAGLEY, J.; GUARIGUATA, L.; WEIL, C.; MOTALA, A. A. Global Estimates of Undiagnosed Diabetes in Adults. **Diabetes Res Clin Pract**, n. 103, v. 2, p. 150-60, 2014.
- BOAS, L. C. G.V.; FOSS, M. C. F; PACE, A. E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 268-273, Abr. 2014 .
- BRASIL. Diabetes mellitus, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013 (a). 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária nº 29 – **Rastreamento**. Brasília, 2010.
- _____. **Resolução CNS N 466, de 12 de dezembro de 2012**, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. **Publicada no DOU**, n. 12, v.1, p.59, quinta-feira, 13 de junho de 2013 (b).

BRUINSMA, F. et al. KAL, J. B.; BASSO, S.; GELATTI, G.T.; PLETSCH, M.U.; FRANZ, L. B. B.; BERLEZI, E.M. Valores de glicemia em mulheres pós-menopausa segundo a reposição hormonal. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 525-532, 2013.

CAMPOS, M.; MACIEL, M.; NETO, J. R. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 6, p. 562-572, 2012.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J.F.; SILVEIRA, M.F.; NEVES, D.M.R.; VILHENA, J.M.; OLIVEIRA, J.F.; MAGALHÃES, J.C.; DRUMOND, D. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 873-882, 2013.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Doenças crônicas não transmissíveis**. 20 de novembro de 2017. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download=1506%3Ainforme-epidemiologico-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 20 de Abr. de 2018.

CHIBANTE, C. L. P.; SABÓIA, V.M.; TEIXEIRA, E.R.; SILVA, J. L. L. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, 2014.

CORDEIRO, D. P.; BRAGA, P. C. A. Estudo comparativo entre os Fármacos de primeira escolha no tratamento do diabetes mellitus em hospitais de referência do Município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 10, n. 1, p. 12-16, 2015.

CORRÊA, K.; GOUVÊA, G.R.; SILVA, M. A. V.; POSSOBON, R.F.; BARBOSA, L.F.L.N.; PEREIRA, A.C.; MIRANDA, L.G.; CORTELLAZZI, K.L. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 921-930, 2017.

CORTEZ, D. N.; REIS, I. A.; SOUZA, D. A. S.; MACEDO, M. M. L.; TORRES, H. C. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015.

COSTA, A. F.; FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R.; OLIVEIRA, A. F. D.; SANTOS, M. D. F. D.; SILVA, R. S.; LOBATO, L. C. D. P.; SCHRAMM, J. M. D. A. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-14, 2017.

CUNHA, L. L.; MAYRINK, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 120-4, 2011.

DAMIANI, D. Critérios diagnósticos no diabetes mellitus. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 305-306, 2000.

DIAS, N.; MOREIRA, P.B.; HALUCH, R. F.; RAVAZZANI, A.C.; KUSMA, S.Z. O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. **Revista Médica da UFRJ**, v.3, n.1, p.5-12, 2016.

FARIA, H. T. G.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta paul. enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013.

FARIA, H. T. G.; VEGAS, V. S.; FRANCA, A. T. F. X.; TEIXEIRA, C. R. S. ZANETTI, M. L.; SANTOS, M.A. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 348-354, 2013.

FARIA, H. T. G.; SANTOS, M. A. D.; ARRELIAS, C. C.A.; RODRIGUÊS, F. F. L.; GONELA, J. T.; TEIXEIRA, C. R. D. S.; ZANETTI, M. L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FARIAS, M. S.; MONTE AGRA, C. C.; ARAUJO, L. K.; CORREIA, D. S.; CAVALCANTE, J. C. Treatment adherence and life quality of diabetic patients assisted FLECK, M. P. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 5, v. 1, p. 33-38, 2000.

FERREIRA, L. T.; SAVIOLLI, I. H.; VALENTI, V. E.; ABREU, L. C. Diabetes Melitus: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 182-188, 2011.

FLECK, M. P. D. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 16-29, 2017.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M.R.; OLIVEIRA, A. F.; SCHRAMM, J.M.A. Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao excesso de peso, obesidade e excesso de peso. **Revista de saúde pública**, v. 49, p. 29 de 2015.

FRANCO JUNIOR, A. J. D. A.; HELENO, M. G. V.; LOPES, A. P. Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 102-108, 2013.

FROTA, S. S; GUEDES, M. V. C; LOPES, L. V. Fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes diabéticos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 5, 2015.

GAERTNER, F.; SCHNEIDER, A.; SPANEVELLO, S.; COLET, C. Procedimentos relacionados ao uso de insulina por portadores de diabetes mellitus tipo I e tipo II. **Revista Contexto & Saúde**, v. 14, n. 27, p. 44-53, 2015.

GAMBA, M. A.; GOTLIEB, S. L. D.; BERGAMASCHI, D. P.; VIANNA, L. A. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 399-404, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo. Atlas, 2010.

GOIS, C. O.; LIMA, S.V.M.A.; SANTOS, A.C.F.S.; MELO, H.N. Perfil dos portadores de diabetes mellitus atendidos em farmácias particulares de Sergipe, Brasil. **Revista Scientia Plena**, v. 13, n. 11, 2017.

GREGHI, E. F. M.; PASCON, D. M. Conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 inseridos no Programa de Saúde ao Adulto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 4, p. 204-209, 2016.

GROSS, J. L.; SILVEIRO, P. S.; CAMARGO, L. J.; REICHEL, J. A.; AZEVEDO, J. M. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, 2002.

GUARIGUATA, L.; WHITING, D. R.; HAMBLETON, I.; BEAGLEY, J.; LINNENKAMP, U.; SHAW, J. E. Global Estimates of Diabetes Prevalence for 2013 and Projections for 2035. **Diabetes Res Clin Pract**, n.103, v. 2, p. 137-49, 2014. in the primary care division. **Rev Soc Bras Clin Med**, n.12, v. 2, 2014.

IQUIZE, R.C.C.; ESTRELA, F.C.; TERRA, T.; CARVALHO, K.A.; OLIVEIRA, M.A.; BARROS, J.F.; SILVA, A.R. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, n.39, v.2, p. 196-204, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/oros/panorama>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Perfil básico municipal Orós, 2015. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/prefilbasicomunicipal/2015/Oros.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

ISER, B. P. M.; STOPA, S.R.; CHUEIRI, P. S.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, H. O. C.; DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 305-314, 2015.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100018>>. Acesso em 12 de abril de 2018.

KIRCHNER, L. F.; MARINHO, C. M. L. Avaliação da adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 1: revisão de literatura. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 5, n. 1, p. 45-63, 2014.

LEITE, E. S.; LUBENOW, J.A.M.; MOREIRA, M.R.C.; MARTINS, M.M.; COSTA, I.P.; SILVA, A.O. Avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 822-829, 2015.

LIMA, L. R.; FUNGHETTO, S.S.; VOLPE, C.R.G.; SANTOS, W.S.; FUNEZ, M.I.; STIVAL, M.M. Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [online], v. 21, n. 2, p. 180-190, 2018.

LYRA, R.; SILVA, R.S.; MONTENEGRO JÚNIOR, R.M.; MATOS, M.V.C.; CÉZAR, N. J. B.; SILVA, L.M. Prevalência de Diabetes Mellitus e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabolismo**, v. 54, n. 6, p. 560-6, 2010.

MACCARONE, S. D.; LIMA, D. B.; FERREIRA, E. B. Rastreamento da síndrome metabólica e qualidade de vida dos diabéticos adscritos a uma unidade de Estratégia de Saúde da Família em um município do sul de Minas Gerais. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 15, n. 51, p. 98-105, 2017.

MANCINI, M. C.; MEDEIROS, M. M. A. Diabetes Mellitus: Como diagnosticar e tratar. **Rev Bras Med.**, n. 60, p. 41-54, 2003.

MANTOVANI, A. M.; FREGONESI, C.E.P.T.; MANTOVANI, A.M.; SAVIAN, N.U.; PAGOTTO, P. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2427-2435, 2013.

MARASCHIN, J. D. F.; MURUSSI, N.; WITTER, V.; SILVEIRO, S. P. Classificação do Diabete Mellito. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 2, p. 40-46, 2010.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. Ed. São Paulo. Atlas, 2011.

MARTINS, R. X. **Metodologia de Pesquisa: guia de estudos**. – Lavras: UFLA, 2013. 64 p.: il. Uma publicação do CEAD-Centro de Educação a Distância da Universidade Federal de Lavras. Bibliografia.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

MIRANZI, S. D. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. D. A.; MIRANZI, A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

MORESCHI, C.; REMPEL, C.; CARRENO, I.; SILVA, D.S.; FERNÁNDEZ, C.N.; POMBO, A.; CANO, M. R. L. Prevalência e perfil das pessoas com diabetes cadastradas no sistema de informação da atenção básica (SIAB). **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 184-190, 2015.

OLIVEIRA, D. M.; SCHOELLER, S.D.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; VARGAS, M.A.O.; GIRONDI, J.B.R. Conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência. **Acta Paul Enfermagem**, v. 27, n. 6, p. 520-5, 2014 (a).

OLIVEIRA, J. E. P.; JUNIOR, R. M.; VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: **Editora Clannad**, 2017.

OLIVEIRA, M. S.; AMORIM, M.E.S.; OTTON, R.; NOGUEIRA, M.F. Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 6, p. 1692-1701, 2014 (b).

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Programmes and projects. Obesity and overweight. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**, 2012.

OROZCO, L. B.; ALVES, S. H. D. S. Diferenças do autocuidado entre pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e 2. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 234-247, 2017.

PARANHOS, L. R. L. **Metodologia da pesquisa aplicada à tecnologia**. São Paulo: SENAI - SP editora, 2014.

PEDROSA, D. F. A.; PELEGRIN, A. K. A. P.; SIQUEIRA, H.B.O.M.; SILVA, T. C. R.; COLHADO, O.C.G.; SOUSA, A.E.F. Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 67-72, 2011.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. D. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PETERMANN, X. B. MACHADO, I. S.; PIMENTEL, B. N.; MIOLO, S. B.; MARTINS, L. R.; FEDOSSE, E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 49-56, 2015.

RAMALHO, A. C.; SOARES, S. O papel do exercício no tratamento do diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 260-267, 2008.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 3, p. 867-877, 2011.

RAMOS, R. S. P.; MARQUES, A.P.O.; RAMOS, V.P.; BORBA, A. K.O.T.; AGUIAR, M.A.A.; LEAL, M.C.C. Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, 2017.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H.; NOZAWA, M. R. O controle do Diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. **Ciênc Cuid Saúde**, n. 5, v. 1, p. 41-9, 2006.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2017.

SANTOS, S.; BEÇA, H.; MOTA, C. L. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 3, p. 186-196, 2015.

SANTOS, F. A. D. L.; LIMA, W. P. D.; SANTOS, A. D. L.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 655-663, 2014.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L. D.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. D. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 74-82, 2009.

SILVA, C. A. A educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. **RBSP**, n. 19, v.4, p. 195-6, 2006 (citado 2012 Jun 21).

SILVA, I.; RIBEIRO, J. L. P.; CARDOSO, H.; RAMOS, H. Qualidade de vida e complicações crônica da diabetes. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 21, n. 2, p. 185-194, 2003.

SILVA, A. B.; ENGROFF, P.; SGNAOLIN, V.; SCHEER, E. L.; GOMES, I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 308-316, 2016.

SILVEIRA, A.O.; Silva P. A. R.; FERNANDES, E.G.V.; GOMIDES, M.D.A.; ALVES, M.M.; SADOYAMA, G. Complicações crônicas em diabetes, estratégias e qualidade dos serviços. **Blucher Education Proceedings**, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2017.

SMANIOTTO, M.; MICK, L.; TESTON, L.; SBEGHEN, M.R. Aspectos epidemiológicos de pacientes com diabetes mellitus em uma unidade básica de saúde na cidade de Chapecó-SC. **Revista Biosaúde**, v. 17, n. 1, p. 13-20, 2015.

SOUZA, C. F. D.; GROSS, J. L.; GERCHMAN, F. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 275-284, 2012.

SOUZA, E. C. S.; SOUZA, S.A.; ALVES, T.O.S.; GOIS, C.F.L.; GUIMARÃES, A.M.D.N.; MATTOS, M.C.T. Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes utilizando a medida específica B-PAID. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 514-509, 2012.

TALLEY, N. J.; YOUNG, L.; BYTZER, P.; HAMMER, J.; LEEMON, M.; JONES, M.; HOROWITZ, M. Impact of gastrointestinal symptoms in diabetes mellitus on health-related quality of life. **American Journal of Gastroenterology**, n. 96, v.1, p. 71-76, 2001.

VARGAS, L. S.; LARA, M. V. S.; CARPES, P. B. M. Influência da diabetes e a prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade

em grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 867-878, 2014.

VIANA, M. V.; MORAES, R. B.; FABBRIN, A. R.; SANTOS, M. F.; GERCHMAN, F. Avaliação e tratamento da hiperglicemia em pacientes graves. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 71-76, 2014.

VILELA, D. S.; BUSANELLO, K.L.S.; OLIVEIRA, S.D.; FRÉZ, C.R. Correlação entre o estado geral de saúde e a capacidade funcional de idosos ativos. **Scientia e Saúde**, v. 12, n. 3, 2013.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. O Inquérito Breve de Saúde MOS-Item 36 (SF-36) (I. Estrutura conceitual e seleção de itens). **Med Care**, n. 30, p. 473-483, 1992.

WARE, J. E.; SNOW, K. K.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. SF-36 Health Survey Manual e Guia de Interpretação. **New England Medical Center**, o Instituto de saúde, Boston, MA, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on diabetes. Geneva; 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2018.

YAMADA, T.T.; LAVRAS, C.; DEMUNER, M.S. **Manual de Orientação Clínica do Diabetes Mellitus**. In: SES/SP, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2011, 46.p. Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3735>>. Acesso em: 29 out. 2018.

ZANDONÁ, T.; OLIVEIRA, T. B. Perfil dos pacientes diabéticos tipo 2 que utilizam antidiabéticos orais. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 4, p. 476-480, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE – A



FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Prezado Sr (a).

RAIMUNDO TAVARES DE LUNA NETO, CPF: 856.440.723 – 04, RG 98029021678, docente da Faculdade Vale do Salgado – FVS, está realizando a pesquisa intitulada “**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS**”, que tem como Objetivo Geral: Analisar a qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) de uma UBS no município de Orós-Ce. Objetivos Específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa; Conhecer o perfil clínico dos pacientes com DM e Verificar a qualidade de vida dos pacientes com DM utilizando questionário SF – 36.

Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes critérios: pedido de autorização para a realização do estudo, Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o Termo de Consentimento pós-esclarecido. Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista estruturada, contendo roteiro que seguirá os direcionamentos dos objetivos do estudo, constituído de dados sociodemográficos e clínico dos participantes, bem como a aplicação do questionário de qualidade de vida SF – 36.

Toda e qualquer pesquisa que envolve a participação de seres humanos, pode proporcionar algum tipo de risco. Logo, o tipo de procedimento apresenta um risco considerado baixo, pois o paciente pode se sentir constrangido (a) em relação ao estigma resultante da invasão da sua privacidade e também em virtude da não compreensão das perguntas contidas no questionário. Este risco será reduzido mediante a garantia de sigilo de todos os documentos e dados, inclusive de informações pessoais e íntimas preservando assim, a sua identidade. Tendo em vista minimizar os riscos, o pesquisador realizará esclarecimentos sobre a pesquisa, garantindo a segurança dos dados coletados, em ambiente silencioso e confortável, mantendo as informações expressas em sigilo e proporcionar uma maior privacidade no momento da coleta de dados.

Contudo, vale enfatizar que os benefícios oferecidos pela pesquisa superam os riscos, pois a mesma busca contribuir para uma análise prática sobre a interferência na qualidade de vida dos pacientes diabéticos. Destaca-se ainda que a identificação da qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus poderá gerar respostas mais ágeis por parte dos profissionais de saúde da UBS na qual esses participantes estão vinculados, gerando assim uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos. Assim também trazendo uma construção de conhecimento

sobre as dúvidas sobre sua condição de saúde para os participantes da referida pesquisa. Ofertando a comunidade acadêmica e demais segmentos sociais enriquecimento sobre a temática da influência da DM na qualidade de vida dos indivíduos, denotando múltiplos dados quantitativos da saúde dos portadores em um determinado cenário de saúde, impactando assim, os gestores e o sistema de saúde no fomento e implementações de intervenções mais resolutivas para esses diabéticos.

Toda informação que o (a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas e os dados pessoais serão confidenciais e seu nome não aparecerá no questionário e inclusive quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou métodos utilizados na mesma, pode procurar RAIMUNDO TAVARES DE LUNA NETO e/ou THIAGO MOREIRA DA SILVA, na Rua Monsenhor Frota, 609, Centro, ICÓ-CE, CEP 63.430-000 em horário comercial, no telefone (88) 3561-2760.

Se desejar obter informações sobre seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa CEP da Universidade Leão Sampaio localizado na Avenida Maria Letícia Leite Pereira, no bairro Lagoa Seca do município de Juazeiro do Norte no Ceará, CEP 63040 - 405, e atende no telefone (88) 2101-1033.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Icó, _____ de _____ de _____.

Raimundo Tavares de Luna Neto
Pesquisador Responsável

Thiago Moreira da Silva
Pesquisador Assistente

APÊNDICE - B



FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

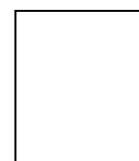
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS**”.

Assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

Icó - Ceará, _____ de _____ de _____

Crescendo com Você!

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE - C



FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

PERFÍL SOCIODEMOGRÁFICO

SEXO: () F () M

IDADE: _____ anos

ESCOLARIDADE: () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental
() Nível Médio Incompleto () Nível Médio Completo () Nível Superior

RENDA: _____.

PERFÍL CLÍNICO

1 - Tipo de diabetes: Tipo I () Tipo II ()

2 – Faz uso de medicamentos? () Sim () Não

Se sim, quais: _____.

2 – Faz uso de insulina? () Sim () Não

Se sim, tipo: _____.

3 - Complicações decorrentes da Diabetes Mellitus:

() Pé – Diabético () Neuropatias () Nefropatias () Amputações de Membros

() Retinopatia () Nenhuma

ANEXOS

ANEXO - A



FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário de Qualidade de Vida -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	Algu ma parte do tempo	Uma pequ ena parte do temp o	Nu nca
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 pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
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 tranquilo?	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	1	2	3	4	5	6

uma pessoa feliz?						
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 - B



FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CÁLCULO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF - 36

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

07	<p>Se a resposta for</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>	<p>Pontuação</p> <p>6,0</p> <p>5,4</p> <p>4,2</p> <p>3,1</p> <p>2,0</p> <p>1,0</p>
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p>	

	<p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>
--	---

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10

Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- **Capacidade funcional: (ver tabela)**

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100
Varição (Score Range)

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

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- **Dor (ver tabela)**
- **Verificar a pontuação obtida na: 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4**

- **Aplicar fórmula:**

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100
Varição (Score Range)

Dor: $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO – C



PREFEITURA MUNICIPAL DE ORÓS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço: Praça Anastácio Maia, 50
 Telefone: 88 3584 - 1239
 CNPJ: 11782445/0001 - 17

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, ZULIA MARIA MACIEL DE MELO PEIXOTO,
 RG: 2007882176-7, CPF: 218.551.453-91, Secretária Municipal de Saúde
 de Orós, declaro ter lido o projeto intitulado “**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
 COM DIABETES MELLITUS**” de responsabilidade do pesquisador RAIMUNDO
 TAVARES DE LUNA NETO, CPF: 856.440.723 – 04, RG 98029021678, que uma vez
 apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Centro Universitário Dr.
 Leão Sampaio, autorizaremos a realização deste projeto na Secretaria Municipal de Saúde de
 Orós, CNPJ: 11.782.445/0001 – 17, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções
 Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta
 instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do
 presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar
 dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-instrutora necessária para a
 garantia de tal segurança e bem estar.

Orós - Ceará, 28 de JUNHO de 2018.

Secretária Municipal de Saúde
 GOVERNO MUNICIPAL DE ORÓS
 ZULIA MARIA MACIEL DE MELO PEIXOTO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 PORTARIA Nº 164/2017

ANEXO – D

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

Pesquisador: Raimundo Tavares de Luna Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93714218.2.0000.5048

Instituição Proponente: TCC EDUCACAO, CIENCIA E CULTURA LTDA - EPP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.781.630

Apresentação do Projeto:

Qualidade de vida de pacientes com Diabetes Mellitus

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) de uma UBS no município de Orós-CE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O tipo de procedimento apresenta um risco considerado baixo, pois o paciente pode se sentir constrangido (a) em relação ao estigma resultante da invasão da sua privacidade e também em virtude da não compreensão das perguntas contidas no questionário. Este risco será reduzido mediante a garantia de sigilo de todos os documentos e dados, inclusive de informações pessoais e íntimas preservando assim, a sua identidade. Tendo em vista minimizar os riscos, o pesquisador realizará esclarecimentos sobre a pesquisa, garantindo a segurança dos dados coletados, um

ambiente silencioso e confortável, mantendo as informações expressas em sigilo e proporcionar uma maior privacidade no momento da coleta de dados. em casos extremos de estresse e outros aspectos emocionais, estes participantes serão imediatamente encaminhados e direcionados para o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Clínica escola da Faculdade Vale do Salgado.

Os benefícios oferecidos buscam contribuir para uma análise prática sobre a interferência na qualidade de vida dos pacientes diabéticos, gerando respostas mais ágeis por parte dos profissionais de saúde, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 2.781.630

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Possui mérito em sua temática pois visa avaliar a interferência do Diabetes, patologia clínica frequente na sociedade, na qualidade de vida de seu portador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem considerações

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1173329.pdf	04/07/2018 18:57:04		Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	04/07/2018 18:56:37	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/07/2018 00:50:03	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	04/07/2018 00:49:50	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	03/07/2018 22:55:53	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Outros	Instrumento.docx	03/07/2018 22:51:24	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	03/07/2018 22:49:39	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 2.781.630

JUAZEIRO DO NORTE, 23 de Julho de 2018

Assinado por:
MARCIA DE SOUSA FIGUEREDO TEOTONIO
(Coordenador)

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br