



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO E DOUTORADO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS*:
AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Claudete Moreschi

Lajeado, agosto de 2016

Claudete Moreschi

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS*:
AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento, do Centro Universitário UNIVATES, como parte da exigência para obtenção do grau de Doutor em Ambiente e Desenvolvimento, área de concentração Espaço e Problemas Socioambientais.

Orientador: Profa. Dra. Claudete Rempel
Coorientadora: Profa. Dra. Ioná Carreno

Lajeado, agosto de 2016

Claudete Moreschi

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS*:
AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA**

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Claudete Rempel - Orientadora
Univates, Brasil

Dra. Ioná Carreno - Coorientadora
Univates, Brasil

Dra. Dirce Stein Backes - Examinadora
Unifra, Brasil

Dra. Carmen Neri Fernández Pombo - Examinadora
Universidad de Vigo, Espanha

Dr. Glademir Schwingel - Examinador
Univates, Brasil

Lajeado, agosto de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese,

Ao meu filho Pedro, pelo amor incondicional;
Ao meu esposo, Roque Antônio, pelo grande amor e colaboração incansável;
Aos meus pais, Alcides e Catarina pelos ensinamentos;
À Dra. Claudete Rempel, pela orientação, carinho e compreensão constante;
À Dra. Dirce Backes, pelo incentivo, motivação, carinho e apoio contínuo;
À amiga Daiana, pelo incansável apoio e troca de experiência.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela minha vida, por me guiar e me dar forças ao longo desta trajetória, pela oportunidade na realização deste curso, que era um sonho e, hoje, uma realidade.

À minha orientadora, Profa. Dra. **Claudete Rempel**, pela dedicação, comprometimento e condução aos melhores caminhos na construção deste trabalho. Agradeço a Deus por ter colocado essa pessoa especial no meu caminho. Obrigada pela confiança que depositou em mim, pelo carinho, pelo amor, pela dedicação e pela preocupação que sempre teve comigo. De coração, muito obrigada!

À minha coorientadora, Dra. **Ioná Carreno**, pela atenção, disponibilidade e contribuições na construção deste trabalho. Muito obrigada!

À professora Dra. **Dirce Stein Backes**, pelos ensinamentos, contribuições, orações, paciência, pela oportunidade proporcionada de inserção na pesquisa desde o período da graduação, e por ter me impulsionado para o caminho do mestrado e doutorado. Meu eterno reconhecimento!

Aos meus pais **Alcides e Catarina**, pelo amor, incentivo, orações e por se fazerem presentes em todos os momentos, apesar da distância. Amo muito vocês!

A todos meus **familiares**, em especial aos meus irmãos, pela escuta, paciência, incentivo e carinho em todos os momentos.

À **Secretaria Municipal de Saúde** do município de Lajeado/RS, pela autorização do presente estudo.

A todas os **profissionais das ESF** que participaram do estudo, pelo acolhimento, atenção, paciência e disponibilidade de atenção dispensada ao estudo.

A todas as **pessoas com DM** que participaram do estudo, pela aceitação, disponibilidade, colaboração e compartilhamento de seus conhecimentos.

Aos **membros da banca** de qualificação e de defesa do doutorado, pelo aceite, disponibilidade de tempo e contribuições no aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos **professores** do PPGAD-UNIVATES e aos **colegas** do doutorado, pela agradável convivência e troca de saberes.

Ao Centro Universitário **UNIVATES**, instituição de ensino que me propiciou a oportunidade de realizar o curso de doutorado e pela concessão da bolsa de doutorado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - **FAPERGS**. Agradeço imensamente à UNIVATES e à FAPERGS.

Às **pesquisas** “Qualidade de vida e sustentabilidade” e “Análise da situação de saúde da população cadastrada no Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) do município de Lajeado/RS – Brasil”, pelas trocas de experiência e pelo conhecimento construído em grupo.

Ao **Curso de Enfermagem da UNIVATES**, pela acolhida e agradável convivência durante o curso de doutorado.

Ao estudante de enfermagem, **Luís Felipe**, pelas contribuições no decorrer da construção do estudo.

Às bolsistas de Iniciação Científica, **Bruna e Deise**, meus presentes de doutorado que guardarei para sempre comigo.

À profissional **Aline Diesel** pela competência e carinho durante o trabalho de correção de português da tese.

Ao Administrador **Matheus** ao e Biomédico **Jader**, pela atenção e contribuições. Suas dicas foram muito importantes.

À enfermeira **Daiana**, minha amigona, pelo carinho, parceria e amizade, pelas dicas essenciais e compartilhamento constante de experiências durante todas as etapas dessa caminhada.

Aos meus **familiares** de Venâncio Aires e Lajeado, em especial a minha sogra **Honória Carlesso Marquette**, pelo prazeroso convívio e acolhimento durante o curso do doutorado, meu especial reconhecimento.

Um agradecimento especial ao **meu filho** PEDRO, presente de Deus que recebi durante a trajetória do doutorado. Filho, você veio para encher meu coração de amor, alegria e felicidade. Proporcionou-me a oportunidade de conhecer o amor incondicional. Meu filho amado, você é a maior benção que já recebi em minha vida. Eu te amo muito e para sempre!

Ainda, em especial, agradeço ao **meu esposo** ROQUE, pelo carinho, amor, atenção e compreensão incondicional demonstrados durante toda esta trajetória. Por acreditar no meu potencial e por apoiar-me incansavelmente. Acompanhou-me em todas as etapas do doutorado, em todas as viagens desafiadoras que fazíamos semanalmente a Lajeado. E quando chegou nosso filho, as viagens tornaram-se mais desafiadoras e, ao mesmo tempo, mais leves e iluminadas, pois tínhamos sempre, ao nosso lado, o fruto do nosso amor, que alegre e feliz, também nos acompanhava em todas as viagens. O que dizer neste momento... o término desta etapa aconteceu graças à vocês.

ROQUE e PEDRO, a vocês, meu agradecimento e meu amor!!!

Por fim, a todas as pessoas que não foram citadas, mas que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a construção e êxito deste trabalho, meu **Muito Obrigada!!**

RESUMO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença que apresenta alta prevalência e está relacionada às elevadas taxas de morbimortalidade, podendo provocar impacto na qualidade de vida (QV) das pessoas. O presente estudo objetivou avaliar a QV de pessoas com DM e verificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das Estratégias Saúde da Família (ESF), que buscam promover a QV dessas pessoas. Caracteriza-se como um estudo exploratório-descritivo, com abordagem de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos. Foram utilizadas pesquisas de campo e base de coleta de dados transversal. Os sujeitos investigados foram as pessoas com DM cadastradas e atendidas em todas as ESF de Lajeado/RS, bem como os profissionais de saúde que trabalham com essa população. A coleta de dados foi realizada de abril a outubro de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas e aplicação de questionários. As entrevistas foram analisadas por categorização. Os questionários foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Constatou-se que a maioria das pessoas com diabetes autoavalia sua QV como boa ou muito boa e quanto à sua saúde, a maioria se autoavalia como satisfeita ou muito satisfeita. A média geral de QV é boa, incluindo todos os domínios (físico, psicológico, relação social e meio ambiente). Os resultados evidenciam, ainda, que ter QV para uma pessoa com DM é ter saúde - controlar a doença, estar bem consigo mesma e sentir-se bem em seu meio de convivência de acordo com as limitações decorrentes do DM. Constataram-se diversas atividades interativas desenvolvidas pelas ESF que promovem educação em diabetes e que podem melhorar a QV das pessoas com a doença. As estratégias evidenciadas foram: grupo *amigos da balança*, grupo de caminhadas, grupo de educação física, consulta nutricional, consulta de enfermagem, consulta médica, distribuição de medicamentos, visita domiciliar, bom atendimento, grupo de diabéticos e hipertensos e grupo de educação em saúde. A educação em DM também é promovida em espaços externos aos das ESF (grupo de mulheres, grupo de terceira idade e escolas). As ESF estão promovendo ações educativas em DM, porém, ao verificar a prevalência de participação nos grupos de educação em diabetes, esta demonstra pouca participação das pessoas com DM nas atividades por meio de grupos de educação em DM. Ao comparar a média de QV das pessoas que participam e não participam dos grupos de educação DM, verificou-se que não houve diferença significativa. Ao considerar que o DM é uma doença crônica, ressalta-se a importância das ESF estabelecerem entre seus objetivos, a promoção de ações que visem melhorar a satisfação das pessoas acometidas pela doença, contemplando o sucesso do tratamento aliado ao seu bem-estar geral.

Palavras-chave: Diabetes Melito; Hiperglicemia; Atenção Básica à Saúde; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Diabetes *Mellitus* is a highly prevalent disease that is related to high morbi-mortality rates and may impact people's quality of life. The purpose of this study is to assess the quality of life of persons suffering from Diabetes *Mellitus* and to verify the actions developed by health professionals from the Family Health Strategies seeking to promote those persons' quality of life. The study is characterized as exploratory-descriptive with triangulation of quantitative and qualitative methods. Field research and transversal base data collection were employed. It was undertaken with Diabetes *Mellitus* patients registered and treated at all FHS in Lajeado/RS and the health professionals who work with that population. Data collection was performed during 2015 by means of semi-structured interviews and questionnaires. The interviews were analyzed through categorization. The questionnaires were tabled and analyzed by means of descriptive and inferential statistics. It was ascertained that the majority of persons suffering from DM self-assesses their QoL as good or very good and as to their health condition, the majority self-assesses it as satisfied or very satisfied. The QoL general average is good, including all domains (physical, psychological, social relations and environment). The results also bring to evidence that quality of life for a person suffering from DM means being healthy - control the disease, feeling good about themselves and with their social relations environment according to the limitations that result from DM. Several interactive activities developed by the FHS were found to promote educating about DM, and they can improve the QoL of persons suffering from DM. The strategies made evident were the following: scales friends group; walking group; physical education group; nutritional consultation; nursing consultation; medical consultation; medication distribution; home visit; good treatment; diabetics and hypertension group; health education group. DM education is also promoted in spaces outside the FHS (women group; elderly and schools group). The FHS are promoting educational actions on DM, however, upon verifying the prevalence of attendance in diabetes education groups, it was found that there was low attendance of persons suffering from DM in the activities by means of diabetes education groups. Upon comparison of the average QoL of those who attended and those who did not attend the diabetes education groups, no significant difference was found. Considering that DM is a chronic disease, the importance of the FHS establishing among their objectives to promote actions to improve the satisfaction of persons affected by the disease is highlighted by contemplating treatment success linked to general well-being.

Key Words: Diabetes *Mellitus*; Hyperglycemia; Basic Health Attention; Promotion of Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das pessoas com diabetes e profissionais de saúde que participaram das entrevistas (abordagem qualitativa).	55
Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas das pessoas com DM atendidas nas ESF de um município do RS, 2015.	57
Tabela 3 – Variáveis de avaliação clínica das pessoas com DM atendidas nas ESF de um município do RS, 2015.	59
Tabela 4 – Frequência e percentual de respostas corretas das pessoas com diabetes para os itens do instrumento DKN-A.	64
Tabela 5 – Domínios e seus respectivos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes.	66
Tabela 6 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões 1 e 2 do Whoqol-bref.	72
Tabela 7 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões referentes ao domínio Físico do Whoqol-bref.	74
Tabela 8 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões referentes ao domínio Psicológico do Whoqol-bref.	77
Tabela 9 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões referentes ao domínio Relações Sociais do Whoqol-bref.	80
Tabela 10 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões referentes ao domínio Meio Ambiente do Whoqol-bref.	83

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Aspectos decorrentes do DM que podem interferir na QV das pessoas com a doença no domínio físico, segundo a percepção dos profissionais de saúde. **76**
- Figura 2** – Aspectos decorrentes do DM que podem interferir na QV das pessoas com a doença no domínio psicológico, segundo a percepção dos profissionais de saúde. **79**
- Figura 3** – Aspectos decorrentes do DM que podem interferir na QV das pessoas com a doença no domínio psicológico, segundo a percepção dos profissionais de saúde. **82**
- Figura 4** – Aspectos decorrentes do DM que podem interferir na QV das pessoas com a doença no domínio meio ambiente, segundo a percepção dos profissionais de saúde. **85**
- Figura 5** – Significado de ter qualidade de vida para uma pessoa com diabetes, na percepção dos profissionais de saúde e das pessoas com diabetes. **89**
- Figura 6** – Ações interativas desenvolvidas pelas ESF que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes, na percepção dos profissionais de saúde e das pessoas com diabetes. **92**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Medicamentos que as pessoas com DM mais fazem uso para outras doenças associadas.	62
Gráfico 2 – Escores obtidos pelos participantes com diabetes no questionário DKN-A, em relação ao conhecimento da doença e percentual de respondentes.	64
Gráfico 3 – Dimensões avaliadas no Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes.	68
Gráfico 4 – Média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida das pessoas com diabetes participantes da pesquisa.	73
Gráfico 5 – Percentual de distribuição dos escores de QV das pessoas com DM de acordo com os domínios analisados.	74
Gráfico 6 – Tempo de participação das pessoas com diabetes em grupos de educação em diabetes.	107
Gráfico 7 – Média de escore de QV das pessoas com DM atendidas nas ESF que aderem ao tratamento medicamentoso e das que não aderem.	109
Gráfico 8 – Média da QV das pessoas com diabetes, das pessoas que possuem bom conhecimento e das que possuem conhecimento insuficiente.	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAED – Associação Americana de Educadores em Diabetes
AAS – Ácido Acetilsalicílico
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DAC – Doença Arterial Coronariana
DKN-A – *Diabetes Knowledge Questionnaire*
DM – *Diabetes Mellitus*
DP – Desvio padrão
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos
MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MEV – Mudanças de Estilo de Vida
OMS – Organização Mundial da Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
QAD – Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes
QV – Qualidade de Vida
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SCIELO – *Scientific Eletronic Library Online*
SDSCA – *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire*
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
VD – Visitas Domiciliares
WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 Contextualização histórica e clínica sobre Diabetes Mellitus	23
2.2 Estratégia Saúde da Família e a linha de cuidado do Diabetes Mellitus	27
2.3 Conceitos e Modelos Teóricos de Qualidade de Vida.....	30
2.4 Educação em Diabetes e a qualidade de vida.....	34
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	38
3.1 Passos da Triangulação de Métodos quantitativos e qualitativos	39
3.1.1 Formulação do objeto ou da pergunta principal que vai guiar todo o processo.....	40
3.1.2 Elaboração dos indicadores	40
3.1.3 Escolha da bibliografia de referência e das fontes de informação	43
3.1.4 Construção dos instrumentos para a coleta primária e secundária das informações.....	43
3.1.5 Organização e realização do trabalho de campo	49
3.1.6 Análise das informações coletadas	51
3.1.7 Elaboração do informe final.....	52
3.2 Aspectos éticos do estudo	53
4 RESULTADOS	55
4.1 Caracterização dos participantes.....	55
4.1.1 Caracterização das pessoas com diabetes e profissionais de saúde: abordagem qualitativa	55
4.1.2 Perfil epidemiológico das pessoas com diabetes: dados quantitativos	58
4.2 Tratamento medicamentoso	61
4.3 Conhecimento sobre diabetes	63
4.4 Atividades de autocuidado com o diabetes.....	67
4.5 Avaliação da qualidade vida das pessoas com diabetes	72
4.6 Significado de ter qualidade de vida para uma pessoa com diabetes	88

4.7 Ações desenvolvidas pelas ESF para melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes	92
4.8 Qualidade de vida e algumas associações.....	108
5 DISCUSSÃO	111
5.1 Perfil epidemiológico das pessoas com diabetes	111
5.2 Tratamento medicamentoso	121
5.3 Conhecimento sobre diabetes	126
5.4 Atividades de autocuidado com o diabetes.....	129
5.5 Avaliação da qualidade de vida das pessoas com diabetes	135
5.6 Significado de ter qualidade de vida para uma pessoa com diabetes	140
5.7 Ações desenvolvidas nas ESF que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes	144
5.8 Qualidade de vida e algumas associações.....	151
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
REFERÊNCIAS.....	167
APÊNDICE A	182
APÊNDICE B	183
APÊNDICE C	184
APÊNDICE D	186
APÊNDICE E	187
APÊNDICE F.....	188
APÊNDICE G.....	190
ANEXO A	192
ANEXO C	196
ANEXO D.....	197
ANEXO E	199
ANEXO F	200

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é definido como uma anormalidade endócrino-metabólica, caracterizado por uma deficiência absoluta do hormônio insulina¹ ou por uma resistência à ação desta, o que interfere na entrada de glicose² na célula e aumenta a concentração plasmática (ADA, 2014). É uma doença que apresenta alta prevalência e está relacionada a elevadas taxas de morbimortalidade (ALVES et al., 2013), representando um importante problema de saúde pública (FREITAS; GARCIA, 2012).

O DM afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo, e está se tornando a epidemia do século. Até o ano de 2025, a previsão é de que esse número chegue a 380 milhões (BRASIL, 2013a). Estudo realizado pela Vigitel³ mostrou que a doença acomete 5,6% da população adulta brasileira. A capital com o maior número de pessoas com Diabetes *Mellitus*⁴ é Fortaleza, com 7,3% de casos. Vitória teve o segundo maior índice, com 7,1%, seguido de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas, com 2,7%, Goiânia, com 4,1% e Manaus, que apresentou 4,2% de pessoas com DM (BRASIL, 2012a).

Gastos relacionados ao DM, mundialmente, no ano de 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (INTERNATIONAL DIABETES

¹ A insulina é um hormônio sintetizado pelo pâncreas, com a função de transportar e controlar a entrada da glicose nas células do organismo (SCHWARTZ, 2000).

² A glicose é a principal fonte de energia para as células que formam o nosso corpo. A glicose é obtida a partir da ingestão de alimentos ricos em carboidratos, como doces, mel, açúcar, algumas frutas, pães, massas, arroz, cereais, batata, mandioca, farinha e amido (SCHWARTZ, 2000).

³ Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

⁴ Neste estudo será utilizado o termo pessoas com Diabetes Mellitus devido a este ser a terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde. Ainda, considera-se que este termo possibilita perceber o indivíduo além da doença que possui. Olhar para uma pessoa que possui uma doença leva em consideração sua singularidade.

FEDERATION, 2012). O DM, em conjunto com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renais crônicas submetidas à diálise (SCHMIDT et al., 2011). Estima-se que, após conviver por 15 anos com o DM, 2% dos indivíduos acometidos apresentarão cegueira, 10%, problemas visuais graves, de 30% a 45%, algum grau de retinopatia, de 10% a 20%, algum grau de nefropatia, de 20% a 35%, algum grau de neuropatia, e de 10% a 25% apresentarão doenças cardiovasculares (ALVES, 2005).

Tais repercussões podem acarretar uma depreciação da qualidade de vida (QV), visto que pode haver reflexos em seus diferentes aspectos, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores, falta de vitalidade, dificuldades no relacionamento social, instabilidade emocional, entre outros (FARIA et al., 2013; SILVEIRA et al., 2010). A partir disso, aponta-se que o diabetes é uma doença que, independentemente da faixa etária e da etiologia, causa impacto negativo, comprometendo a QV (AGUIAR et al., 2008).

Embora as evidências dos autores supracitados mostrem que o Diabetes pode comprometer a QV das pessoas com diabetes é importante considerar, que QV está relacionada com a subjetividade e a multidimensionalidade, bem como com a presença de dimensões positivas e negativas de cada pessoa. Nessa lógica, segundo o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), entende-se por QV “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. Considera-se este um conceito amplo, uma vez que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (THE WHOQOL, GROUP 1995).

Com base nesse conceito, entende-se que uma pessoa com diabetes pode ter uma qualidade de vida boa, pois está relacionada com a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida. Assim, o modo como a pessoa percebe sua doença, diante do seu contexto, vai interferir na avaliação de sua QV.

Na perspectiva do conceito de QV estabelecido pela OMS, destaca-se o modelo teórico de QV da satisfação, proposto por Fleck (2008). Este modelo teórico está relacionado à satisfação com os vários domínios da vida, definidos como importantes pelo próprio indivíduo, tendo em vista que a condição de satisfação é uma experiência subjetiva e está associada ao nível de expectativa de cada indivíduo. Desse modo, uma pessoa pode estar satisfeita com a sua QV tendo níveis diferentes de aquisições, dependendo de suas expectativas (FLECK, 2008).

Uma contribuição relevante para o modelo teórico de satisfação está relacionada às condições com as quais o indivíduo deveria estar satisfeito para ter uma boa QV (FLECK, 2008). Nessa lógica, More (1994) e Maslow (1954) consideraram que as necessidades básicas do ser humano precisam ser contempladas para que ele possa se sentir bem. Essas precisões compreenderam, por exemplo, saúde, mobilidade, nutrição e moradia. Portanto, ao considerar que esse modelo teórico leva em conta a existência de necessidades básicas universais, respalda-se a ideia de que é possível desenvolver um instrumento de QV a partir de uma perspectiva transcultural (FLECK, 2008).

Sustentada em uma perspectiva transcultural, a OMS construiu um instrumento de avaliação de QV denominado *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL). Esse instrumento contempla a subjetividade da avaliação, a qual está relacionada ao contexto cultural, social e ambiental. Avalia-se a percepção do respondente/pessoa e não a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou mesmo, como o profissional de saúde ou um familiar avalia esses aspectos (FLECK, 2000).

Ressalta-se que a avaliação de QV em pessoas com doenças crônicas tem sido considerada tão importante quanto as medidas de morbidade e mortalidade. Considerando uma condição clínica em que a cura não é uma meta possível de ser alcançada, como o caso do DM, torna-se imprescindível melhorar a satisfação do indivíduo em relação ao seu tratamento e ao seu bem-estar. Portanto, medidas de QV apresentam-se como uma estratégia essencial para nortear ações que visem melhorias na satisfação das pessoas com doenças crônicas em relação a sua QV, uma vez que, nessa avaliação, é levado em conta a perspectiva subjetiva do indivíduo (CRUZ; POLANEZYK; FLECK, 2008).

Além disso é importante aludir que o DM pode permanecer assintomático por um longo tempo, e que sua detecção clínica é, frequentemente, feita não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Estima-se que parte das pessoas que têm diabetes desconhecem a sua própria condição. Por essas razões é importante que as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua QV (BRASIL, 2013a).

A atenção voltada às pessoas com DM, sobretudo, em relação às ações desenvolvidas para promover a sua QV, precisa ser discutida pela ESF, visto que é a principal estratégia de organização e expansão da Atenção Básica da Saúde (ABS) (MENDES, 2012). A ESF tem como objetivos possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (ASSIS et al., 2007).

As equipes da ESF devem estimular ações preventivas relativas a cada um dos principais fatores de risco associados aos comportamentos e aos estilos de vida, construídos com base em evidências de sua efetividade, para aplicação individual ou em pequenos grupos (MENDES, 2012). Rastrear pessoas que têm alto risco de desenvolver o DM e estimulá-las a iniciarem cuidados preventivos, bem como rastrear quem têm diabetes e não sabe, possibilita oferecer o tratamento precoce e prevenir possíveis complicações decorrentes (BRASIL, 2013a). Essas ações podem, sobretudo, contribuir com melhorias na QV dessas pessoas.

O DM é uma doença crônica que exige, além de mudanças de hábitos, o desenvolvimento de condutas específicas de autocuidado⁵ que precisarão ser cultivadas por toda a vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Assim, visualiza-se a educação em diabetes como um instrumento que pode contribuir significativamente nesse autocuidado, pois envolve um processo contínuo de acesso

⁵ Conforme o Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, o autocuidado é centrado na pessoa, no diálogo, e propõe a construção conjunta de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida por meio de uma negociação entre o profissional de saúde e o usuário (BRASIL, 2014).

ao conhecimento, o que irá promover o desenvolvimento de habilidades de autocuidado e de gerenciamento do diabetes pela própria pessoa (BRASIL, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Os principais objetivos da educação em diabetes são: reduzir as barreiras entre as pessoas com diabetes, seus familiares, as comunidades e os profissionais da saúde; promover a autonomia das pessoas com diabetes com relação aos seus hábitos no trato com a doença; melhorar os resultados clínicos; prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes ou de suas complicações agudas e crônicas; e proporcionar qualidade de vida. Destaca-se, ainda, que a educação em diabetes deve, se necessário, contemplar os familiares ou os cuidadores, com a finalidade de promover a manutenção dos novos hábitos e comportamentos adquiridos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Às equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) cabe o papel de estimular e empregar procedimentos de colaboração entre elas e as pessoas, sustentado numa relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro (BRASIL, 2015).

Diante da análise das tendências de teses e dissertações disponíveis no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), evidenciou-se que somente 11 trabalhos desenvolvidos, no Brasil, abordam a temática da qualidade de vida das pessoas com DM como foco central dos estudos. Encontraram-se poucos estudos desenvolvidos com as pessoas com DM atendidas por ESF. Além do mais, não foram localizados trabalhos que tenham pesquisado acerca das ações que as ESF estão desenvolvendo para auxiliar na promoção da qualidade de vida das pessoas com DM (MORESCHI et al., 2015a).

Ao buscar estudos publicados relacionados à temática “ações que promovem a QV de pessoas com DM” na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), através das bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e do portal da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), as produções encontradas mencionam que se faz necessário promover ações de prevenção e de autocuidado com vistas à melhoria da QV das pessoas com DM. As produções, na maioria internacionais, evidenciaram algumas estratégias para melhorar a QV das pessoas com diabetes, quais sejam: promoção de educação em hipoglicemia com

as pessoas com DM, amigos, familiares e vizinhos; equipe multidisciplinar de educadores em diabetes; engajamento das pessoas em atividades de lazer; organização do cuidado na atenção primária e programas educativos em DM.

No entanto, apesar de existirem quatro estudos realizados no cenário de ESF, não foram encontradas produções que abordassem quais as estratégias desenvolvidas por integrantes das ESF, que promovem a qualidade de vida das pessoas com DM. Observou-se, ainda, que as pesquisas desenvolvidas, no Brasil, concentram-se em apenas dois estados do país, Minas Gerais e São Paulo, constatando-se ausência de produção científica acerca dessa temática na Região Sul. Diante disso, nota-se a relevância de estudos que abordem a temática associada às pessoas atendidas por ESF, no Rio Grande do Sul, tomando-se como cenário de estudo o município de Lajeado.

Ao avaliar a prevalência de DM da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no município de Lajeado/RS, verificou-se prevalência de 3,0% em 2011, 3,1% em 2012 e 3,0% em 2013. Observa-se que o DM manteve-se equiparado nos três anos, isto é, não houve decréscimo na prevalência do DM no município (MORESCHI et al., 2015b). Em razão de os dados não apresentarem queda na sua prevalência, justifica-se a realização do presente estudo, na referida cidade, no sentido de conhecer as ações desenvolvidas pela atenção primária, que busquem melhorar a QV das pessoas com DM.

Diante do exposto e tendo em vista que o DM pode provocar impactos desfavoráveis na QV das pessoas acometidas (BRASIL, 2013a; SILVEIRA et al., 2010), a inquietação que norteia o presente estudo consiste em: Qual a qualidade de vida de pessoas com DM e quais as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF buscam promover a qualidade de vida dessas pessoas?

Assim, neste estudo, a análise do perfil epidemiológico da população com DM; a adesão ao tratamento medicamentoso; o conhecimento sobre DM; a mensuração e adesão das atividades de autocuidado em DM; a avaliação da QV nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; o significado de ter QV para quem possui DM, bem como, a descrição das ações desenvolvidas pelas ESF que buscam melhorar a QV das pessoas com DM possibilitaram a

identificação da seguinte **TESE**: As ações interativas desenvolvidas pela equipe multiprofissional das ESF promovem educação em diabetes e podem melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Para tanto, o presente estudo apresenta como objetivo geral avaliar a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus* e verificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF que buscam promover a qualidade de vida dessas pessoas. Foram também elencados os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar o perfil epidemiológico das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas em ESF;
- ✓ Analisar o conhecimento sobre a doença, as medidas de adesão ao tratamento e as atividades de autocuidado das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas em ESF;
- ✓ Avaliar a qualidade de vida das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas em ESF;
- ✓ Descrever as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF que buscam promover a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus;
- ✓ Comparar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF para promover a qualidade de vida das pessoas com DM com a percepção dessas pessoas acerca das ações realizadas pela equipe das ESF para promover sua qualidade de vida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será, inicialmente, apresentada uma contextualização histórica e clínica sobre o Diabetes *Mellitus*, seguida de uma explanação acerca da Estratégia Saúde da Família e a linha de cuidado do Diabetes *Mellitus*. Após, serão elucidados alguns Conceitos e Modelos Teóricos de Qualidade de Vida e, posteriormente, uma fundamentação teórica sobre a educação em Diabetes e a qualidade de vida.

2.1 Contextualização histórica e clínica sobre Diabetes *Mellitus*

O DM está associado a doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia (aumento de glicemia no sangue), decorrente de problemas no mecanismo de produção ou ação da insulina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012). A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas e cuja função é quebrar as moléculas de glicose para transformá-las em energia, a fim de ser aproveitada por todas as células. A insulina responsabiliza-se por: impedir que a glicemia ultrapasse 160 a 180 mg/dl após a alimentação; armazenar glicose no fígado e músculos na forma de glicogênio; intervir decisivamente na fabricação de tecido gorduroso (reserva de energia); e participar de modo importante no crescimento ósseo, muscular e de vários órgãos (COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

Nas últimas décadas, o DM tem apresentado um aumento em sua prevalência, em decorrência, principalmente, das mudanças no estilo de vida das pessoas, relacionadas aos hábitos alimentares e aos níveis de atividade física; da maior urbanização; da industrialização; do desenvolvimento econômico; da crescente globalização do mercado de alimentos; e da maior sobrevivência de pessoas

com DM. Cabe mencionar, ainda, que o DM não é uma doença nova e há muito tempo acompanha a humanidade (OPAS, 2003).

A referência mais antiga sobre o DM é descrita pelos Egípcios em 1500 ac., que descreveram a doença associada à passagem de muita urina. Após dois séculos, Aretaeus da Capadócia nomeou essa doença como diabetes e fez a primeira caracterização clínica, descrevendo-a como o derretimento da carne e dos membros em urina (DELFINO; MOCELIN, 1997).

O adjetivo *mellitus* foi acrescentado ao termo diabetes por Cullen, no século XVII, com o propósito de diferenciar do diabetes insípido. Em 1796, Rollo recomendou a restrição dietética no tratamento do diabetes, porém foi no ano de 1921 que os avanços científicos na área de diabetes trouxeram repercussão de efeitos para a pessoa acometida pela doença, contribuindo para uma maior sobrevida, visto que a partir desse momento Frederick Bating e Charles Best descobriram a insulina (DELFINO; MOCELIN, 1997).

Entre 1950 e 1960, apareceram os primeiros medicamentos antidiabéticos orais e, a partir disso, os progressos não cessaram. Foi descoberta a produção de insulina humana, através da tecnologia do DNA recombinante, que reproduziu a insulina igual a que é produzida pelo homem. Além disso, o transplante compatível de pâncreas e rins para as pessoas com DM1 e o estudo com o transplante de células tronco fizeram sucesso como jamais imaginado (BELTRAME, 2008).

Essa doença é classificada conforme a etiologia, ou seja, a sua causa. A classificação da Organização Mundial da Saúde, da Sociedade Brasileira de Diabetes e da Associação Americana de Diabetes apontou quatro tipos clínicos: Tipo 1, Tipo 2, gestacional e outros tipos específicos de diabetes. Os Tipos 1 e 2 são mais frequentes. O Tipo 1 relaciona-se a uma deficiência absoluta na secreção do hormônio insulina, resultante de uma destruição autoimune das células beta do pâncreas, compreendendo cerca de 5% a 10% do total de casos. O Tipo 2 é uma combinação de resistência à ação do hormônio e resposta secretora inadequada de insulina compensatória, compreendendo 90% a 95% do total de casos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O diabetes gestacional aparece na gravidez, persistindo ou não após o parto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014). Os outros tipos específicos de diabetes são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM (BRASIL, 2013a).

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria⁶, polidipsia⁷, polifagia⁸ e perda inexplicada de peso. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido⁹, visão turva e fadiga¹⁰ (BRASIL, 2013a).

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c). Pessoas com glicemia em jejum igual ou acima de 126 mg/dl e/ou glicemia de 2h (TTG-75g) igual ou acima de 200mg/dl, confirmados com novo exame, devem ser consideradas com a doença. Valores de glicemia casual igual ou acima de 200mg/dl, realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições, podem caracterizar Diabetes *Mellitus*. Já os valores de hemoglobina glicada A1C≥6.5% são considerados como critério diagnóstico (BRASIL, 2013a; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para mudanças no estilo de vida (MEV) e para a efetividade do tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; BRASIL, 2013a). O tratamento dessa doença requer cuidados que visam controlar a glicemia. São necessários exercícios físicos e também dietas de acordo com o tipo de diabetes e considerando a especificidade de cada pessoa.

⁶ Produção e eliminação abundante e excessiva de urina (INFOPÉDIA, 2014).

⁷ Sede excessiva (INFOPÉDIA, 2014).

⁸ Alimentação excessiva (INFOPÉDIA, 2014).

⁹ Conjunto de perturbações sensitivas na pele que provocam o desejo e a necessidade de coçar (INFOPÉDIA, 2014).

¹⁰ Sensação de cansaço sentida no corpo ou em parte do corpo após esforço exagerado (INFOPÉDIA, 2014).

Hábitos de vida saudáveis significam a base do tratamento do diabetes, sobre o qual pode ser acrescido, ou não, o tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool, estabelecendo metas de controle de peso (GUSSO; LOPES, 2012).

O tratamento do DM Tipo 1, além da terapia não farmacológica, exige a administração constante de insulina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; BRASIL, 2013a). Pela maior complexidade na atenção a essas pessoas, elas são, em geral, acompanhadas pela atenção especializada (DUNCAN et al., 2013).

O DM Tipo 2, que acomete a grande maioria dos indivíduos com diabetes, exige tratamento não farmacológico e, em geral, complementado com antidiabético oral e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença. Nos casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com dose fracionada e com misturas de insulina (duas a quatro injeções ao dia), são acompanhados ainda pela atenção especializada (DUNCAN et al., 2013). Em se tratando do DM Tipo 2 não responsivo a medidas não farmacológicas isoladas, a primeira opção por tratamento é com antidiabéticos orais, uma vez que promovem, com controle estrito, redução na incidência de complicações, têm boa aceitação pelos pacientes, possuem simplicidade de prescrição e levam a menor aumento de peso em comparação à insulina (GUSSO; LOPES, 2012).

A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM na ABS deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para MEV, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas. A pessoa com DM Tipo 1, apesar de geralmente ser acompanhada pela Atenção Especializada, também deve ter seu cuidado garantido na ESF. É essencial que a equipe conheça essa população e mantenha a comunicação constante com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2013a).

A meta para o tratamento da hiperglicemia em adultos, recomendada pela Associação Americana de Diabetes, é alcançar HbA1c <7%. As metas glicêmicas correspondentes são: glicemia de jejum entre 70 – 130 mg/dL e pós-prandial abaixo

de 180 mg/dL (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

A adoção de um estilo de vida saudável, com dieta balanceada e exercícios físicos regulares, é decisivo para reduzir a morbimortalidade das pessoas com diabetes, principalmente em razão de se poder evitar as complicações cardiovasculares. Percebe-se que medidas simples são capazes de prevenir, ou retardar, o aparecimento de complicações crônicas nas pessoas com diabetes. Isso resulta em melhoria na qualidade de vida. Contudo, essas mudanças comportamentais são de difícil adesão, razão por que exige acompanhamento contínuo dos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

2.2 Estratégia Saúde da Família e a linha de cuidado do Diabetes *Mellitus*

A ESF foi criada em 1994 com a finalidade de consolidar o modelo de atenção à saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) denominada, na época, como Programa de Saúde da Família (PSF). O programa tinha como proposta desenvolver ações de saúde, por meio de uma equipe que trabalhasse na perspectiva da definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área (MONNERAT et al., 2007).

A equipe de saúde da família é composta por um técnico de enfermagem, um médico, um enfermeiro e, em média, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa equipe multiprofissional também pode ser integrada por profissionais de saúde bucal. Cada equipe de saúde da família deve prestar cuidado para uma população de 600 a 1.000 famílias. As famílias são cadastradas e inscritas pela equipe, o que favorece a construção de vínculos entre a população referenciada e os profissionais, sendo estes últimos, responsáveis pelo cuidado sanitário do território e da população adscrita. Mediante o território de abrangência, se estabelecem os diagnósticos, os perfis epidemiológicos, as características sociais e culturais que permitem a construção de metas e o planejamento de ações embasadas na identificação das necessidades e demandas em saúde (BRASIL, 2000).

O PSF, no ano de 1997, passou a ser chamado de “Estratégia Saúde da

Família”. Essa nova nomenclatura teve como propósito colocar um fim na concepção de um programa temporário, com objetivos, metas e tempo estabelecido, para ser compreendido como a estratégia fundamental para a reorganização do modelo de atenção à saúde. A partir desse período, o MS passou a considerar que a ESF tem competência para fortalecer a APS e alocou a ESF como núcleo de toda a rede de saúde (BRASIL, 1997).

A ESF tem como principais objetivos a prestação de uma assistência integral e contínua na unidade de saúde e no ambiente domiciliar, a humanização da assistência através da construção de vínculos e o reconhecimento da saúde e do controle social como direitos de cidadania. Quanto às diretrizes das práticas de trabalho de uma ESF, ressalta-se a integração da rede, o trabalho em equipe, a avaliação e o monitoramento das ações, o controle social, a educação continuada da equipe, a realização de diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e a programação local e a intersetorialidade (BRASIL, 1997).

Cabe mencionar que o MS lançou a Política Nacional de Atenção Básica, no ano de 2006, ressaltando mais uma vez a ESF como modelo organizacional da APS. A política foi editada novamente no ano de 2011, pela Portaria MS/GM nº 2.488, que estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização da APS e da ESF. Ainda, essa portaria determinou a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais são tidas como uma estratégia para o cuidado integral, que direcionam as necessidades de saúde da população, a partir da APS/ESF (BRASIL, 2011). As RAS instituem ações e serviços de saúde estabelecidos de maneira integrada e contínua, considerando a concepção da APS como meio de entrada preferencial do sistema. A rede abrange a totalidade da população e articula e coordena toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

A ESF representa uma mudança nos modelos fragmentados de atenção à saúde, que são centrados nos procedimentos de maior densidade tecnológica, ofertados em decorrência da ausência de uma APS de qualidade, que organizasse toda a RAS. Portanto, as equipes da ESF devem utilizar cotidianamente ações de prevenção relativas a cada um dos principais fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, construídos com base em evidências práticas de sua efetividade, para aplicação individual ou em pequenos grupos (MENDES,

2012).

A organização das redes é construída a partir de eixos temáticos, organizados por meio de linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes. O DM é uma dessas linhas de cuidado da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas em geral. As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas, com início gradual. Além disso, o prognóstico usualmente é incerto e possuem longa ou indefinida duração. Estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas, sendo responsáveis por grande número de internações. Além disso, essas doenças são responsáveis pela perda da qualidade de vida das pessoas, o que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013b).

O usuário com doenças crônicas deve receber um cuidado integral, organizado em rede. Cada serviço precisa ser estruturado com vistas à integralidade do cuidado (MALTA; MERHY, 2010). A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem como objetivos: promover a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas; garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas; colaborar com a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2013b). A intenção da linha de cuidado do DM é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com doença crônica por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os meios de atenção (BRASIL, 2013a).

É fundamental que a equipe avalie o paciente integralmente, pois é comum o DM estar associado a outros fatores de risco/doenças. Assim, pode-se garantir o acesso e o cuidado longitudinal prestado a pessoa, independente do problema que apresenta. Os resultados no controle do diabetes são provenientes da soma de diferentes fatores e condições que possibilitam o acompanhamento dessas pessoas. O resultado esperado é o controle glicêmico e o desenvolvimento do autocuidado, pois contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Portanto, realizar uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto essencial para modificar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013a).

2.3 Conceitos e Modelos Teóricos de Qualidade de Vida

O **conceito** de qualidade de vida emergiu devido a interesses de cientistas sociais, filósofos e políticos. Houve um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no intuito de valorizar questões mais amplas que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (OMS, 1998).

A construção do instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) foi resultado de uma busca pela definição do conceito de qualidade de vida. Para isso, a OMS, por meio do Grupo WHOQOL, promoveu encontros com especialistas de diversos lugares do mundo, que definiram QV como sendo a percepção que a pessoa possui acerca de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e a respeito de suas expectativas, padrões e preocupações. Esse conceito é considerado amplo, uma vez que é afetado de forma complexa pela saúde física, nível de independência, estado psicológico, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O construto do conceito de QV do Grupo WHOQOL (1995) contempla três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. A subjetividade está atrelada à perspectiva do indivíduo, sendo que a realidade objetiva só é considerada na medida em que é percebida pelo indivíduo. O aspecto da multidimensionalidade leva em conta que a QV é composta por diversas dimensões. Desse modo, não é apropriado que o instrumento mensurador da QV venha a ter um único escore, sendo imprescindível que a sua medida seja feita por meio de escores em vários domínios, dentre eles, físico, mental e social. O aspecto presença de dimensões positivas e negativas considera que, para ter uma boa QV, é necessário que alguns elementos (positivos) estejam presentes, como a mobilidade, e outros (negativos) ausentes, como a dor (FLECK et al., 1999).

Sendo assim, o WHOQOL caracteriza-se como um instrumento diferenciado pelo fato de possibilitar a realização de uma avaliação de QV de maneira subjetiva, multidimensional, incluindo aspectos positivos e negativos. Destaca-se que foi

utilizada uma metodologia genuinamente transcultural para o desenvolvimento do instrumento WHOQOL, o qual permite sua aplicação em diferentes culturas e contextos (FLECK, 2008).

A definição do conceito de QV estabelecida pelo Grupo WHOQOL possibilita refletir a subjetividade da avaliação associada ao contexto cultural, social e ambiental, sendo avaliada a percepção da pessoa e não a natureza objetiva do estado funcional, do estado psicológico, ou do meio ambiente, ou mesmo, como o familiar ou profissional de saúde avaliam essas dimensões. O conceito de QV, em decorrência de sua natureza abrangente e por estar diretamente atrelado ao que o próprio indivíduo sente e percebe, está intimamente relacionado com o viver bem e sentir-se bem, um dos anseios básico do ser humano. A introdução do conceito de QV representou contribuição significativa para as medidas de desfechos em saúde, pois, além de incluir a prática clínica individual, avalia-se também a efetividade de tratamentos e funcionamento de serviços de saúde, podendo ser um importante norteador para políticas de saúde (FLECK, 2000).

O conceito de QV é multidimensional, abrangendo dimensões fisiológicas, psicológicas, emocionais e sociais. A definição de QV é considerada, portanto, abstrata e complexa. Seu significado aceita múltiplas interpretações, podendo ser utilizada como sinônimo de bem-estar, felicidade, satisfação com a vida, entre outros (SCHALOCK, 2004). O termo QV pode ser definido como uma construção social marcada pela relatividade cultural e por referências históricas e culturais que refletem conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos. Ao considerar que a QV situa-se na interseção entre o idealizado e o vivenciado pelo indivíduo, pode-se dizer que, quanto mais o indivíduo estiver inserido em um determinado contexto, melhor a sua QV, pois pode satisfazer suas reais expectativas em relação ao bem-estar e à felicidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para Almeida (2012), QV está relacionada ao interesse pela vida e é uma percepção que sempre esteve presente para todos os indivíduos. Com base nessa análise, infere-se que todas as pessoas têm QV, considerando que o interessante para a vida de cada um é buscar uma QV diante de suas possibilidades individuais de ação. Contudo, não é esse um elemento a ser alcançado frente às ações embutidas no padrão de boa vida da sociedade contemporânea. O entendimento de

QV depende da carga de conhecimento do sujeito, do ambiente em que ele vive, de seu grupo de convívio, da sua sociedade e das expectativas próprias em relação à conforto e bem-estar (ALMEIDA, 2012).

Trata-se de um conceito marcado pela subjetividade e multidimensionalidade, que se consolida como importante variável para a pesquisa científica na área da saúde, visto que permite avaliar e estimar efeitos de intervenções, bem como seu impacto no bem-estar físico, psicológico, social e ambiental dos pacientes (VECCHIA et al., 2005).

A QV associa-se à qualidade das condições de vida disponíveis (fatores ambientais, sociais e econômicos) e à qualidade dos estilos de vida escolhidos (fatores comportamentais), de maneira que é a percepção individual desses elementos que os articula. A preocupação com a QV das pessoas tem interessado aos pesquisadores devido ao aumento na expectativa de vida e à maior prevalência de condições crônicas de saúde, bem como, por proporcionar uma mudança na maneira de encarar às diferentes condições de saúde, pensadas numa perspectiva mais ampla, que inclua aspectos subjetivos da percepção do usuário sobre a sua própria saúde e bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Ainda em relação ao conceito de QV estabelecido pela OMS, para que este seja benéfico na esfera da saúde, ele deve ser independente da mensuração do estado de saúde em si. O indivíduo deve ser o centro dessa avaliação, uma vez que o objetivo é fazer referência à experiência de vida e não às suas condições de vida. A capacidade fisiológica está pouco correlacionada com satisfação ou bem-estar, sendo que pessoas com o mesmo nível de saúde podem sentir sua saúde de modos distintos. Considera-se que a boa saúde é uma ferramenta importante para a boa QV, todavia, esses termos não podem ser considerados sinônimos (FLECK, 2000).

Em relação aos modelos teóricos de QV, Fleck (2008), embasado nas ideias de Hunt (1997) e de McKenna e Whalley (1998), posiciona-os em dois grandes grupos: o modelo da satisfação e o modelo funcionalista.

O **modelo da satisfação** foi construído com base em abordagens sociológicas e psicológicas de “felicidade” e “bem-estar” (DIENER, 1984). Esse modelo teórico considera que a QV está relacionada à satisfação com os vários

domínios da vida atribuídos como importantes pelo próprio indivíduo. O discernimento de satisfação de sua vida é uma experiência subjetiva e está associada ao nível de expectativas de cada pessoa. Portanto, um indivíduo pode estar satisfeito com níveis diferentes de aquisições, depende das expectativas próprias em relação ao seu bem-estar (FLECK, 2008).

A QV pode ser compreendida como o hiato entre expectativas e realizações (CALMAN,1984). Sustentada nessa compreensão, um indivíduo pode alcançar um bom nível de QV buscando um aumento de suas realizações ou uma diminuição de suas expectativas. Assim, a pessoa que se volta para a busca da realização experimenta a satisfação com o sucesso. Já, aquela que diminui suas expectativas sente a satisfação da resignação. Mesmo que, qualitativamente, as experiências do sucesso e da resignação sejam afetivamente distintas, ao se tratar de QV, ambos estarão satisfeitos e apresentarão um bom nível de QV. Porém, existem situações que a resignação representa a única possibilidade de satisfação. Além do mais, é importante considerar que a estrutura da personalidade e a cultura em que o indivíduo está imerso representam dimensões relevantes em relação à escolha de aumentar as realizações ou diminuir as expectativas (FLECK, 2008).

Um subsídio importante para a construção do modelo teórico de satisfação está relacionado ao estabelecimento de alguns aspectos que o indivíduo deveria estar satisfeito para ter uma boa QV. A contribuição inicial advém das ideias de More (1994) e de Maslow (1954), os quais acreditam que, para um indivíduo sentir-se bem, é necessário contemplar algumas necessidades básicas do ser humano, entre elas, saúde, mobilidade, nutrição e moradia. Esse modelo considera que existem necessidades básicas universais, respaldando, assim, a ideia de que é possível desenvolver um instrumento de QV com uma perspectiva transcultural. Com base nesse pressuposto, pesquisadores de diferentes países elaboraram o instrumento WHOQOL para avaliar a QV em uma perspectiva transcultural (FLECK, 2008).

O outro modelo teórico de QV referido por Fleck (2008) é o **modelo funcionalista**, o qual considera que, para ter uma boa QV, o indivíduo necessita estar funcionando bem, ou seja, exercendo de forma satisfatória sua função social e os desempenhos que valoriza. Desse modo, a doença torna-se um problema na medida em que interfere nas execuções desses papéis e, sob uma compreensão

tácita, a saúde é considerada o maior valor da existência (MCKENNA; WHALLEY, 1998).

Fleck (2008) questiona se o modelo funcionalista é apropriado para avaliar a QV. Este questionamento é argumentado com base no exemplo citado por Albrecht e Devlieger (1999), os quais comentam sobre o “paradoxo de deficiência”. Autores que utilizaram metodologias qualitativas evidenciaram que indivíduos com deficiências graves e persistentes podem referir boa ou excelente QV, embora a maioria dos observadores externos pudesse considerar sua existência como indesejável. Para algumas pessoas, a deficiência pode ter contribuído para reorientar sua vida. Nessa condição, a percepção de uma boa QV sucederia em virtude dos indivíduos estarem convivendo de forma satisfatória com as limitações impostas pela deficiência (FLECK, 2008).

Destaca-se que este estudo utilizará como referência o conceito de QV estabelecido pela OMS (THE WHOQOL, GROUP 1995) e o modelo teórico de satisfação proposto por Fleck (2008). O conceito de QV da OMS e o modelo teórico da satisfação permitem compreender a percepção da pessoa com diabetes acerca da sua qualidade de vida, considerando a sua subjetividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas.

2.4 Educação em Diabetes e a qualidade de vida

Para a Associação Americana de Educadores em Diabetes (AAED), o controle da doença e a qualidade de vida das pessoas com diabetes estão relacionadas com as práticas de seu autocuidado. Por isso, essa associação estabeleceu, em 2007, padrões necessários ou metas de educação para o autocuidado que levam a um melhor controle e qualidade de vida da pessoa com diabetes. As metas são: incorporação de atividade física e manejo nutricional no estilo de vida; monitorar e interpretar a glicemia e outros parâmetros e usar os resultados na tomada de decisões; usar a medicação com segurança, visando à máxima efetividade terapêutica; prevenir, detectar e tratar complicações agudas e crônicas; desenvolver estratégias personalizadas para acessar problemas psicossociais (BRASIL, 2014, p.252).

Uma das opções de tratamento do DM é a promoção da educação em diabetes, a qual visa entre seus objetivos, proporcionar qualidade de vida as pessoas com diabetes. Para o alcance de tal objetivo, é preciso capacitar e motivar as pessoas para as escolhas apropriadas frente às diversas situações, no sentido que esta desenvolva comportamentos de autocuidado e consiga resolver adversidades do seu cotidiano inerentes ao tratamento da doença. A capacitação e a motivação precisam ser realizadas por profissionais e equipes qualificadas em educação em diabetes, com vistas à promoção do autocuidado, permitindo, assim, o autocontrole da doença e a manutenção dos novos hábitos e comportamentos adquiridos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

As APS precisam estimular e aplicar procedimentos de colaboração entre as pessoas e profissionais, considerando que o autocuidado está apoiado em uma relação de diálogo entre os saberes de cuidado de si e do outro. Essa relação acontecerá por meio de alguns fatores, tais como: estabelecimento do problema; definição de metas; elaboração de planos conjuntos de cuidado; verificação do cumprimento de metas; levantamento das dificuldades a serem resolvidas e solução dos problemas de competência dos serviços de saúde. O autocuidado, pode ser realizado embasado de algumas maneiras: individualmente, no cenário da consulta clínica ou da visita domiciliar; nos grupos; em consultas coletivas; a distância, por telefone ou via internet (BRASIL, 2014).

Assim, é importante que as pessoas recebem informações acerca de suas condições, sendo motivadas a lidar com as atividades do autocuidado e capacitadas para exercerem seu plano terapêutico. É necessário que as pessoas com DM compreendam sua enfermidade, reconheçam os sinais das possíveis complicações e saibam como proceder e o que fazer neste caso. Deste modo, as pessoas com DM poderão apresentar menos sintomas, menos complicações e menos incapacidades (BRASIL, 2014).

O diabetes pode provocar impacto na qualidade de vida dos indivíduos, com redução da produtividade ou até mesmo ausência no trabalho, bem como ausência na busca por serviços de Saúde (BRASIL, 2014). As doenças crônicas, na maioria das vezes, apresentam outras morbidades relacionadas. São responsáveis por elevado número de internações e estão entre as principais causas de amputações,

perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Tais doenças envolvem perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a mesma se agrava (BRASIL, 2013a).

O conhecimento dos aspectos sociodemográficos e clínicos das pessoas com diabetes é importante para planejar e implantar programas educativos em diabetes, visando promover a qualidade de vida desses sujeitos. Estudos apontaram que os níveis de escolaridade, sexo, idade, raça, estado socioeconômico, ocupacional e a capacidade dos indivíduos em melhorar os conhecimentos, acessar as informações para promover o autocuidado e controlar a doença têm influência na adesão do indivíduo ao tratamento em diabetes (TORRES et al. 2009; XU et al., 2008). Os dados clínicos e demográficos dos indivíduos com DM são relevantes para estabelecer estratégias educativas direcionadas às necessidades dessas pessoas e planejar metas a serem delineadas quanto ao manejo da doença (TORRES; PACE; STRADIOTO, 2010).

Quanto maior o acesso das pessoas com DM ao conhecimento acerca de sua doença, maior será a competência e habilidade de aprender e realizar uma ação de modo eficaz. A adoção de uma nutrição saudável e a modificação do estilo de vida são exemplos de ações que irão refletir diretamente na melhoria de sua qualidade de vida (ADAS, 2007). Analisar a adesão ao tratamento é importante, tanto para a melhoria das políticas e práticas de saúde voltadas ao aprimoramento da efetividade da assistência prestada, quanto para a qualidade de vida do usuário. A pouca ou falta de adesão ao tratamento de uma doença crônica aumenta os custos com os cuidados com a saúde, aumenta a possibilidade do fracasso do tratamento, aumenta a possibilidade de complicações e diminui a qualidade de vida das populações (LIBERATO et al., 2014).

Frente ao exposto, a implantação e o aprimoramento de Programas de Educação em Diabetes constitui-se em uma ferramenta que poderá proporcionar aos profissionais de saúde conhecimento, subsídios e suporte educacional essenciais para educar as pessoas com DM. Assim, permite que as pessoas participem da escolha de suas atividades de autocuidado, considerando as condições socioeconômicas e direitos à saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com base em seus objetivos, a pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório-descritivo. Utilizaram-se como procedimentos metodológicos pesquisas de campo e a base de coleta de dados transversal. Quanto a forma de abordagem do problema, esta pesquisa utilizou a Triangulação de Métodos quantitativos e qualitativos proposto por Minayo (2014).

O estudo exploratório-descritivo descreve os acontecimentos e os fenômenos e estuda de modo aprofundado uma determinada realidade. A pesquisa exploratória tem por desígnio conhecer a maneira que a variável de estudo se apresenta, seu significado e o contexto na qual ela se insere. Tal pesquisa visa, ainda, proporcionar maior familiaridade com o problema, possibilitando a realização de levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva descreve as características de populações específicas ou fenômenos. A coleta de dados requer o uso de técnicas padronizadas, como aplicação de questionários (GIL, 2008). Esse tipo de pesquisa demanda, do investigador, várias informações em relação ao que almeja pesquisar, descrevendo os fatos e fenômenos de uma realidade (TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa de campo busca o aprofundamento de uma determinada realidade. É realizada por meio da observação direta de atividades de grupo ou por entrevistas com sujeitos para captar as explicações e interpretações referentes à realidade estudada (GIL, 2008). O delineamento transversal é adequado para descrever relacionamentos entre os fenômenos em um período curto de tempo. O

estudo transversal analisa características, atitudes, comportamentos e intenções de um grupo de pessoas, exigindo que as pessoas respondam perguntas, podendo ser através de entrevistas ou de questionários autoaplicáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Quanto à triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, Minayo (2014) menciona que essa abordagem pode ser compreendida como uma investigação dinâmica, uma vez que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o processo de investigação. Ocorre uma integração objetiva e subjetiva nos processos de pesquisa, contemplando a valorização tanto da quantificação quanto da qualificação dos dados. Este tipo de abordagem é recomendado para estudos de avaliação. A quantidade é compreendida como indicador e parte da qualidade dos fenômenos, dos processos e dos sujeitos sociais, caracterizados por estruturas, relações e subjetividade (MINAYO, 2014).

A triangulação de métodos é sustentada também por motivos epistemológicos, visto que se tenta superar as dicotomias entre enfoques quantitativos e qualitativos, bem como disciplinares e interdisciplinares, possibilitando o encontro de ambos e vencendo, do ponto de vista quantitativo, os marcos do positivismo. Na visão qualitativa, este método permite transcender a compreensão dos fenômenos e os processos sociais. Considera-se que o processo de investigação, de uma forma explícita ou implícita, acaba utilizando conceitos e noções de diversas áreas de conhecimento (MINAYO, 2014).

3.1 Passos da Triangulação de Métodos quantitativos e qualitativos

Com base na concepção de Minayo (2014), a realização da triangulação de métodos requer sete passos: formulação do objeto ou da pergunta principal que vai guiar todo o processo; elaboração dos indicadores; escolha da bibliografia de referência e das fontes de informação; construção dos instrumentos para a coleta primária e secundária das informações; organização e realização do trabalho de campo; análise das informações coletadas e elaboração do informe final. Cada um

desses processos serão descritos a seguir:

3.1.1 Formulação do objeto ou da pergunta principal que vai guiar todo o processo

Nesta etapa é importante que os pesquisadores multiprofissionais estejam juntos para determinar os objetivos gerais e específicos do trabalho, a elaboração de um cronograma, os ajustes administrativos e as maneiras de resolução de conflitos e problemas que possam surgir. Assim, antes da elaboração do projeto de pesquisa, a equipe de pesquisadores¹¹ se reuniu e delineou a seguinte questão de pesquisa: Qual a QV de pessoas com DM e quais as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF que promovem a QV dessas pessoas? A partir do delineamento da questão de pesquisa, foram estabelecidos os objetivos, bem como a executividade do estudo.

3.1.2 Elaboração dos indicadores

O processo de construção de indicadores é essencial nas mediações entre a pergunta principal e os instrumentos de pesquisa. Desse modo, tem-se como grupos a serem avaliados os profissionais de todas as ESF do município de Lajeado/RS e as pessoas com DM atendidas nas ESF. A seguir, serão descritos o cenário do estudo, os participantes e os indicadores delineados no decorrer dessa etapa. Salienta-se, que se buscou decidir em conjunto os grupos mais pertinentes a serem avaliados e os critérios para julgá-los.

O cenário do estudo consistiu em todas as ESF do município de Lajeado/RS. Lajeado é o município polo da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), que agrega 37 municípios, apresentando uma ampla rede de serviços de saúde. Em Lajeado também está inserida a Instituição de Ensino Superior – Centro Universitário UNIVATES, que conta com 11 cursos de graduação na área da saúde: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, estética e cosmetologia, farmácia,

¹¹ A equipe de pesquisadoras foram: a responsável pela tese, orientadora e coorientadora.

fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia.

O município de Lajeado situa-se na Encosta Inferior do Nordeste, parte centro-leste do estado do Rio Grande do Sul e está a 119 km da capital, Porto Alegre. Lajeado está localizado no Vale do Taquari e possui 71.445 habitantes, sendo, destes, 71.180 moradores da zona urbana e 265 moradores da zona rural, o que caracteriza o município com alto grau de urbanização (99,6%) (IBGE, 2010).

O município é considerado a capital do Vale do Taquari e tem predomínio de habitantes descendente de imigrantes alemães, italianos e açorianos. Lajeado possui comércio forte, infraestrutura, recursos humanos qualificados, grandes empresas e indústrias, uma população preocupada com o meio ambiente e um patrimônio histórico cultural preservado. O Município possui uma economia diversificada, uma boa estrutura turística e uma gastronomia variada. De acordo com a avaliação da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN), Lajeado está entre as 13 cidades brasileiras mais desenvolvidas nos aspectos emprego e renda, educação e saúde. Em avaliação no ano base de 2013, o FIRJAN avaliou 5.565 municípios, dos quais, Lajeado ficou em primeiro lugar no Rio Grande do Sul, e 13º lugar no Brasil (LAJEADO, 2016).

Existem 42 médicos estrangeiros em atividade no Vale do Taquari. Lajeado é o município com maior número desses profissionais (16ª CRS, 2016). A atenção básica de Lajeado é composta por 14 ESF: Centro 1, Moinhos, São Bento, Jardim do Cedro, Morro 25, Santo André, Olarias 1, Olarias 2, Montanha 1, Montanha 2, Campestre, Conservas, Conventos e Santo Antônio¹².

Os profissionais atuantes nas ESF são: Enfermeiro, Médico da ESF, Médico Clínico, Médico Pediatra, Cirurgião- Dentista, Nutricionista, Fisioterapeuta, Auxiliar de enfermagem, Técnico de enfermagem, Agente comunitário de saúde, Auxiliar em saúde bucal, Assistente administrativo e Serviço geral.

Os profissionais que compõe o quadro de colaboradores de cada ESF está descrito abaixo:

¹² Os nomes das ESF foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado em 2014.

Profissionais	Santo André	Campestre	Olarias I	Olarias II	Conventos	Montanha I	Montanha II
Enfermeiro	1	1	1	1	1	1	1
Médico da ESF	1	1	1	1	1	1	1
Médico Clínico	-	1	1	1	1	1	1
Médico Pediatra	1	1	1	1	2	1	1
Cirurgião- Dentista	1	1	1	1	1	-	-
Nutricionista	1	1	1	1	1	1	1
Fisioterapeuta	-	-	2	-	-	-	-
Auxiliar de enfermagem	1	1	1	1	-	-	1
Técnico de enfermagem	3	1	2	2	3	2	2
Agente comunitário de saúde	5	5	6	6	7	8	9
Auxiliar em saúde bucal	1	-	-	-	1	-	-
Assistente administrativo	1	1	2	1	1	1	1
Serviço geral	1	1	1	1	1	1	1
Profissionais	Moinhos	São Bento	Centro	Jardim do Cedro	Santo Antônio	Conservas	Morro 25
Enfermeiro	2	1	1	1	2	1	1
Médico da ESF	1	1	1	1	1	1	1
Médico Clínico	1	-	1	-	1	1	1
Médico Pediatra	1	1	-	-	1	1	1
Cirurgião- Dentista	1	1	-	1	1	1	1
Nutricionista	-	-	-	1	1	1	1
Fisioterapeuta	-	-	-	-	1	-	-
Assistente Social	-	-	-	-	1	-	-
Auxiliar de enfermagem	-	1	-	-	-	-	-
Técnico de enfermagem	4	1	2	4	4	4	3
Agente comunitário de saúde	5	5	6	9	7	6	4
Auxiliar em saúde bucal	1	-	-	-	-	1	-
Assistente administrativo	1	1	1	1	1	1	1
Serviço geral	1	1	1	1	1	1	1

Em relação aos participantes do estudo, este foi desenvolvido com as pessoas com DM cadastradas e atendidas nas ESF e com os profissionais de saúde que trabalham com essa população no período que ocorreu a coleta de dados. Para as pessoas com DM estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: pessoas com DM atendidas nas ESF com mais de 18 anos. Além disso, foram excluídas as pessoas que não possuíam condições mentais de responder aos questionários.

Os critérios de inclusão dos profissionais participantes deste estudo foram: ser profissional de saúde da equipe que atua na ESF e trabalhar com as pessoas com diabetes durante o período de coleta de dados; ter, no mínimo, seis meses de serviço; formação de nível superior, técnico e médio para os ACS. Foram excluídos os profissionais que estavam em período de férias ou em atestado médico no período da coleta de dados.

Quanto aos indicadores, para verificar as ações desenvolvidas nas ESF que buscam promover a QV das pessoas com DM, a equipe de pesquisa elegeu os seguintes indicadores: perfil epidemiológico das pessoas com DM; conhecimento sobre o DM; adesão ao tratamento medicamentoso; adesão às atividades de autocuidado; avaliação da QV das pessoas com DM, nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; significado de ter QV para quem tem DM e ações desenvolvidas que buscam melhorar a QV das pessoas com DM.

3.1.3 Escolha da bibliografia de referência e das fontes de informação

Este passo consiste na definição das fontes de informações de tal maneira que cada indicador escolhido possa ser conhecido teoricamente em sua expressão concreta. Ainda é preciso considerar a leitura de bibliografia que vai fazer parte do campo semântico do tema da pesquisa, esclarecendo a todos os participantes os conceitos centrais, os objetivos, os indicadores e os estudos nacionais e internacionais em que a temática se encontra. Assim, foi desenvolvido um aprofundamento teórico acerca de cada indicador estabelecido na etapa anterior. Também foi realizada a pesquisa bibliográfica em bases de dados de impacto nacional e internacional, estabelecendo uma discussão do panorama em que a temática se encontra.

3.1.4 Construção dos instrumentos para a coleta primária e secundária das informações

Nesta etapa é definida a elaboração dos instrumentos de investigação, que consiste em uma tarefa técnica de responsabilidade da equipe de investigação. Os instrumentos de pesquisa empírica devem ser elaborados por meio de equipes organizadas disciplinarmente, com base no objeto, objetivos e indicadores. Assim, foram estabelecidos os seguintes instrumentos que contemplaram as abordagens quantitativas e qualitativas.

Na abordagem qualitativa foram construídos dois instrumentos com questões norteadoras para a realização das entrevistas semiestruturadas, sendo um para os

profissionais de saúde e o outro para as pessoas com DM.

A entrevista, como técnica de coleta de dados, se destaca por ser uma estratégia utilizada na pesquisa de campo. A entrevista possibilita aproximar os fatos ocorridos na realidade da teoria existente sobre o tema analisado. É realizada por iniciativa do entrevistador, com intuito de construir informações relevantes para um objeto de pesquisa. Pode-se dizer que é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores. A entrevista semiestruturada, combina questões fechadas e abertas como um guia, em que os participantes têm a oportunidade de falar sobre o tema em questão sem se prender a pergunta formulada (MINAYO, 2014).

As entrevistas realizadas com os profissionais de saúde foram norteadas pelas questões: O que é QV para uma pessoa com DM? Quais estratégias estão sendo desenvolvidas por sua ESF para promover a QV das pessoas com DM? Qual a relação das questões sociais, ambientais, físicas e psicológicas para a promoção e manutenção da QV das pessoas com DM? Você acha que as pessoas com DM, atendidas por sua ESF, possuem conhecimento acerca de sua doença? Você acha que as pessoas com DM atendidas por sua ESF apresentam boa adesão ao tratamento medicamentoso da doença? Você acha que as pessoas com DM atendidas por sua ESF realizam as atividades de autocuidado necessárias para controlar a doença? (APÊNDICE A).

Após a realização das entrevistas com os profissionais de saúde foi realizada a coleta de dados com as pessoas com DM, por meio de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram norteadas pelas questões: O que é QV para você? O que é QV para uma pessoa com DM? Quais estratégias estão sendo desenvolvidas por sua ESF para promover a sua QV? (APÊNDICE B).

Após a obtenção de dados da parte qualitativa, foram coletados os dados quantitativos, por meio da aplicação de cinco questionários às pessoas com DM, os quais serão descritos a seguir:

✓ **Questionário do perfil sociodemográfico e avaliação clínica**

O questionário do perfil sociodemográfico e avaliação clínica (APÊNDICE C) foi construído, pela pesquisadora, com base na proposta de Rodrigues (2011) e de

Resende Neta (2012) e contém as variáveis sociodemográficas e clínicas. As variáveis sociodemográficas foram: idade, sexo, cor, profissão, ocupação (trabalho), nível de escolaridade, estado civil, religião, renda mensal familiar, composição de pessoas com diabetes que vivem em sua casa. As variáveis clínicas foram: tempo da doença, comorbidades, antecedentes familiares, fatores de risco, complicações, tratamento e participação em grupos de educação em diabetes.

✓ **Questionário WHOQOL-bref**

O questionário Whoqol-bref (ANEXO A) é a versão abreviada do WHOQOL-100 realizado pelo grupo Qualidade de Vida da OMS. A versão em português do instrumento foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1998, coordenado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (FLECK et al., 2000).

Trata-se de um instrumento breve, de rápida aplicação, que pode ser aplicado tanto em populações com algum tipo de doença, como em populações saudáveis. Esse questionário possibilita a realização de outras pesquisas futuras em diversas populações que já foram objeto de estudos ou não. Essas pesquisas podem suscitar novos conhecimentos, levantar questionamentos e contribuir para a tomada de decisões que melhorem a QV das pessoas (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

O Whoqol-bref possui uma escala para medir QV em adultos em uma perspectiva transcultural, considerando como características essenciais o caráter subjetivo da QV (contemplando fatores positivos e negativos) e sua natureza multidimensional. É formado por questões autoaplicáveis e aborda a percepção dos sujeitos em seu contexto, na sua cultura e seus valores sobre sua QV. É pedido que a pessoa entrevistada realize uma reflexão acerca das duas últimas semanas de sua vida e avalie como se sente quanto à sua QV, tendo em vista seus valores, aspirações, prazeres e preocupações, assinalando somente uma das cinco alternativas apresentadas para cada uma das questões (FLECK et al., 2000).

O WHOQOL-bref envolve 26 questões, nomeadas facetas, nas quais são investigados quatro domínios: físico, psicológico, ambiental e das relações sociais. O domínio físico no instrumento WHOQOL-bref equivale às questões 3, 4, 10, 16, 15,

17 e 18, com sete itens: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamento; e capacidade de trabalho. O domínio psicológico corresponde às questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26, formado pelos seguintes itens: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e crenças pessoais. Já as relações sociais representam três itens: relações pessoais, suporte social e atividade sexual, e são referentes às questões 21, 20 e 22. O quarto domínio, por sua vez, é relativo ao meio ambiente, sendo formado pelos itens: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e disponibilidade sociais e qualidade; oportunidade de conseguir novas informações e habilidades, participação e oportunidade de recreação e lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima) e transporte, sendo esses itens correspondidos pelas questões 8, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 (FLECK et al., 2000).

As questões do instrumento WHOQOL-bref apresentam quatro tipos de escalas de respostas (intensidade, capacidade, frequência e avaliação), cada uma com cinco níveis. A escala de intensidade varia de “nada” ao “extremamente” (questões 3 a 9); a escala de capacidade varia de “nada” ao “completamente” (questões 10 a 14); a escala de avaliação varia de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” (questão 2 e questões 16 a 25) e “muito ruim” a “muito bom” (questões 1 e 15), e a escala de frequência varia de “nunca” a “sempre” (questão 26). Todas essas palavras são denominadas âncoras, e cada uma delas possui uma pontuação de 1 a 5, sendo que os escores são invertidos da seguinte forma: se a resposta for 1, a pontuação será 5; se 2, será 4 e, assim, sucessivamente nas questões 3, 4 e 26 (FLECK et al., 2000).

A determinação dos escores dos domínios do WHOQOL-bref é realizada em etapas. Primeiramente, somam-se todos os itens incluídos dentro de um domínio, e, após, divide-se pela média de questões respondidas e, posteriormente, multiplica-se por quatro. Na segunda etapa, diminui-se de cada domínio o valor de quatro e multiplica-se por 6,25 (ou 100/16). Assim, o resultado final de cada domínio vai variar de 0 a 100 (FLECK et al., 2000).

Os dados do questionário WHOQOL-Bref foram analisados conforme sintaxe prevista pelo grupo de estudos que realizou a tradução do documento (ANEXO B).

Para melhor compreensão da QV das pessoas com DM, foi utilizada a escala Likert, proposta por Padrão (2008), dividida em cinco classes de igual tamanho: muito ruim (0-20); ruim (21-40); nem ruim nem boa (41-60); boa (61-80); muito boa (80-100).

✓ **Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)**

O questionário MAT (ANEXO C) refere-se a um instrumento genérico desenvolvido, adaptado e validado por Delgado Lima (2001). É uma escala composta por sete itens, que se destina a avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso. Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados por Morisky, Green e Levine (1986); os itens 5 e 6 foram adaptados de Ramalhinho (1994); e o item 7, de Sheal et al. (1992).

Os três últimos itens mencionados foram incluídos ao MAT para elucidar novas circunstâncias de não adesão, como a ingestão em excesso do medicamento pelo indivíduo por se sentir pior, a identificação de dificuldades econômicas para aquisição do medicamento e uma reflexão acerca de seu comportamento de não adesão ao tratamento, não abordados nos itens anteriores (DELGADO; LIMA, 2001).

As respostas alcançadas através da escala Likert variam de 1 (sempre) a 6 (nunca) pontos. A soma dos valores conseguidos é dividido pelas 7 perguntas do questionário e variam de 1 a 6. Os valores finais 5 e 6 são como 1 (aderente na escala original) e os demais valores são contabilizados como zero (não aderentes na escala original), apresentando a escala dicotômica sim/não (aderente/não aderente) (DELGADO; LIMA, 2001).

Para a adequação ao português, do Brasil, Faria (2008) realizou um estudo piloto com pessoas diabéticas e modificou duas expressões: a expressão “toma de medicamentos” no segundo item foi substituída por “tomada de medicamentos” e a expressão “doença” foi substituída por diabetes em cada item do instrumento.

✓ **Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A)**

O DKN-A (ANEXO D) é um questionário de autopreenchimento, com 15 itens de múltipla escolha, sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral de DM. Apresenta cinco amplas categorias: a) fisiologia básica, incluindo a ação da

insulina, b) hipoglicemia, c) grupos de alimentos e suas substituições, d) gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença, e) princípios gerais dos cuidados da doença (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

A escala de medida é de 0-15 e cada item é medido com escore 1 para resposta correta e 0 (zero) para a incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15, algumas respostas são corretas e todas devem ser conferidas para obter o escore 1. Um escore maior que 8 indica bom conhecimento sobre DM (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

✓ **Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes – QAD**

Foi verificado o autocuidado das pessoas com DM utilizando-se o questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) (ANEXO E). Trata-se da versão do instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA) de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), traduzida e adaptada para a cultura brasileira por Michels et al. (2010), usada como estratégia de mensuração das atividades de autocuidado de pessoas com diabetes.

O SDSCA é considerado instrumento de fácil aplicação e de custo controlado, com adequada confiabilidade teste-reteste e evidência de validade e sensibilidade à mudança. Apresenta-se como excelente opção de avaliação do autocuidado com o diabetes, o que antes era visto como algo particular e subjetivo, pode agora, ser mensurado de forma precisa.

Esse questionário é composto por seis dimensões e 15 itens: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e medicação. Apresenta, também, três itens que fazem referência ao tabagismo. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, que correspondem aos comportamentos relativos aos últimos sete dias. O zero é a condição menos desejável e o sete é a mais desejável, exceto na dimensão alimentação específica, em que os valores são invertidos. Os hábitos tabágicos são considerados separadamente, por estarem codificados de maneira diferente, com valorização da média de cigarros consumidos por dia (MICHELS et al., 2010).

O SDSCA não pode fornecer um escore geral de aderência; nem mesmo os

itens agrupados por dimensão podem ter escores de aderência. Apenas as dimensões alimentação geral, atividade física e monitorização da glicemia, por mostrarem boa correlação interitens, permitem cálculo de escore de aderência (MICHELS et al., 2010). Contudo, apresenta-se como excelente alternativa de mensuração das atividades de autocuidado de pessoas com diabetes.

3.1.5 Organização e realização do trabalho de campo

Momento de trabalho de campo em que os pesquisadores devem ser capacitados para o adequado relacionamento com o ambiente a ser investigado e as pessoas para a observação e aplicação dos instrumentos. Dessa maneira, nesta etapa, os pesquisadores buscaram uma aproximação com o serviço e as equipes das ESF para iniciar o trabalho de campo. Os profissionais do serviço disponibilizaram uma lista com os nomes e endereços das pessoas com DM atendidas nas ESF. Em alguns momentos, os pesquisadores acompanharam os ACS nas Visitas Domiciliares (VD), visando uma integração entre pesquisadores e participantes, para se estabelecer um bom relacionamento. A coleta de dados foi realizada no período de abril a outubro de 2015.

Assim, inicialmente, realizou-se uma aproximação com os serviços e os profissionais inseridos, buscando compreender a dinâmica de trabalho e identificar os profissionais que desenvolvem ações voltadas às pessoas com diabetes. Após esta inserção, no campo, iniciou-se a realização das entrevistas com os profissionais de saúde.

Em relação à coleta de dados com os profissionais de saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas, foram convidados todos os profissionais das ESF que trabalham diretamente com as pessoas com DM, sendo que o mínimo foi um profissional de saúde por ESF. Assim, participaram desta pesquisa 14 profissionais de saúde, sendo um de cada ESF. O convite foi realizado pessoalmente pelos pesquisadores.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, individualmente,

gravadas em dispositivo digital e, posteriormente, transcritas na íntegra. Teve-se o cuidado em conduzir a entrevista, ouvindo os profissionais sem manifestar julgamento. O tempo da entrevista foi de, aproximadamente, 60 minutos, dependendo da subjetividade do participante. Esta foi realizada em horário fora do serviço do profissional, em uma sala da ESF, reservada com antecedência. Ressalta-se que, devido ao fato de as entrevistas serem realizadas fora do horário do serviço, poderia haver resistências quanto à participação desses profissionais, contudo, a adesão dos profissionais foi satisfatória. As entrevistas foram agendadas logo após o término do turno de trabalho, ou conforme a preferência de cada profissional, a fim de otimizar o tempo dos entrevistados e de evitar a resistência de sua participação.

Quanto à coleta de dados das pessoas com DM, esses indivíduos foram convidados aleatoriamente a participar das entrevistas, de modo que tivesse, no mínimo, uma pessoa com DM de cada ESF. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, individualmente, no próprio domicílio das pessoas, agendadas com antecedência, gravadas em dispositivo digital e, posteriormente, transcritas na íntegra. A pesquisadora teve o cuidado em conduzir a entrevista, ouvindo as pessoas sem manifestar julgamento. O tempo da entrevista dependeu da subjetividade de cada participante.

Ainda, na coleta de dados com as pessoas com DM, foram aplicados os cinco questionários. Para determinação do tamanho da amostra do estudo, foi levado em consideração que, no ano de 2013, foram cadastrados, 1.125 pessoas com DM com 18 anos ou mais no SIAB do município do estudo. Portanto, para uma amostra com 95% de confiança e 4,4% de erro, 350 pessoas foram avaliadas.

A aplicação dos questionários com as pessoas com DM foi realizada no âmbito domiciliar desses indivíduos, com o auxílio de estudantes dos cursos de graduação da área da saúde da Univates que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa (APÊNDICE D). Ressalta-se que as pesquisadoras proporcionaram uma capacitação aos estudantes e acompanharam-nos nas primeiras coletas. Após perceber que os estudantes estavam aptos para a realização da aplicação dos questionários, estes realizaram, sozinhos, as coletas.

A aplicação dos questionários foi agendada previamente com as pessoas com DM. Salienta-se que, no momento da aplicação, as pessoas realizaram a leitura e preencheram os questionários sozinhas. Para as pessoas que precisaram de auxílio, foi realizada a leitura dos questionários pelos pesquisadores, em local silencioso, que preencheram as respostas conforme apontadas pelos sujeitos participantes. Não foram deixados questionários para serem preenchidos posteriormente à visita. O tempo para preenchimento dos questionários foi, aproximadamente, de 60 a 90 minutos.

3.1.6 Análise das informações coletadas

Este passo configura-se na ordenação dos dados, na sua classificação e na análise. Os pesquisadores precisam comparar os objetivos e os resultados, analisar o uso dos recursos metodológicos, dimensionar as metas estabelecidas para cada etapa do processo e as relevâncias dos seus dados quantitativos e qualitativos. Por meio da triangulação de métodos, buscou-se, primeiramente, realizar a análise dos instrumentos de trabalho de campo de forma separada.

As entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e com as pessoas com DM foram analisadas por meio da Análise Temática da Proposta Operativa de Minayo (2014), a qual é sustentada pela corrente filosófica do materialismo dialético que se constitui a partir dos aspectos socioculturais. Essa análise é definida pela descoberta dos núcleos de sentido, que estabelecem uma comunicação sobre a frequência ou presença de um determinado significado para o objeto que está sendo analisado (MINAYO, 2014).

Essa análise caracteriza-se por dois momentos. O primeiro, conhecido como fase exploratória, contempla o mapeamento e as combinações essenciais da pesquisa. E o segundo momento, chamado de interpretativo, representa o ponto de partida e de chegada da pesquisa, havendo convergência com os fatos empíricos. Esse momento tem nas falas dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações, possuindo um significado cultural do grupo e conexão ampliada (MINAYO, 2014).

O momento interpretativo constitui-se em três etapas: a ordenação dos dados, a classificação dos dados e a análise final. A primeira etapa, ordenação dos dados, incide na organização dos dados, englobando a transcrição das informações provenientes da técnica de coleta dos dados, a releitura das entrevistas e a organização dos relatos. A segunda, classificação dos dados, consiste no processo de categorização e é constituído por algumas etapas, sendo uma delas a leitura horizontal e exaustiva das falas, na qual se estabelece o primeiro contato entre o pesquisador e o material de campo e ocorre por meio de leituras flutuantes, permitindo ao pesquisador perceber as estruturas de importância e as ideias centrais. A outra etapa é a leitura transversal, em que são delineados os temas, as categorias ou as unidades de sentido, unindo as partes semelhantes e buscando apreender as conexões entre elas. A terceira etapa, denominada de análise final, compreende a relação dos dados obtidos com o referencial teórico e o relatório final da apresentação dos resultados da pesquisa (MINAYO, 2014).

Os questionários aplicados às pessoas com DM foram tabulados em planilha Excel. Foi realizada a análise estatística descritiva e inferencial, sendo utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 21. As variáveis quantitativas serão descritas através de média e desvio padrão, e as variáveis qualitativas através de frequência absoluta e relativa. Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos.

Na estatística inferencial, foi realizada a ANOVA (com teste *pos-hoc* de *Tukey*) para comparação de médias entre grupos de variáveis paramétricas e *Kruskal-Wallis* para as variáveis não paramétricas. A correlação de *Pearson* foi utilizada para comparação da associação entre variáveis analisadas e os escores de QV. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p \leq 0,05$.

3.1.7 Elaboração do informe final

Este passo deve contemplar: o objeto do estudo, os objetivos, uma síntese teórica dos conceitos principais que informam as análises, as metodologias de abordagem, a contextualização, a descrição dos vários processos estudados sob a

perspectiva dos pesquisadores, a síntese contendo resultados e conclusões. Na concepção da triangulação, o informe não representa apenas um somatório de resultados disciplinares. É uma construção do coletivo de pesquisa, em forma de síntese. Na construção do informe poderá haver capítulos mais históricos, outros de base mais estatística, outros que dão ênfase à elaboração de significados, porém, cada capítulo ou parte precisa estar iluminado pela contribuição dos outros. Neste caso, o informe final do estudo ocorre por meio da apresentação da tese.

3.2 Aspectos éticos do estudo

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo como mérito dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos de pesquisa (BRASIL, 2012b). O projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Lajeado/RS, com a finalidade de solicitar autorização para sua execução (APÊNDICE E). Após, o projeto de pesquisa foi apresentado à Banca de Exame de Qualificação e, posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP).

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo COEP do Centro Universitário UNIVATES, sob número: 997.286, e CAAE: 42472215.7.0000.5310. Para desenvolver a pesquisa, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais e outro para as pessoas com diabetes (APÊNDICE F e G), que foi apresentado antes da coleta das informações, ficando uma cópia com o participante e outra com o pesquisador do estudo. Esse termo contém uma linguagem acessível e inclui os objetivos, a justificativa, os métodos, a forma de andamento da pesquisa, a liberdade da desistência dos sujeitos a qualquer momento, sem que haja prejuízos a sua pessoa e/ou ao cuidado/tratamento de sua saúde e a garantia do anonimato. Para manter o sigilo das falas e a identidade dos participantes, os profissionais foram identificados como PS e as pessoas com Diabetes *Mellitus* como PD, sendo que todos se encontraram acompanhados de um número conforme a ordem de transcrição das

falas.

Foi esclarecido aos participantes que a participação tanto dos profissionais quanto das pessoas com diabetes seria por meio de entrevistas ou questionários individual e, a princípio, não sofreriam riscos, mas, poderiam sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve para responder os questionários. Caso isso viesse a acontecer, a entrevista seria concluída e o participante seria encaminhado para conversar com um profissional do serviço de ESF, previamente contatado.

Foi explicado aos participantes que teriam benefícios indiretos, pois as informações coletadas forneceriam subsídios para a promoção de ações voltadas a melhorias da QV das pessoas com DM, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Quanto à declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos ao término deste estudo, cabe esclarecer que os achados deste trabalho serão divulgados por meio de artigos publicados em revistas e participações em eventos, sendo garantido o anonimato dos sujeitos e dos serviços.

Os pesquisadores foram responsáveis por todos os custos da pesquisa. Comprometeram-se em utilizar os materiais e dados coletados somente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados. Salienta-se que não ocorreram conflitos de interesses entre pesquisadores e participantes da pesquisa.

Durante a realização da pesquisa, os dados (gravações, informações cadastrais e consentimentos) ficaram sob a guarda dos pesquisadores para realizar a análise e comparação entre os dados. Com o fim do estudo, esses dados foram arquivados e serão mantidos por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por meio da caracterização dos participantes e pelas seguintes categorias: adesão ao tratamento medicamentoso; conhecimento sobre diabetes; adesão às atividades de autocuidado; avaliação da qualidade vida das pessoas com diabetes; significado de ter QV para uma pessoa com diabetes; ações desenvolvidas pelas ESF para melhorar a QV das pessoas com diabetes; e QV e algumas associações, as quais serão descritas a seguir.

4.1 Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes do estudo será apresentada por meio dos itens: caracterização das pessoas com diabetes e profissionais de saúde: abordagem qualitativa; e perfil epidemiológico das pessoas com diabetes: dados quantitativos.

4.1.1 Caracterização das pessoas com diabetes e profissionais de saúde: abordagem qualitativa

Nas entrevistas semiestruturadas, participaram 14 pessoas com diabetes, sendo um participante de cada ESF. Destes, 78,6% eram mulheres e 21,4% homens. Quanto à idade das pessoas, 7,1% figuravam na faixa etária de 50 a 60 anos, 71,5% na faixa etária de 61 a 70 anos e 21,4% na faixa etária de 71 a 75 anos. Todos eram

aposentados. Também, 7,1% eram analfabetos e 92,9% possuíam o ensino fundamental incompleto. Quanto à renda, 50,0% recebiam até um salário, 28,6% recebiam entre um a dois salários e 21,4% recebiam acima de dois salários mínimos por mês. No que diz respeito ao tempo que as pessoas possuíam diabetes, 21,4% possuíam até cinco anos, 42,8% possuíam entre cinco a 10 anos e 35,8% acima de 10 anos (TABELA 1).

Para a realização das entrevistas semiestruturadas, participaram também 14 profissionais de saúde, sendo um profissional de cada ESF. Destes, 92,9 % eram mulheres e 7,1% eram homens. Quanto à idade dos profissionais, 21,4% estavam na faixa etária de 20 a 30 anos, 21,4% na faixa etária de 31 a 40 anos, 42,9% na faixa etária de 41 a 50 anos e 14,3% com 51 anos ou mais. Em relação à profissão-ocupação, 57,1% eram enfermeiros, 28,6% ACS e 14,3% nutricionistas. Quanto ao tempo de formação dos profissionais, 35,7% possuíam até dois anos de formação, 14,3% estavam entre 3 a 5 anos, 42,9% de 6 a 10 anos e um profissional tinha mais de 10 anos de formado. No que diz respeito ao tempo de atuação no cargo atual, 50,0% dos profissionais possuíam até dois anos, 21,4% possuíam de três a cinco anos e 28,6% possuíam acima de cinco anos (TABELA 1).

Entre os 10 profissionais com graduação, 40,0% não possuíam pós-graduação e 60,0% possuíam pós-graduação, quais sejam: Atenção Básica; Saúde da Família; Educação em Saúde; Saúde Pública, Dietoterapia nos Ciclos da Vida; Emergência em UTI e Atenção Psicossocial. Quanto ao tempo de atuação com pessoas com diabetes, 35,7% trabalhavam até dois anos, 28,6% trabalhavam de três a cinco anos, 28,6% de cinco a 10 anos e 7,15% trabalhavam com pessoas com diabetes há mais de 10 anos (TABELA 1).

Tabela 1 - Caracterização das pessoas com diabetes e profissionais de saúde que participaram das entrevistas (abordagem qualitativa)

Variáveis	Categorias	n	%
Pessoas com diabetes			
Sexo	Masculino	3	21,4
	Feminino	11	78,6
Idade	50 a 60	1	7,1

Variáveis	Categorias	n	%
	61 a 70	10	71,5
	70 ou mais	3	21,4
Ocupação	Aposentado	14	100,0
Escolaridade	Analfabeto	1	7,1
	Ensino fundamental incompleto	13	92,9
Renda	Até um salário	7	50,0
	1 a 2 salários	4	28,6
	> 2 salários	3	21,4
Tempo da doença	Até 5 anos	3	21,4
	5 a 10 anos	6	42,8
	>10 anos	5	35,8
Profissionais de saúde			
Sexo	Masculino	1	7,1
	Feminino	13	92,9
Idade	20 a 30	3	21,4
	31 a 40	3	21,4
	41 a 50	6	42,9
	51 ou mais	2	14,3
Ocupação	Enfermeiro	8	
	Nutricionista	2	14,3
	Agente comunitário de saúde	4	28,6
Tempo de formação	Até dois anos	5	35,7
	3 a 5 anos	2	14,3
	6 a 10 anos	6	42,9
	>10 anos	1	7,1
Pós-graduação	Sim	4	40,0
	Não	6	60,0
	Total de graduados	10	100,0
Tempo de atuação no cargo atual	Até 2 anos	7	50,0
	3 a 5 anos	3	21,4
	>5 anos	4	28,6
Tempo de atuação com pessoas com diabetes	Até 2 anos	5	35,7
	3 a 5 anos	4	28,6
	5 a 10 anos	4	28,6
	>10 anos	1	7,1

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

4.1.2 Perfil epidemiológico das pessoas com diabetes: dados quantitativos

A amostra da coleta de dados quantitativos constituiu-se em 25 pessoas de cada uma das 14 ESF do município, totalizando 350 pessoas com DM.

Ao analisar as variáveis sociodemográficas, verificou-se que a maioria (68,0%) das pessoas com DM eram do sexo feminino. A média de idade dessa população foi de 64,4 (DP=11,2). A faixa etária que apresentou maior prevalência foi de 60 a 69 anos, com percentual de 36,6%. Quanto ao estado civil, a maioria (64,9%) era casada. A variável escolaridade apresentou maior prevalência na categoria ensino fundamental incompleto, com 68,6%. As pessoas que não sabiam ler nem escrever representavam 11,7% da população, e apenas 0,3% possuíam ensino superior completo (TABELA 2).

Quanto à ocupação, 68,9% eram aposentados, 9,7% do lar e 6,3% pensionistas. A cor branca prevaleceu, com 85,7% das pessoas com DM. Quanto à renda mensal familiar, 21,7% recebiam até um salário, 46% de um a dois salários e 28,6% de dois a quatro salários (TABELA 2).

Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas das pessoas com DM atendidas nas ESF de um município do RS, 2015

Variáveis	Categorias	N 350	%
Sexo	Masculino	112	32,0
	Feminino	238	68,0
Cor	Branca	300	85,7
	Preta	24	6,9
	Parda	25	7,1
	Amarela	1	0,3
Idade	18 a 39	9	2,6
	40 a 49	22	6,3
	50 a 59	66	18,8
	60 a 69	128	36,6
	70 a 79	93	26,6
	80 ou mais	32	9,1
Estado Civil	Solteiro	21	6,0
	Casado	227	64,9
	Viúvo	81	23,1
	Divorciado	21	6,0

Variáveis	Categorias	N 350	%	
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	41	11,7	
	Ensino fundamental incompleto	240	68,6	
	Ensino fundamental completo	14	4,0	
	Ensino médio incompleto	33	9,4	
	Ensino médio completo	16	4,6	
	Ensino superior incompleto	5	1,4	
	Ensino superior completo	1	0,3	
	Religião	Sim	343	98,0
		Não	7	2,0
Ocupação	Aposentado ou pensionista	241	75,2	
	Do lar	34	9,7	
	Autônomo	14	4,0	
	Outras	39	11,1	
Renda familiar	Até 1 salário	76	21,7	
	Entre 1 a 2 salários	161	46,0	
	Entre 2 a 4 salários	100	28,6	
	Entre 4 a 10 salários	13	3,7	

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

No estudo das variáveis de avaliação clínica dos participantes, quanto ao tipo de DM, constatou-se maior prevalência (96,0%) de pessoas com DM Tipo 2, 3,1% com DM Tipo 1 e 0,9% com DM gestacional. Em relação ao número de membros da família que possuíam DM, a maioria (73,7%) possuía uma pessoa, 24,0% duas e 2,3% possuíam três pessoas. A média de tempo dos participantes com a doença foi de 9,2 (DP=6,8) anos, com maior prevalência (34,9%) de dois a cinco anos (TABELA 3).

Quanto às comorbidades, verificou-se que 89,1% das pessoas com DM possuíam também hipertensão arterial, 65,7% tinham dislipidemia, 48,9% eram obesos e 33,7 possuíam alguma enfermidade do coração. Em relação aos fatores de risco e doenças concomitantes, 63,1% possuíam antecedentes familiares com doenças cardiovasculares, 20,3% eram fumantes, 64,0% eram sedentários, 50,9% apresentavam sobrepeso/obesidade e 89,1% eram hipertensos (TABELA 3).

Sobre se têm ou já tiveram alguma complicação devido ao DM, 74,6% responderam que sim e 25,4% que não. Dentre as complicações agudas, a hiperglicemia apresentou maior percentual, com 87,4% da população. A retinopatia foi a complicação crônica que teve maior prevalência com 37,4%. Em relação ao tipo de tratamento, verificou-se que a maioria (78,9%) realizou o tratamento com dieta e antidiabéticos orais e 20,8% fizeram uso de insulina. Houve predominância do tratamento medicamentoso de 99,7% (TABELA 3).

Tabela 3 - Variáveis de avaliação clínica das pessoas com DM atendidas nas ESF de um município do RS, 2015

Variáveis	Categorias	N 350	%
Tipo de diabetes	Tipo 1	11	3,1
	Tipo 2	336	96,0
	Gestacional	3	0,9
Pessoas da família DM	1	258	73,7
	2	84	24,0
	3	8	2,3
Tempo da doença	0-5	142	40,6
	6-10	92	26,3
	11-15	62	17,7
	16 anos >	54	15,4
Comorbidades	Hipertensão	312	89,1
	Dislipidemia	230	65,7
	Obesidade	171	48,9
	Enfermidade do coração	118	33,7
Fatores de risco	Antecedentes familiares cardiovasculares	221	63,1
	Tabagismo	71	20,3
	Sedentarismo	224	64,0
	Sobrepeso/obesidade	178	50,9
	Hipertensão	312	89,1
Complicações	Sim	261	74,6
	Não	89	25,4
Complicações agudas	Hipoglicemia	164	46,9
	Coma hiperosmolar	31	8,9
	Cetoacidose	19	5,4
	Hiperglicemia	306	87,4
Complicações crônicas	Retinopatia	131	37,4
	Neuropatia	45	12,9

Variáveis	Categorias	N 350	%
	Pé diabético	33	9,4
	Nefropatia	30	8,6
Tipo de tratamento	Dieta	1	0,3
	Dieta e antidiabéticos orais	276	78,9
	Dieta e insulina	13	3,7
	Dieta, antidiabético oral e insulina	60	17,1

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A média do número de consultas das pessoas com DM nas ESF, nos últimos 12 meses, devido ao DM, foi de 2,6 (DP=1,8) vezes. Quando questionados se, durante o último ano, tiveram que recorrer a um serviço de urgência ou se estiveram internados devido ao DM, verificou-se que 10,3% responderam que sim e 89,7% não tiveram que recorrer ao serviço. Os motivos de buscarem um serviço de urgência foram: hiperglicemia, nefropatia, hipoglicemia, pé diabético, coma, além da hipertensão, que também esteve associada, em alguns casos, a tais motivos. O tempo de internação variou de algumas horas até onze dias, tendo maior prevalência um dia de internação, com percentual de 4,3%, seguido de dois e três dias, com 1,4% em cada período.

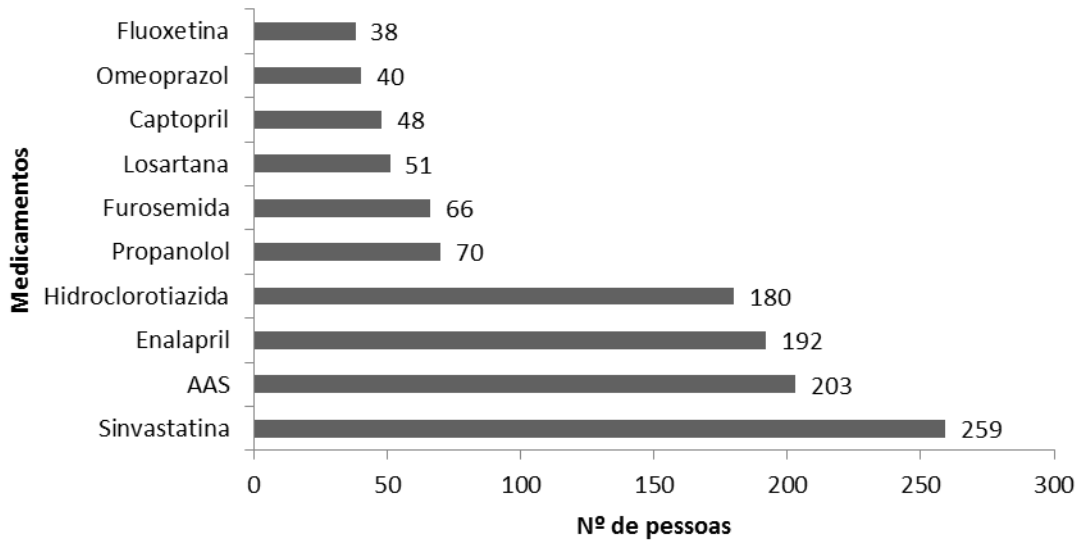
Quanto à avaliação clínica de especialistas nos últimos 12 meses, 29,7% consultaram cardiologistas, 25,4% oftalmologistas e 6,9% outros especialistas.

4.2 Tratamento medicamentoso

Quanto ao tratamento medicamentoso das 350 pessoas com DM, verificou-se que, destas, 87,1% (n= 305) tomavam metformina, 43,1% (n= 151) tomavam glibenclamida e 20,9% (n= 73) tomavam insulina.

Verificou-se, também, que os participantes tomavam medicamentos para outras doenças associadas. Entre os medicamentos mais recorrentes, estava a sinvastatina, que era utilizada por 35 pessoas ou mais, seguido do ácido acetilsalicílico (AAS), enalapril e hidroclorotiazida (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Medicamentos que as pessoas com DM mais fazem uso para outras doenças associadas



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Essa população também faz uso de algumas medicações com menor prevalência, entre elas, anlodipino, diazepam, digoxina, metropolol, atenolol, sertralina, atensina, cabomazepina, izorbida e amiodarona.

Ao analisar a adesão ao tratamento medicamentoso das 350 pessoas com DM atendidas nas ESF (Questionário MAT), verificou-se que 86,9 % aderiram ao tratamento e 13,1% não aderiram ao tratamento medicamentoso. Esse percentual elevado de adesão se confirmou nos relatos dos profissionais de saúde, os quais acreditam que as pessoas com diabetes atendidas nas ESF aderem ao tratamento medicamentoso da doença.

Sim, tem uma boa adesão, toda lógica medicamentosa que temos nas últimas gerações que tudo tem que ter remédio. O médico me deu este remédio, não preciso cuidar do resto, se ela tem a medicação, isso ela usa bem até mais do que precisaria, ela descuida um pouco das outras coisas e não acredita que o medicamento pode perder seu efeito ao longo do tempo com a evolução da doença, então o medicamentoso é bem seguido (P4).

Muito, eles pensam que podem comer um pão branco, um pedaço de torta ou outra coisa, porque o remédio vai fazer efeito. Eles têm o remédio como uma salvação, eles podem comer de tudo porque tomam os remédios (P7).

A maioria toma os medicamentos, às vezes atrasam a renovação da receita e passam algum período sem os medicamentos, mas depois voltam a tomar (P8).

Tomam, isso sim, eles tomam os medicamentos certinho, muito mais o medicamentoso que a dieta (P10).

Medicamentoso eu acho que a maioria sim, mas, ainda encontro pessoas que dizem que a médica me deu dois comprimidos, mas eu só tomo um, porque eu acho que um é suficiente, eu vim medir a glicose em tal dia e estava tanto, e se eu vou comer mais alguma coisa, eu tomo mais um. Mas, isso não é a maioria (P12).

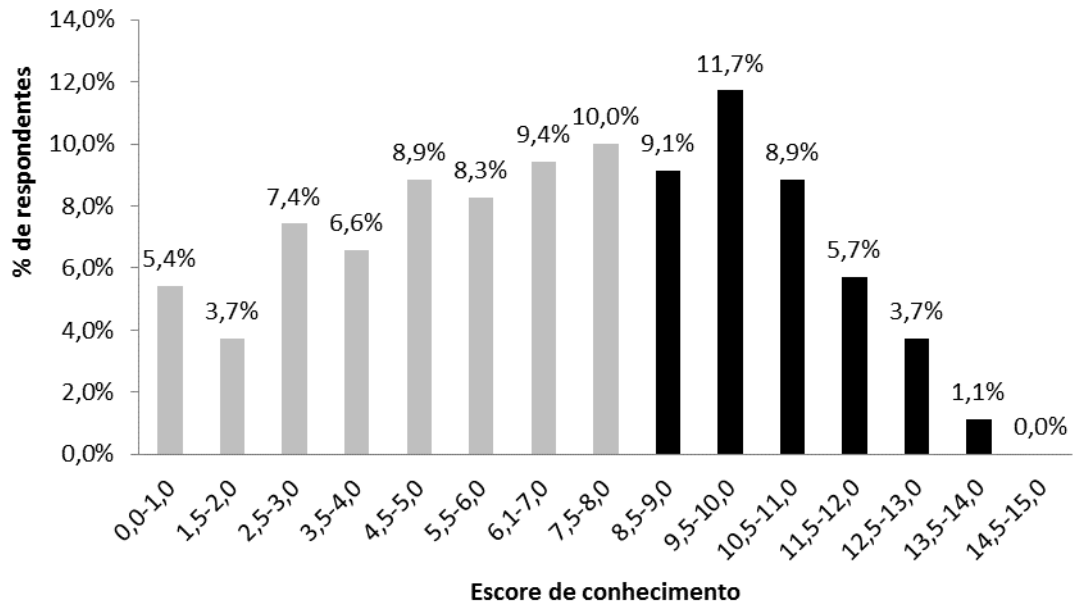
Os profissionais de saúde acreditam que, embora as pessoas com diabetes apresentem uma boa adesão aos medicamentos, ainda deixam a desejar em alguns cuidados, pois, às vezes, atrasam para renovar a receita e ficam por um período sem tomar os medicamentos. Ocorre também que, em alguns casos, as pessoas não cuidam da alimentação e acreditam que os medicamentos irão equilibrar seu descontrole na dieta. Ainda, há situações em que as próprias pessoas alteram a dosagem de medicamentos prescritos.

4.3 Conhecimento sobre diabetes

Os resultados obtidos sobre o questionário DKN-A, que avaliou o conhecimento que as 350 pessoas com diabetes possuem acerca da doença, mostraram que 40% possuem um bom conhecimento, tendo escores maiores do que oito, e 60% possuem um conhecimento insuficiente (escores inferiores ou iguais a oito). Esses percentuais indicam resultado insatisfatório para a compreensão das pessoas com diabetes sobre a doença.

Os escores de conhecimento sobre o diabetes do questionário DKN-A poderia ser de até 15, sendo que esse número máximo aconteceria no caso de os participantes acertarem todas as questões. Os escores que apresentaram maior percentual de respondentes foi entre 9 e 10 (11,7%) e o menor percentual (1,1%) foi para os escores de 13 a 14. Entre 0 a 1 teve 5,4% dos respondentes e somando os escores de 0 a 3 teve um percentual de 16,5% (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 – Escores obtidos pelos participantes com diabetes no questionário DKN-A, em relação ao conhecimento da doença e ao percentual de respondentes



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A frequência e o percentual de respostas corretas das pessoas com diabetes nos itens do instrumento DKN-A estão apresentados na Tabela 4. As questões que tiveram maior frequência de acertos foram as de número 3 e 11, com 78,0%, sendo que a questão 3 está relacionada com a faixa de variação normal de glicose no sangue (70 – 110 mg/dL) e a questão 11 com os alimentos que uma pessoa com DM pode comer à vontade (alface e agrião). Todavia, as que tiveram menor frequência foram as questões de número 9, com 6,9%, e a de número 15, com 10,3%. A primeira questionou era sobre o que deveria ser feito se uma pessoa com diabetes, que toma insulina, ficar doente ou não conseguir comer a dieta recomendada, sendo correta a resposta que afirmava que ela deveria usar hipoglicemiante oral para diabete em vez da insulina. A outra perguntou versou sobre a alternativa de substituição de alimentos no caso de a pessoa não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na sua dieta para o café da manhã, estando correta a alternativa de que ela pode trocar por dois pães de queijo médios.

Tabela 4 – Frequência e percentual de respostas corretas, das pessoas com diabetes para os itens do instrumento DKN-A

Questões e respectivas respostas corretas	n	%
1. Na diabete sem controle, o açúcar no sangue é: Alto.	226	64,6
2. Qual destas afirmações é verdadeira? O controle mal feito do diabetes pode aumentar a chance de complicações mais tarde.	187	53,4
3. A faixa de variação normal de glicose no sangue é: 70-110 mg/dl.	273	78,0
4. A manteiga é composta principalmente de: Gordura.	219	62,6
5. O arroz é composto principalmente de: Carboidratos.	123	35,1
6. A presença de cetonas na urina é: Um mau sinal.	135	38,6
7. Quais das possíveis complicações abaixo não estão geralmente associadas ao diabetes: Alterações nos pulmões.	212	60,6
8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve: Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde.	131	37,4
9. Se uma pessoa com diabetes, que toma insulina, ficar doente ou não conseguir comer a dieta recomendada: Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabete em vez da insulina.	24	6,9
10. Se você sente que a hipoglicemia está começando, você deve: Comer ou beber algo doce imediatamente.	245	70,0
11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes alimentos: Alface e agrião.	273	78,0
12. A hipoglicemia é causada por: Excesso de insulina.	47	13,4
13. Um quilo é: Uma unidade de peso (1ª resposta).	151	43,1
13. Um quilo é: Igual a 1000 gramas (2ª resposta).	127	36,3
14. Duas das seguintes substituições são corretas: Um pão francês é igual a quatro biscoitos de água e sal.	124	35,4
14. Duas das seguintes substituições são corretas: Um ovo é igual a uma porção de carne moída.	74	21,1
15. Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso: Comer quatro biscoitos de água e sal.	186	53,1
15. Se eu estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso: Trocar por dois pães de queijo médios.	36	10,3

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O pouco conhecimento das pessoas com diabetes acerca de sua doença também foi evidenciado na percepção dos profissionais de saúde. A maioria dos profissionais acredita que as pessoas com diabetes atendidas em suas ESF

possuem um conhecimento limitado sobre diabetes.

Elas veem a gente falar, mas não sei se as pessoas entendem o que que é e quais as consequências do diabetes futuramente. Elas não querem saber muito sobre a doença (P1).

Sabem minimamente o que é e não querem saber mais. Elas não se interessam a mudar seus hábitos de vida, preferem tomar medicamentos para controlar a glicose do que cuidar da dieta e realizar atividades físicas. As consequências da doença são ignoradas pela maioria das pessoas, até que a situação fique crítica (P2).

Não, de modo geral não. Eu não sei o que acontece, você senta, explica e fala sobre o diabetes e daqui um mês, se for conversar com eles, parece que eles deletaram, principalmente as pessoas com mais idade, eles tem dificuldade de compreensão (P5).

Elas não têm consciência das complicações que a doença pode causar. Eu converso com eles a importância de manter as extremidades aquecidas, de cuidar para não deixar uma unha encravada, a questão dos fungos também observar isso e o calçado também tem que cuidar, e eu noto que as pessoas não dão muita importância (P6).

50% sim, e a outra parte não tem interesse, acham que diabetes é uma tosse, uma gripe que pode viver tranquilo. Controlar doce e refrigerante não fazem, isso é lenda pra eles (P9).

Não acho que muito pouco, a ideia que eles têm é que o médico é suficiente, ele vai dar medicação e isso vai controlar a diabetes (P10).

Não tem um bom conhecimento porque o nível de escolaridade aqui é muito baixo, essas pessoas mais antigas muitos são analfabetos e não conseguem ler um rótulo, entender, por exemplo, que o sódio é a mesma coisa que o sal, tem muita dificuldade de entendimento das pessoas. Também são idosos e não aceitam muito as informações (P13).

Elas são orientadas, mas daqui a pouco o entendimento pode não ser tão bom, até devido ao grau de instrução (P14).

Segundo os relatos, alguns profissionais têm consciência de que as informações são transmitidas, todavia, acreditam que, muitas vezes, as pessoas não entendem tais informações. Ainda, os profissionais acreditam que, em alguns casos, isso pode ocorrer devido à falta de vontade das pessoas em adquirir conhecimento sobre sua doença. Além da falta de interesse, acreditam que o pouco conhecimento das pessoas pode ser em decorrência da idade e do nível de escolaridade, uma vez que a maioria é idosa e tem baixo nível de escolaridade, inclusive com percentual elevado de analfabetos. Tal situação pode dificultar a compreensão das pessoas sobre o DM.

Percebem, ainda, que algumas pessoas demonstram interesse em saber o

que é a doença e, quando se trata do tratamento, optam por assimilar somente a aprendizagem sobre os medicamentos e filtram as informações que dizem respeito aos cuidados com dieta e práticas de atividades físicas. As pessoas, além de não ter conhecimento sobre as consequências do diabetes, não demonstram interesse em refletir e discutir sobre o assunto. Outro aspecto que pode comprometer a compreensão das pessoas é o fato da banalização da doença, pois, às vezes, associam o diabetes não a uma doença crônica, mas a uma doença aguda que, ao ser tratada, curará.

4.4 Atividades de autocuidado com o diabetes

A mensuração das atividades de autocuidado das 350 pessoas com diabetes atendidas nas ESF de Lajeado/RS serão apresentados, inicialmente, por meio da descrição das médias de dias da semana obtidas nos itens do QAD e também por meio dos escores de cada domínio. O domínio medicação apresentou escore sete; cuidados com os pés apresentou escore cinco; alimentação geral e alimentação específica escore quatro; atividade física e monitorização de glicemia apresentaram escore um (TABELA 5).

Tabela 5 – Domínios e seus respectivos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes

Dimensão	Itens do QAD	Média de dias da semana	DP	Escore
Alimentação Geral	Seguir uma dieta saudável	4,6	3,0	4
	Seguir a orientação alimentar	2,6	3,2	
Alimentação Específica	Ingerir cinco ou mais porções de frutas e vegetais	2,7*	3,2	4*
	Ingerir alimentos ricos em gordura	4,8*	2,5	
	Ingerir doces	2,2*	2,4	
Atividade Física	Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários	1,1	2,2	1
	Realizar exercício físico específico (caminhar, nadar etc.)	1,2	2,2	
Monitorização da glicemia	Avaliar o açúcar no sangue	1,2	2,2	1
	Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	1,2	2,2	
Cuidado com os pés	Examinar os pés	4,9	3,0	5
	Examinar dentro dos calçados antes de calçá-los	4,7	3,2	
	Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	5,9	2,4	
Medicação	Tomar seus medicamentos do diabetes conforme recomendado	6,8	1,1	7

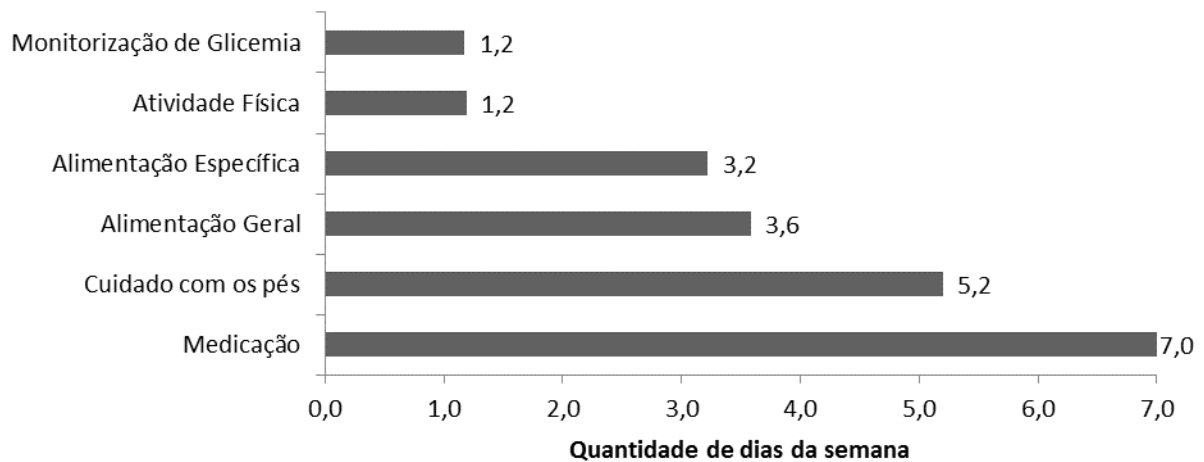
Dimensão	Itens do QAD	Média de dias da semana	DP	Escore
	Tomar injeções de insulina conforme o recomendado	6,9	0,3	
	Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	6,9	0,3	

Legenda: DP: desvio padrão; * Deve ser interpretado as médias com valores invertidos (0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1 e 7=0). Assim, justifica-se o escore 4 na dimensão Alimentação específica.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Verificaram-se, também, os dias da semana referentes às dimensões avaliadas no QAD. Na dimensão alimentação geral, foi de 3,6 (2,7) dias, alimentação específica 3,2 (1,6) dias, atividade física 1,2 (2,1), monitorização da glicemia 1,2 (2,2), cuidados com os pés 5,2 (2,2) e medicação 7,0 (1,2) (GRÁFICO 3).

Gráfico 3 – Dimensões avaliadas no Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A adesão das pessoas com diabetes a atividades de autocuidado, na percepção dos profissionais de saúde, mostrou que a **medicação** é o domínio que tem maior aderência. Essa constatação também foi encontrada na análise dos resultados do QAD, no qual a medicação representou o domínio com maior aderência (7,0 dias da semana). Seguem alguns relatos dos profissionais:

Os diabéticos usam os medicamentos, as outras atividades de autocuidado muito pouco, as que vão no grupo até procuram se ajudar, mas a grande maioria não. A medicação eles cuidam (P1).

Tomam os medicamentos, mas não levam a sério as recomendações (P2).

Durante a minha consulta, eu percebo que eles tomam a medicação, não cuidam das outras coisas, mas a medicação eles tomam (P10).

Quanto aos cuidados com a **alimentação**, os profissionais acreditam que as pessoas aderem muito pouco a ela. Entendem que, dificilmente, as pessoas com diabetes mudam seus hábitos alimentares, tomando os cuidados com a dieta. Como exemplo, relataram que, em razão de muitas das pessoas com diabetes residirem na área rural, possuem algumas frutas, como bergamotas e laranjas, em abundância. Contudo, elas não entendem que é necessário controlar a quantidade de frutas ingeridas.

A dieta, tem alguns que aderem, outros aderem às vezes, às vezes não. Eu tento sempre salientar para eles a importância do cuidado diário, não adianta cuidar uma semana a alimentação que naquela semana a diabetes vai ficar boa, o controle da glicemia vai ficar bom, mas se descuidar na outra semana, vai voltar tudo igual. Isso eu tento deixar tudo fresquinho pra eles, toda a semana eu repito, mas acho que não, o medicamento sim, a dieta muito pouco (P10).

É difícil de mudar seus hábitos alimentares, não conseguem deixar de comer algo (P2).

Alimentação é muito complicado, porque acham que fruta pode à vontade, até eles entenderem que tem ser só uma bergamota, sabe e aqui eles morram na área rural e tem laranja e bergamota à vontade, pra eles açúcar é açúcar, a chimia não é doce. É muito do grau de instrução de cada um (P14).

Alguns sim, outros você sabe que eles estão te mentindo. Tem diabético que você chega em sua casa, ele diz que não come doce, daí você começa a conversar e dali a pouco te oferece um pedaço de pudim, você sabe que eles comem. E o diabético, às vezes, pensa que é só controlar o doce e é toda a comida que tem que cuidar (P5).

Os profissionais ainda relataram que, durante as orientações, procuram dar ênfase sobre a importância da continuidade do cuidado com a alimentação, e que todos os alimentos requerem controle em relação à quantidade, pois não são somente os alimentos que contêm açúcar que irão aumentar a glicose. Acreditam que o nível de escolaridade pode limitar tal compreensão. No QAD, a dimensão alimentação geral foi de 3,6 dias por semana, e a alimentação específica, 3,2 dias da semana, evidenciando que algumas pessoas aderem e outras não, e que algumas aderem a este cuidado apenas em alguns dias da semana. Cabe destacar que, na alimentação específica, quanto menor os dias da semana, melhor é a adesão, pois foi perguntado quantos dias da semana ingeriram alimentos não permitidos na dieta de quem tem DM.

Em relação ao autocuidado com a **glicemia**, os profissionais acreditam que são poucos os que realizam um controle satisfatório de sua glicose. Isso pode ocorrer devido ao diabetes ser assintomático. Um dos profissionais entrevistados acredita que a metade da população com diabetes realiza seu autocuidado com a glicemia. Contudo, essa dimensão, quando avaliada no QAD, mostrou que a média de dias da semana que as pessoas com diabetes cuidam de sua glicemia é de 1,2 (DP=2,2) dias, sinalizando pouca adesão de autocuidado nessa dimensão.

Pensando nos diabéticos, me vem de cara, uns dois, três que são rigorosos, que vem e o HGT está sempre bom. E se não está bom, sabem o que aconteceu, o que eles fizeram que não está bom, mas são pouquíssimos (P12).

Então tu sabe que eles não levam tão a sério, até porque o diabetes não dá sintomas e, muitas vezes, acha que tá bem, que não tem nada, porque muitos nem fazem o controle da glicose (P5).

50% sim e 50% não. A metade trazem o aparelho aqui pra mostrar, fazem tudo certo e outras não, eles ganham o aparelho e não fazem isso (P9).

No que diz respeito à prática de **atividade física**, os profissionais relataram que algumas pessoas participam de caminhadas ofertadas pela ESF e outras dançam em bailes de terceira idade. Porém, consideraram que essas atividades não são suficientes para o tratamento do diabetes. No QAD, essa dimensão também apresentou uma média baixa de dias da semana 1,2 (DP=2,2), demonstrando baixa adesão de atividade física das pessoas com diabetes. Os profissionais, além de perceberem a pouca aderência à prática de atividades físicas, evidenciaram que essa é a orientação que as pessoas têm maior dificuldade de compreensão e aceitação.

As atividades necessárias, acredito que não, alguns participam do grupo de caminhadas aqui do posto de saúde (P3).

A atividade física deles é dançar, eles vão em baile de terceira idade uma vez por semana, isso tem muitos que fazem. Caminhadas, aqui não dá, tem muito morro, uma das coisas que o bairro está pedindo é uma pista de caminhada e também a academia ao ar livre. Aqui não tem lugar para caminhar e no asfalto é perigoso e a maioria das pessoas que tem diabetes são idosas, na minha área não tem uma pessoa jovem (P5).

A conscientização é uma briga, eles não entendem. A atividade física é muito pouca, assim as pessoas não veem isso, ainda não entrou na rotina das pessoas (P7).

Eles aceitam as orientações, as dificuldades maiores é de atividade física (P10).

Alguns profissionais acreditam que o conhecimento das pessoas com diabetes sobre os cuidados com seus pés é limitado, e que elas têm dificuldade de compreender que o problema de úlceras é crônico. Outra limitação de conhecimento mencionada é que muitas não sabem que é necessário secar os espaços entre os dedos dos pés. Os entrevistados relataram que já aconteceu de, ao orientar as pessoas sobre a importância dos cuidados com os pés, algumas pessoas que já ouviram várias vezes essa informação, demonstrarem surpresa como se a estivessem escutando pela primeira vez.

Entretanto, também houve relatos de profissionais que evidenciaram que as pessoas de sua ESF cuidam bem de seus pés, pois são bem orientados quanto aos cuidados necessários, e que sua unidade de saúde não possui casos de pé diabéticos. Na avaliação do QAD, o cuidado com os pés foi o domínio que apresentou maior média, 5,2 (DP=2,2), ou seja, é a atividade de autocuidado a que as pessoas mais aderem.

Não tanto, quem está crônico, nós tentamos trabalhar com o cuidador. Tem uma paciente que nós falamos para ela higienizar as mãos antes de lidar na ferida do pé dela e ela disse, não, os gatos são de casa, eu já tinha a ferida antes dos gatos e nunca melhorou, e a gente faz raspagem e análise das secreções e têm cocus. Às vezes, você faz um trabalho de meio ano e quando está quase fechada, daí eles não cuidam. Têm algumas pessoas que fizemos o curativo na sexta e na segunda está o mesmo curativo, porque superficialmente está limpo. Quando a gente diz para não fazer alguma coisa, eles não conseguem acreditar, porque é uma crença popular vinda de muitas gerações e a gente sempre não condenando porque isso já salvou vidas, enfim, em outras eras, mas que eles mantenham o tratamento medicamentoso. Aqui na minha unidade tenho várias pessoas com lesões (P4).

O cuidado com os pés, muitos deles não sabem que precisa secar dedo por dedo (P7).

A questão do cuidado com os pés eu repito durante as consultas e têm alguns que fazem cara de novidade, como se fosse a primeira vez, isso já foi falado em grupos, pelo médico e por mim, tipo já estou repetindo pela segunda ou terceira vez e a cara de novidade é a mesma (P10).

Cuidados com os pés, eu acho que eles são orientados e aqui não temos nenhum caso de pé diabético, então está controlado (P14).

A questão do autocuidado com os pés eu acho que sim, eu acho que a gente é feliz, por exemplo, não temos pessoas que têm o pé diabético (P11).

Quanto ao tabagismo, os dados do QAD mostraram que 11,6% (n=39) das pessoas com diabetes referiram fazer uso de cigarro, sendo que a média de cigarros consumidos por dia foi de 15 (10,1).

Os dados mostraram que 11,6% da população com diabetes é fumante e que a média de cigarros consumidos por dia foi de 15 cigarros. Portanto, cabe destacar o relato de um profissional de saúde:

Então o diabético também tem este pensamento, eu já sofri tanto na vida, eu posso comer um bombom ou fumar um cigarro, é como se fosse uma premiação e na verdade está dificultando as coisas. Se a família não tem esta consciência não vai conseguir ajudar e apoiar. Eu peço para os diabéticos não fumarem e se o marido, a esposa ou outra pessoa da família continua fumando em casa, fica difícil (P13).

É importante o apoio da família para que a pessoa com diabetes possa diminuir ou evitar o consumo de cigarro. Se a pessoa parar de fumar, mas algum membro da família continua fumando, pode dificultar o sucesso em sua decisão referente ao consumo de cigarro. Muitas vezes, eles pensam que já estão sofrendo muito com sua doença e, por esse motivo, merecem fumar um cigarro ou comer um bombom. Percebem o cigarro como uma premiação, como algo benéfico para sua vida.

Em relação ao período que as pessoas com diabetes fumaram seu último cigarro, a maioria 54,0% (n=189) nunca fumou, 32,9% (n=115) fumou há anos, e 10,3% (n=36) respondeu que fumou hoje.

4.5 Avaliação da qualidade vida das pessoas com diabetes

A avaliação da QV das 350 pessoas com DM ocorreu por meio da aplicação do questionário Whoqol-bref. Por meio da análise dos dados, verificou-se que a média geral de QV das 350 pessoas com DM atendidas nas ESF participantes da pesquisa foi de 67,6 (DP=18,1).

Verificou-se, inicialmente, a frequência de respostas das duas primeiras questões dos questionários (TABELA 6). Na primeira questão (como você avaliaria sua QV?), 27,7% das pessoas responderam de forma intermediária, nem ruim nem boa, e a maioria, 64,3%, avaliou como sendo boa ou muito boa. Referente à

segunda questão (quão satisfeito(a) você está com sua saúde?), 20% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos, 19,1% responderam nem ruim nem boa, e a maioria, 60,9%, está satisfeita ou muito satisfeita.

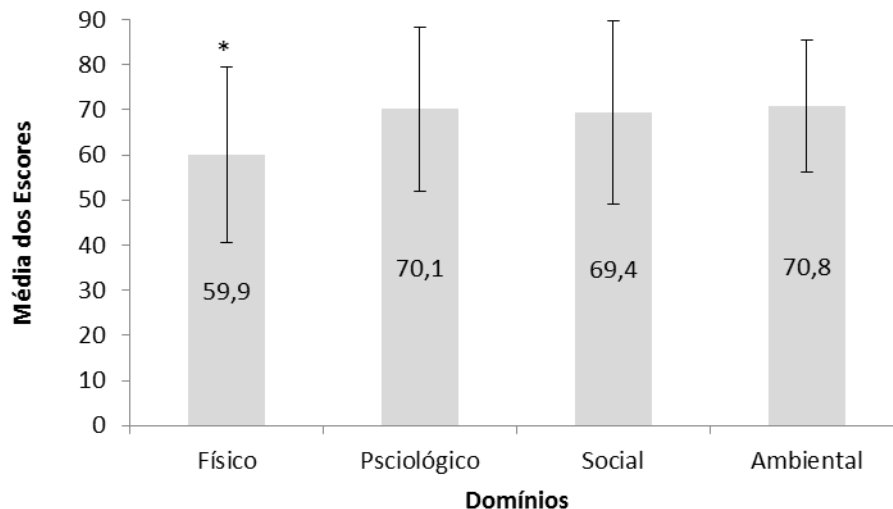
Tabela 6 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões 1 e 2 do Whoqol-bref

Questões	Respostas	N 350	%
Q 1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	12	3,4
	Ruim	16	4,6
	Nem ruim nem boa	97	27,7
	Boa	182	52,0
	Muito boa	43	12,3
Q 2- Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	Muito insatisfeito	20	5,7
	Insatisfeito	50	14,3
	Nem satisfeito nem insatisfeito	67	19,1
	Satisfeito	165	47,2
	Muito satisfeito	48	13,7

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Ao analisar as questões em seus respectivos domínios, verificou-se que, no domínio físico, a média de QV é de 59,9 (DP=19,4). O domínio psicológico apresentou uma média de QV de 70,1 (DP=18,2). No domínio relações sociais, a média de QV foi de 69,4 (DP=20,2). O domínio meio ambiente apresentou uma média de QV de 70,8 (DP=14,7). A média do domínio físico difere estatisticamente dos demais domínios pelo teste de Tukey $p < 0,01$ (GRÁFICO 4).

Gráfico 4 – Média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida das pessoas com diabetes participantes da pesquisa



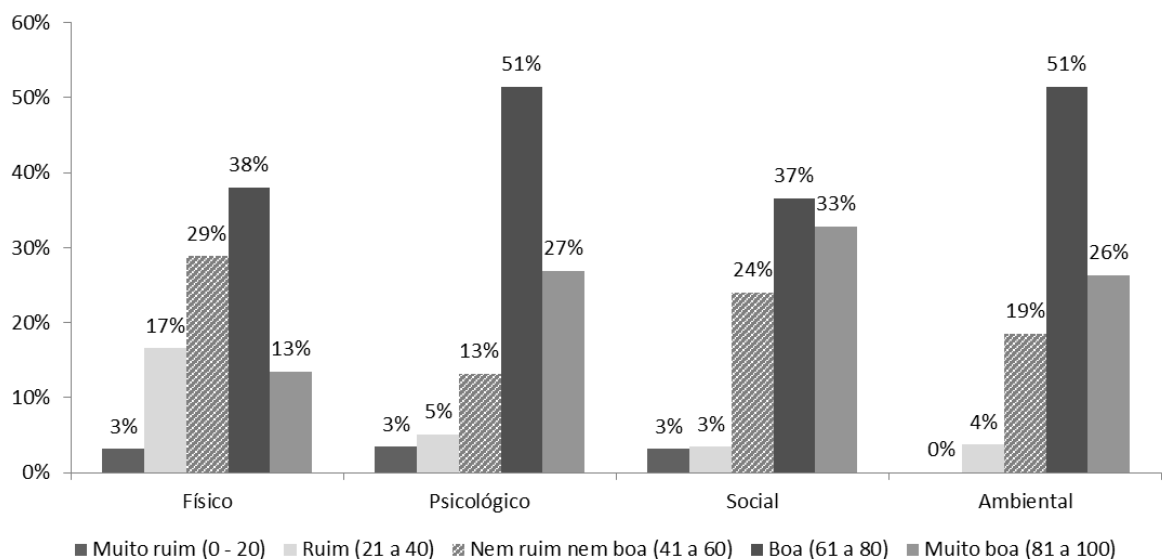
* A média com asterisco difere estatisticamente dos demais domínios pelo teste de Tukey $p < 0,01$.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

O domínio físico apresentou uma QV nem ruim nem boa, e os demais domínios (psicológico, relações sociais e meio ambiente) apresentaram uma QV boa. Na média geral de QV das pessoas com DM, considerando todos os domínios, teve-se uma QV boa.

O domínio físico apresentou um percentual de 20% ruim ou muito ruim e 51% bom ou muito bom. O domínio psicológico apresentou uma prevalência de 8% ruim ou muito ruim e 78% bom ou muito bom. No domínio relações sociais, houve uma prevalência de 6% muito ruim ou ruim, e de 70% bom ou muito bom. Já o domínio meio ambiente apresentou prevalência de 4% ruim e de 77% bom ou muito bom (GRÁFICO 5).

Gráfico 5 – Percentual de distribuição dos escores de QV das pessoas com DM de acordo com os domínios analisados



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

No instrumento Whoqol-bref, o domínio físico é avaliado através das questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18, sendo que em cada questão é incorporada uma faceta de avaliação. Ao verificar as frequências e percentuais das facetas incorporadas no domínio físico, em relação à “dor e desconforto”, verificou-se que 33,4% mencionaram que a dor impede bastante ou extremamente a realização de suas atividades necessárias. Quanto à “dependência de medicação ou tratamento”, 76,3% percebem que precisam bastante ou extremamente de algum tratamento médico

para levar sua vida diária. Já para “energia e fadiga”, 17,8% consideraram que possuem nada ou muito pouca energia para seu dia a dia, e 28,9% possuem capacidade média de energia. Quanto à “mobilidade”, 16,3% avaliaram sua capacidade de se locomover com muito ruim ou ruim. Referente à faceta “sono e repouso”, 20,5% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com seu sono. Acerca da “atividade da vida cotidiana”, 16,0% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Já sobre a “capacidade de trabalho”, 20,9% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões referentes ao domínio físico do Whoqol-bref

Questões incorporadas dentro do domínio Físico	Respostas	N 350	%
Q 3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada	101	28,9
	Muito pouco	53	15,1
	Mais ou menos	79	22,6
	Bastante	99	28,3
	Extremamente	18	5,1
Q 4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada	7	2,0
	Muito pouco	37	10,6
	Mais ou menos	39	11,1
	Bastante	148	42,3
	Extremamente	119	34,0
Q 10 - Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	Nada	17	4,9
	Muito pouco	45	12,9
	Médio	101	28,9
	Muito	104	29,7
	Completamente	83	23,7
Q 15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	15	4,3
	Ruim	42	12,0
	Nem ruim nem bom	50	14,3
	Bom	123	35,1
	Muito Bom	120	34,3
Q 16 - Quão satisfeito você está com seu sono?	Muito insatisfeito	25	7,1
	Insatisfeito	47	13,4
	Nem satisfeito nem insatisfeito	56	16,0
	Satisfeito	128	36,6
	Muito satisfeito	94	26,9
Q 17 - Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	Muito insatisfeito	18	5,1
	Insatisfeito	38	10,9
	Nem satisfeito nem insatisfeito	49	14,0
	Satisfeito	155	44,3
	Muito satisfeito	90	25,7
Q 18 - Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	Muito insatisfeito	24	6,9
	Insatisfeito	44	14,0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	42	12,0
	Satisfeito	148	42,3

Questões incorporadas dentro do domínio Físico	Respostas	N 350	%
	Muito satisfeito	87	24,9

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Embora a média de QV de todas as questões do domínio físico tenha sido “nem ruim, nem boa”, pode-se observar que em todas as facetas avaliadas tem um percentual elevado de pessoas com DM que apresentam comprometimento em sua QV.

No domínio físico, o comprometimento da QV das pessoas com DM também foi evidenciado na percepção dos profissionais de saúde (FIGURA 1).

Figura 1 – Aspectos decorrentes do DM que podem interferir na QV das pessoas com a doença no domínio físico, segundo a percepção dos profissionais de saúde



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Para os profissionais de saúde, o DM compromete a QV nos aspectos físicos em diversos fatores. Dentre eles, cansaço, pouca disposição, lesões ou amputações e perda de peso, indo ao encontro das constatações do questionário Whoqol-bref.

A sensação de cansaço e de pouca disposição foi mencionada pelos profissionais como possíveis comprometimentos físicos decorrentes do DM. Muitas vezes, a doença é assintomática e os indivíduos podem estar com a glicose alterada

e, conseqüentemente, irão sentir cansaço ou pouca disposição para realizarem suas atividades cotidianas. A perda de visão e o surgimento de lesões ou amputações em uma pessoa com DM podem provocar limitações físicas, dificultar a locomoção e contribuir para o isolamento das pessoas. A perda de peso decorrente da falta de acompanhamento glicêmico também pode interferir na estrutura física da pessoa.

Mais ainda por causa deste comprometimento, lesões e amputações em alguns casos, vai dificultar a locomoção e aí se isola e acho que, no fundo, ela não consegue aceitar a questão da alimentação para o diabetes, porque eles contam que dá uma fissura de vontade de comer doce, então dá altos e baixos (P4).

Quem tem hiperglicêmica acaba tendo sintomas, mas outros, às vezes, não têm sintomas, daí acham que não precisa se cuidar tanto, porque não viram nada de diferente, se sentem cansados, com pouca disposição pra fazerem suas atividades, mesmo que alguns já tiveram sintomas, mas, no momento que começa a medicação mesmo, não têm mais tanto aqueles sintomas e daí as pessoas acham que não precisa mais se cuidar, alguns mantêm a preocupação, mas não é tanto, também é relativo (P3).

Se não controlar ela sim, eu percebo que a pessoa quando está com a diabetes muito elevada, começa a perder muito peso e aí, se não controlar, interfere no corpo físico da pessoa (P5).

A atividade física está diretamente ligada ao tratamento. Não adianta só tomar os medicamentos, mas as pessoas não têm um hábito de fazer uma atividade física. Isto é uma coisa recente, porque as pessoas mais velhas não têm o hábito de fazer atividade física e também não conseguem entender que é necessário fazer e isso vai fazer diferença na sua qualidade de vida, na verdade é uma luta (P13).

O ideal seria que fizessem exercícios que ajudaria a manter os níveis mais baixos de glicose, e daí poderia evitar as conseqüências físicas. Só que aqui no bairro ainda não tem uma academia ao ar livre, pra fazer caminhada, não tem acostamento no asfalto. Seria bom a academia ao ar livre, quase todos os bairros já têm e nós ainda não temos. Seria bem importante (P14).

Os profissionais ainda relataram que o cuidado com a alimentação, associado a práticas de atividade física, pode contribuir para o bem estar físico das pessoas com DM, interferindo na melhoria de sua QV.

O domínio **psicológico**, no instrumento Whoqol-bref, corresponde aos itens de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e crenças pessoais, os quais são avaliados através das questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26. Ao verificar as frequências e os percentuais das facetas incorporadas nas questões do psicológico, evidenciou-se que, quanto aos sentimentos positivos, 26% consideraram que aproveitam nada ou

muito pouco sua vida. A maioria, 77,2%, percebe que sua vida tem sentido com intensidade de bastante ou extremamente, e 7,4% acreditam que a intensidade de sentido de sua vida é nada ou muito pouco. Também se visualizou que a maioria, 67,7%, consegue se concentrar muito ou completamente, e que 9,7% se concentram nada ou muito pouco. Quanto à imagem corporal e à aparência, os dados revelaram que a maioria, 74,8%, aceita sua aparência física na intensidade muito ou completamente, e que 9,7% aceitam nada ou muito pouco. Referente à autoestima, mostrou-se que 10,6% estão insatisfeitos consigo mesmo. Acerca da frequência de sentimentos negativos, obteve-se que 49,4% apresentaram-nos algumas vezes, e que 31,8% apresentaram-nos frequentemente, ou muito frequentemente, ou sempre. Como exemplos de sentimentos negativos, citam-se mau humor, desespero, ansiedade, depressão (TABELA 8).

Tabela 8 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões referentes ao domínio Psicológico do Whoqol-bref

Questões incorporadas dentro do domínio Psicológico	Respostas	N 350	%
Q 5 - O quanto você aproveita a vida?	Nada	25	7,1
	Muito pouco	66	18,9
	Mais ou menos	95	27,1
	Bastante	104	29,7
	Extremamente	60	17,1
Q 6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	Nada	11	3,1
	Muito pouco	15	4,3
	Mais ou menos	54	15,4
	Bastante	134	38,3
	Extremamente	136	38,9
Q 7 - O quanto você consegue se concentrar?	Nada	5	1,4
	Muito pouco	29	8,3
	Médio	79	22,6
	Muito	148	42,3
	Completamente	89	25,4
Q 11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Nada	16	4,6
	Muito pouco	18	5,1
	Médio	54	15,4
	Muito	125	35,7
	Completamente	137	39,1
Q 19 - Quão satisfeito você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito	10	2,9
	Insatisfeito	27	7,7
	Nem satisfeito nem insatisfeito	39	11,1
	Satisfeito	161	46,0
	Muito satisfeito	113	32,3

Q 26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	66	18,9
	Algumas vezes	173	49,4
	Frequentemente	58	16,6
	Muito frequentemente	37	10,6
	Sempre	16	4,6

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A avaliação geral do domínio psicológico avaliado no questionário Whoqol-bref constatou uma QV boa para os entrevistados. Já a percepção dos profissionais de saúde demonstrou divergência com esses resultados, uma vez que estes relataram que o DM pode influenciar no aspecto psicológico de quem possui a doença em diferentes aspectos, conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – Aspectos decorrentes do DM que podem interferir na QV das pessoas com a doença no domínio psicológico, segundo a percepção dos profissionais de saúde



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os profissionais percebem que, em alguns casos, o aspecto psicológico da pessoa com DM pode ser afetado, até mesmo por falta de autoaceitação. Algumas pessoas com DM apresentam dificuldade de compreender que são necessárias modificações no seu estilo de vida, como cuidados com a alimentação, fazer uso da

medicação e realizar atividades físicas. Outro fator é a descompensação glicêmica que, às vezes, pode ocorrer de forma repentina, logo após a ingestão inadequada de alimentos. Isso tudo pode acabar interferindo na dimensão psicológica do indivíduo.

O DM também pode interferir no aspecto psicológico da pessoa em decorrência de constituir-se em uma doença crônica, gerando descrédito quanto à importância de continuidade do tratamento proposto. Como consequência, acaba gerando dificuldade de seguir algumas orientações básicas, como elevar os membros inferiores, cuidar com os calçados e com possíveis lesões nos pés.

Normalmente ela não se aceita, daí ela não se cuidam e tomam a medicação, tipo assim, eu estou bem, daí vou tomar a medicação e vou ficar bem, então não precisa mudar nada, é a consciência da pessoa que precisa mudar seu estilo de vida, fazer uma atividade física pra perder um pouquinho de peso que também vai ajudar. Geralmente quem é diabético também é hipertenso né, é muito difícil ter só um diabético, tem a hipertensão, geralmente diz eu vou tomar a medicação e vou ficar bem e a alimentação continua igual, porque é só mais este final de semana e a pessoa esconde. Ela não quer admitir que tem o diabetes. É muito complicado a pessoa mudar a alimentação, é muito difícil, porque é muito mais fácil, eu vou usar insulina e vou ficar bem, né, ou, uma semana antes de fazer os exames eu vou cuidar, e se engana a si mesmo e acha que está engando o médico (P1).

Eu vejo assim que é muito de pessoa pra pessoa, algumas pessoas quando descobrem parece que cai o mundo, assim é aquele baque e outras já acabam encarando isso como no dia a dia e acabam entrando neste ritmo de se cuidar, de saber que tem que sempre tomar medicação, se não tomar pode dar uma piorada, isso é muito relativo de cada um (P3).

Compromete porque ela vê que não melhora e até pode desacreditar que vai melhorar, tem uma dificuldade de seguir algumas orientações, tipo elevar membros, de cuidar com os calçados, aquelas coisas diárias, isso nada mais está auxiliando né, não está dando algo visível de melhora e realmente eles ficam desacreditados que pode melhorar (P4).

De modo geral, as pessoas negligenciam as informações, parece assim que o psicológico fica muito afetado, eu observo assim, a baixa autoestima, porque ou engordam muito ou emagrecem muito. É tão impressionante que de um dia para o outro ela descompensa, daí tu leva aquele susto e teu psicológico fica afetado [...] Outra coisa, você não consegue ficar totalmente liberada, se vai numa festa e vê aquele bifê de sobremesa, tu tem que manejar e teu psicológico vai ser afetado sim, eu acho que tem que ser trabalhado e se não der pra comer a quantidade que gostaria come menos (P6).

Tem aquelas que tratam o psicológico, as que não se tratam quando acabam descobrindo que tem uma lesão, um pé diabético, daí afeta, porque eu não me cuidei, porque eu não fiz o que me falaram, ou é problema de consciência também (P9).

Outro aspecto relatado é a necessidade do autocontrole alimentar em ocasiões especiais, diante de uma diversidade de alimentos ofertados. Nesses

casos, de acordo com os entrevistados, as pessoas com DM precisam evitar ou diminuir a quantidade consumida, o que, conseqüentemente, pode afetar seu psicológico. Observou-se também o sentimento de culpa frente ao surgimento de uma lesão, lamentando o fato de não terem cuidado e seguido as orientações recebidas pelos profissionais de saúde. Os entrevistados ainda mencionam que essa interferência é relativa, pois depende de cada pessoa. Algumas delas, quando sabem que possuem DM, ficam com o psicológico afetado, outras conseguem aderir às mudanças de estilo de vida necessárias.

O domínio das **relações sociais** foi avaliado, no instrumento Whoqol-bref, pelas questões 20, 21 e 22, as quais correspondem aos itens: relações pessoais, suporte social e atividade sexual. Na faceta relações pessoais, a maioria estava satisfeita ou muito satisfeita (88,3%) com seus amigos, parentes, conhecidos e colegas. A atividade sexual mostrou que 44,3% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos e 36,5% estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Quanto ao suporte social, os dados revelaram que a maioria, 87,4%, estava satisfeita ou muito satisfeita com o apoio que recebem de seus amigos (TABELA 9).

Tabela 9 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões referentes ao domínio Relações Sociais do Whoqol-bref

Questões incorporadas dentro do domínio Relações Sociais	Respostas	N 350	%
Q 20 - Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito	5	1,4
	Insatisfeito	12	3,4
	Nem satisfeito nem insatisfeito	24	6,9
	Satisfeito	154	44,0
	Muito satisfeito	155	44,3
Q 21 - Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito	103	29,4
	Insatisfeito	25	7,1
	Nem satisfeito nem insatisfeito	67	19,1
	Satisfeito	114	32,6
	Muito satisfeito	41	11,7
Q 22 - Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito insatisfeito	16	4,6
	Insatisfeito	6	1,7
	Nem satisfeito nem insatisfeito	22	6,3
	Satisfeito	167	47,7
	Muito satisfeito	139	39,7

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A avaliação da QV das pessoas com DM no domínio relações sociais foi boa. No entanto, houve uma discordância dessa avaliação com a percepção dos profissionais de saúde. Estes acreditam que o DM pode interferir na vida social da pessoa acometida por meio de vários aspectos, conforme Figura 3.

Figura 3 – Aspectos decorrentes do DM que podem interferir na QV das pessoas com a doença no domínio psicológico, segundo a percepção dos profissionais de saúde



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os profissionais de saúde relataram que as pessoas com DM apresentam resistência para frequentar ambientes públicos. Surgem oportunidades, como encontros de terceira idade e grupos de mulheres, que possibilitam diversão (dança, bordado, crochê, tomar chimarrão) e interação com a comunidade. No entanto, os entrevistados observaram que as pessoas com DM possuem uma tendência ao isolamento e geralmente optam por ficar em sua residência.

Eu encontro resistência de relacionamento das pessoas, são mais de ficar em casa. Têm os encontros da terceira idade que é bom para eles fazerem novas amizades, grupos de senhoras para fazer bordado, crochê, tomar chimarrão que passam uma tarde da semana muito legal, e eu encontro resistência por parte de algumas diabéticas, ficam muito naquilo cuidado em casa (P6).

Nas festas as pessoas com diabetes precisam ter um cuidado,

principalmente na alimentação (P3).

Se o diabético gosta de comer, ele vai deixar de ir numa festa ou não vai poder comer tudo, ele vai ter um comprometimento social na vida dele e vai interferir na sua qualidade de vida (P13).

Tem úlceras e perda visual, ela acaba se isolando por não ter esta facilidade de locomoção. Temos pacientes diabéticos que estão com úlceras há mais de 25 anos, então além de todo o acompanhamento que precisa fazer aqui na unidade, causa uma dificuldade de se locomover e ainda por manter a higiene, é um ferimento que dá um odor forte, ela se isola porque tem vergonha, dificuldade de se locomover e ao longo do tempo ela fica mais isolada (P4).

Eu já ouvi comentários, eu não vou em tal lugar porque eu não posso comer, eu vejo no diabético que ele vê e, muitas vezes, não consegue se controlar, daí eu acho que sim (P5).

Quando a pessoa possui complicações decorrentes do DM, como lesões e perda visual, podem ocorrer dificuldades na locomoção, o que, conseqüentemente, pode levar o indivíduo a diminuir sua interação social. Foram mencionados casos de indivíduos que apresentam lesões há vários anos, que, além da dificuldade para se locomover, possuem forte odor, podendo gerar um constrangimento ou até isolamento. Também foram observadas pelos profissionais as situações festivas, em que é necessário possuir um autocontrole com a alimentação. Em razão disso, em alguns casos, as pessoas acabam evitando esses eventos.

Devido às limitações sociais mencionadas, os profissionais da saúde entenderam que as pessoas com DM possuem um comprometimento do seu contexto social e isso pode refletir em sua QV. Porém, segundo a avaliação do questionário Whoqol-bref, as pessoas com DM apresentaram uma QV boa.

O domínio relativo ao **meio ambiente** do questionário WHOQOL-bref é formado pelos itens: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e disponibilidade sociais e qualidade; oportunidade de conseguir novas informações e habilidades, participação e oportunidade de recreação e lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima); e transporte. Em relação à segurança física e proteção, a maioria, 70,8%, sente-se bastante ou extremamente seguro em sua vida diária, e 12,3% sentem-se nada ou muito pouco seguros. A maioria, 77,7%, percebe seu ambiente físico como bastante ou extremamente saudável. A faceta que avaliou o ambiente econômico apresentou 26,5% de pessoas que possuem nada ou muito pouco dinheiro para satisfazer suas

necessidades e 38,9% estão muito ou completamente satisfeitas. A participação e oportunidade de atividade de recreação e lazer mostrou que 30,2% praticam nada ou muito pouco. A maioria está satisfeita ou muito satisfeita com as condições do local que mora (88,0%), com acesso aos serviços de saúde (83,6%), e com seu meio de transporte (81,7%) (TABELA 10).

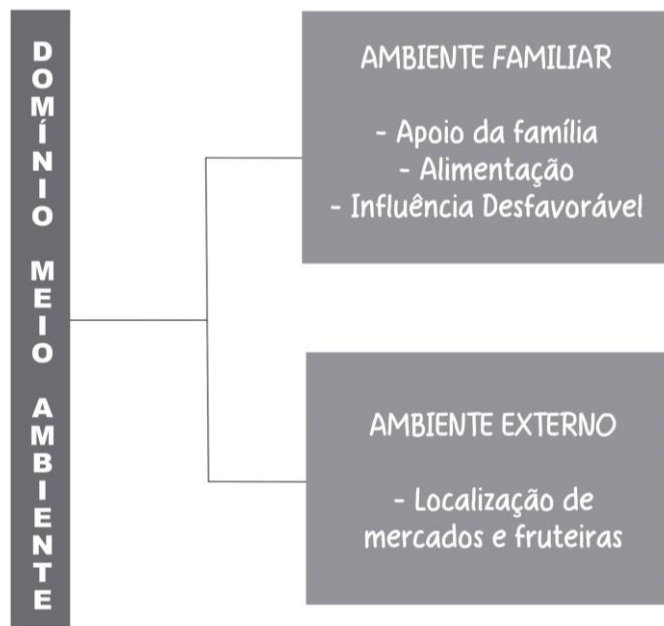
Tabela 10 – Distribuição das frequências e porcentagens das questões referentes ao domínio Meio Ambiente do Whoqol-bref.

Questões incorporadas dentro do domínio Meio Ambiente	Respostas	N 350	%
Q 8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada	17	4,9
	Muito pouco	26	7,4
	Mais ou menos	59	16,9
	Bastante	153	43,7
	Extremamente	95	27,1
Q 9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição e atrativos)?	Nada	9	2,6
	Muito pouco	17	4,9
	Mais ou menos	52	14,9
	Bastante	160	45,7
	Extremamente	112	32,0
Q 12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	26	7,4
	Muito pouco	67	19,1
	Médio	121	34,6
	Muito	85	24,3
	Completamente	51	14,6
Q 13 - Quão disponível para você estão as informações que precisa no dia a dia?	Nada	10	2,9
	Muito pouco	21	6,0
	Médio	101	28,9
	Muito	139	39,7
	Completamente	79	22,6
Q 14 - Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	Nada	46	13,1
	Muito pouco	60	17,1
	Médio	74	21,1
	Muito	105	30,0
	Completamente	65	18,6
Q 23 - Quão satisfeito você está com as condições do local que você mora?	Muito insatisfeito	3	0,9
	Insatisfeito	8	2,3
	Nem satisfeito nem insatisfeito	31	8,9
	Satisfeito	152	43,4
	Muito satisfeito	156	44,6
Q 24 - Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito	8	2,3
	Insatisfeito	7	2,0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	39	11,1
	Satisfeito	122	34,9
	Muito satisfeito	174	49,7
Q 25 - Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?	Muito insatisfeito	17	4,9
	Insatisfeito	12	3,4
	Nem satisfeito nem insatisfeito	35	10,0
	Satisfeito	134	38,3
	Muito satisfeito	152	43,4

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A avaliação da QV das pessoas com DM no domínio meio ambiente foi boa (Whoqol-bref). Os profissionais de saúde percebem que o ambiente familiar e o ambiente externo em que os indivíduos estão inseridos estão diretamente relacionados com o sucesso do tratamento da doença (FIGURA 4).

Figura 4 – Aspectos decorrentes do DM que podem interferir na QV das pessoas com a doença no domínio meio ambiente, segundo a percepção dos profissionais de saúde



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O ambiente familiar pode influenciar de forma desfavorável no tratamento de uma pessoa com DM, assim como pode contribuir na adesão ao tratamento proposto. O grupo familiar pode influenciar principalmente em relação à alimentação, a partir do momento que se envolvem ativamente, incentivando e consumindo alimentos saudáveis. Essas ações acabam modificando seus hábitos alimentares e podem prevenir o surgimento da patologia aos demais familiares.

Tem o ambiente que o diabético vive, porque muitas vezes a família não ajuda, porque se tem um diabético na família em casa, se você não cuidar a alimentação, comer mais verduras, mais frutas e cuidar o tipo também de frutas, se você não ajudar a cuidar da alimentação a pessoa por si só não vai fazer, ainda mais um idoso tem que ter a família ajudando, a família tem que participar (P1).

Tem algumas pessoas que conseguem envolver os demais familiares, acaba de certa maneira cuidando de toda a família a partir do momento que

entra alguém que tem diabetes, porque acaba modificando alguns hábitos. Então acaba mudando os hábitos também dos outros membros da família. É momento das outras pessoas da família pensar e se dar conta que se não se cuidar também podem futuramente ter esta doença (P3).

Eu acho que a família tem que fazer uma parte também. Não adianta falar pro diabético que não pode comer um tipo de comida e você sentar lá na frente dele e come, lógico que vai interferir, vai acabar comendo (P5).

Geralmente é um diabético em uma casa, o ambiente acaba interferindo bastante, uma pessoa que tem diabetes, e como as outras não têm, acaba tendo tudo que não é saudável, como guloseimas e coisas, a sua disposição, só podem ser atingida né, então eu sempre procuro dizer que a família tem que apoiar e que, pra dar certo, precisa do apoio dos familiares porque a pessoa pode resistir e não comer o que não é saudável pra ela ou optar pela dieta. Mas, se a família estiver sempre com alguma coisa com açúcar, continuamente comendo, tem que ter o apoio porque o ambiente interfere muito na alimentação (P12).

Em uma família se um é diabético e os outros não, existe muito aquela coisa de provocar, se deixa lá uma lata de bolacha e o diabético adora aquela bolacha e não pode, isso vai interferir no tratamento, muitas vezes a família vai ter que se readaptar ao que vai ser saudável ou não pro diabético e pra toda família. Se a família não tem esta consciência não vai conseguir ajudar e apoiar, em casa fica difícil (P13).

Os profissionais de saúde também mencionaram que o ambiente externo em que a pessoa está inserida pode influenciar na resolutividade do tratamento. Se no local de sua residência não possuir opções de vendas de frutas e verduras, conseqüentemente, será dificultado o consumo desse tipo de alimento. Nesses casos, pessoas vão fazer as compras dos produtos alimentícios em mercados mais distantes e, neste sentido, priorizam a compra de alimentos que possuem maior durabilidade, como arroz, bolacha e batata. Isso vai dificultar o consumo de alimentos recomendados para indivíduos com DM.

Na área que eu atuo, mercado é longe, fruteira não tem, e o que acontece, aquele consumo nas casas que eu percebo que tem muito consumo de amido, daí você vai no mercado é mais fácil trazer o arroz, pão, bolacha, batata inglesa. Já as frutas e verduras precisam ser coisas mais fresquinhas e não tem fruteira perto, as pessoas se abastecem uma vez por semana, daí já não consomem tanto (P6).

A partir do exposto, evidenciou-se que o ambiente familiar e o ambiente externo de uma pessoa com DM pode influenciar na adesão de seu tratamento e refletir de maneira positiva ou negativa em sua QV. Além disso, observou-se que os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, não estão separados e, muitas vezes, se apresentam de forma interligada na vida de uma pessoa com

DM, conforme relatos a seguir:

Têm diabéticos que são acamados, idosos, obesos, e tem que fazer uma atividade física e, às vezes, não consegue, ficam mais em casa e baixa a autoestima, ficam deprimidos (P1).

A qualidade de vida de um diabético, se for pensar, tem casos que primeiro a pessoa está psicologicamente abalada e a família não dá muito retorno ela, às vezes, se isola, ela tem uma perda de harmonia familiar (P4).

Penso que a diabetes tem uma relação direta com a qualidade de vida do indivíduo, até o estresse pode aumentar, porque de um dia pro outro tem que mudar seu estilo de vida, a alimentação. Muitos não faziam atividade física, daí tem que começar a fazer, tomar os medicamentos, muda muito! Então é necessário a ajuda da família, até pra ele não se sentir excluído, de só ele ter que comer uma comida diferente. É mais difícil quando tem uma festa e tem aquele bifê de sobremesa. Não sei como eu ia agir diante disso, não é fácil esta mudança que acontece na vida do diabético (P14).

Os profissionais referiram que as pessoas com DM acamados (domínio físico), idosos e obesos necessitam realizar atividades físicas e não conseguem em razão de suas limitações físicas e biológicas. Devido a isso, essas pessoas ficam por longos períodos trancados em casa (domínio relações sociais), o que, conseqüentemente, baixa sua autoestima e deixa-as deprimidas (domínio psicológico).

Ainda, os profissionais mencionaram que, existem situações que o indivíduo está com seu fator emocional sensibilizado (domínio psicológico) e, às vezes, não recebe apoio de sua família (domínio ambiente). Conseqüentemente, essa pessoa pode se isolar do grupo familiar e da comunidade (domínio relações sociais)

Também apontaram que, devido à necessidade de mudança no seu estilo de vida de forma imprevisível (domínio psicológico), o indivíduo pode sofrer de aumento do estresse. Essas mudanças, conforme já referido, ocorrem em vários âmbitos, tornando-se necessário fazer uso de medicamentos, realizar atividades físicas regulares e cuidar da alimentação. Este último implica em, ao frequentar um ambiente festivo, limitar-se em relação aos alimentos, embora “tem aquele bifê de sobremesa” (domínio relações sociais). Diante disso, é imprescindível o apoio da família (domínio ambiente) com vistas a uma boa adesão ao tratamento do DM sem comprometer sua QV.

4.6 Significado de ter qualidade de vida para uma pessoa com diabetes

Para melhor compreensão sobre o significado de ter QV para uma pessoa com DM, foram selecionadas 14 pessoas com DM e 14 profissionais de saúde, uma em cada ESF do município, com quem foram realizadas entrevistas com a questão norteadora “O que é ter qualidade de vida para uma pessoa com DM?”

O processo de análise temática dos conteúdos demonstrou que há três categorias principais estão relacionadas a ter QV na percepção de pessoas com DM: a) Ter saúde - estar com a doença controlada; b) Estar bem consigo mesma e c) Sentir-se bem em seu meio de convivência (FIGURA 5).

Figura 5 – Significado de ter qualidade de vida para uma pessoa com diabetes, na percepção dos profissionais de saúde e das pessoas com diabetes



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

a) Ter saúde - estar com a doença controlada

Tanto os profissionais de saúde quanto as pessoas com DM consideraram que a QV de uma pessoa com DM envolve ter saúde, sendo esta percebida pelos participantes como sinônimo de estar com a doença controlada. Esse controle foi relacionado com diversos aspectos, tais como: mudanças de hábitos e estilos de vida; acesso das pessoas aos serviços de saúde; garantia das orientações necessárias relativas aos cuidados com o DM pelos profissionais de saúde; apoio da família; realização das atividades de autocuidado inerentes ao controle da doença (alimentação, atividades física, medicamentos e controle glicêmico). Além disso, a prática de autocuidado deve ser conciliada com suas atividades cotidianas, com o intuito de manterem-se ativos-ocupados, o que, além de controlar a doença, também pode melhorar a QV do indivíduo. É o que se pode observar nos depoimentos a seguir:

Ter qualidade de vida para quem tem diabetes é ter saúde, controlar a doença, ter acesso ao acompanhamento de saúde, receber as orientações e medicamentos (PS2).

É se cuidar, não pode comer qualquer coisa, manter a doença controlada, eu só me preocupo quando esqueço de tomar os remédios, fazer bastante física e ocupar a cabeça, fazer meu serviço de casa (PD2).

Tem que cuidar da alimentação, da medicação, pra não estar adoecendo, manter os níveis glicêmicos controlados, fazer atividade física e manter a diabetes controlada. Tem que mudar os hábitos e estilos de vida, ter saúde (PS3).

É ter saúde, controlar a diabetes, porque cura não tem. É fazer o que eu não faço, atividade física, cuidar da alimentação, não fumar e não beber (PD8).

É poder continuar a fazer as suas tarefas corriqueiras, em casa, trabalho e outras (PS10).

É ter saúde, controlar o diabetes, tomar os remédios, cuidar da alimentação (PD10).

Ainda, os participantes mencionam que a QV de uma pessoa com DM está relacionada à ausência dos hábitos de consumo de cigarros e ingestão de bebidas alcoólicas.

b) Estar bem consigo mesma

Os participantes também atribuem significado à QV de uma pessoa com DM ao estar bem consigo mesma. Para isso, acreditam que é necessário amar-se, fazer o que gosta, aceitar a doença, estar em paz, desenvolver atividades prazerosas, ter condições econômica para satisfazer suas necessidades, manter-se ativo em suas ocupações-trabalho e conviver em harmonia com a família e comunidade.

Estar bem consigo, ter saúde e poder passear, visitar minha família (PD1).

É poder fazer o que gosta e ter saúde. É poder trabalhar para ter tudo que precisa (PS2).

É aceitar tudo que acontece vida, aceitar a doença e viver tranquilo, ter dinheiro pra comprar as necessidades básicas (PD2).

Estar bem, ter saúde, estar em paz com a família, com os vizinhos (PD 4).

Ter qualidade de vida é a pessoa estar bem consigo mesma, para quem tem diabetes e quem não tem (PS3).

É poder fazer as coisas que gosta, ter lazer e ficar com a família (PS10).

Qualidade de vida é estar bem, ter uma ocupação que pode não ser um emprego pode ser outra coisa que você está envolvido com uma ação que

ocupe tua cabeça e que goste de fazer, se sinta bem (PS11).

Se amar, querer bem, saber levar a vida, controlar a doença (PD11).

É estar bem, hoje não tenho mais disposição que eu tinha, não posso mais trabalhar (PD12).

É ter saúde para fazer o que eu gosto, ter dinheiro para minhas necessidades, estar bem pra sair (PD13).

Os participantes associaram a QV das pessoas com DM com a satisfação dos indivíduos em sentirem-se bem consigo mesmo e com a realização de atividades prazerosas.

c) Sentir-se bem em seu meio de convivência

Os resultados permitiram evidenciar que ter QV, na percepção de uma pessoa com DM, significa, além de ter saúde – o que implica em estar com a doença controlada e estar bem consigo mesma –, que é importante e necessário que essas pessoas sintam-se bem em seu meio de convivência. Os meios de convivências estão relacionadas com ambiente familiar, vizinhos, pessoas de suas relações, serviços de saúde e comunidade. Ter QV para quem tem DM está relacionado com o desenvolvimento de atividades prazerosas em seu âmbito de convivência, como dançar, participar de grupo de mulheres, entre outras. É o que foi exemplificado nos depoimentos abaixo:

É poder visitar os parentes, eles me ajudam, me dão conselhos que pra eu aceitar a doença e me cuidar (PD2).

É viver bem, participar dos grupos de mulheres na comunidade, fazer crochê, pinturas, dançar e outras coisas que gosto de fazer (PD5).

É viver bem, tem que cuidar da diabetes. Lá no posto de saúde eles falam tudo que precisa fazer (PD6).

É necessário sentir-se bem, saber levar a vida, se amar e querer bem, aceitar que o diabetes não tem cura e se cuidar (PD9).

É poder fazer as coisas que gosta e ficar com a família também (PS10).

Ter qualidade de vida é a pessoa se sentir bem no meio em que ela vive, fazendo coisas que ela gosta, dentro da realidade de cada um se sentindo bem em todos os quesitos de modo geral, com a família, com os vizinhos, com próprio serviço de saúde (PS12).

Para que as pessoas sintam-se bem em seu meio de convivência, é importante que estas realizem os cuidados necessários para controlar doença, pois

trata-se de uma doença crônica. Portanto, ter QV para uma pessoa com DM é ter saúde - controlar a doença, estar bem consigo mesma e sentir-se bem em seu meio de convivência conforme as limitações decorrentes do DM.

4.7 Ações desenvolvidas pelas ESF para melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes

Os resultados possibilitaram a construção da categoria “Promoção de educação em diabetes” que evidencia as ações desenvolvidas pelas ESF para melhorar a QV das pessoas com DM. Os profissionais de saúde que trabalham nas ESF promovem educação em diabetes por meio de diversas atividades educativas e interativas, as quais podem melhorar a QV das pessoas com DM. As estratégias relatadas pelos participantes da pesquisa foram: grupo *amigos da balança*, grupo de caminhadas, grupo de educação física, consulta nutricional, consulta de enfermagem, consulta médica, distribuição de medicamentos, visita domiciliar, bom atendimento, grupo de diabéticos e hipertensos e grupo de educação em saúde. A educação em DM também é promovida em espaços externos aos das ESF (grupo de mulheres, grupo de terceira idade e escolas) (FIGURA 6).

Figura 6 – Ações interativas desenvolvidas pelas ESF que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes, na percepção dos profissionais de saúde e das pessoas com diabetes



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Grupo *amigos da balança*

O grupo *amigos da balança* é realizado nas unidades de saúde do município que possuem cobertura de ESF. Esse programa é coordenado por um nutricionista, consistindo em dois encontros semanais com o grupo de participantes inscritos, durante um período de três meses. Após, o programa encerra e os encontros com o profissional seguem mensalmente na ESF. A intenção do programa é orientar e auxiliar na eliminação de peso, de forma saudável e consciente, fomentando continuamente a obtenção de resultados positivos.

No primeiro encontro, o nutricionista realiza a avaliação dos participantes, sendo mensurados o peso, a altura e a circunferência da cintura, para posteriormente calcular o Índice de Massa Corporal (IMC). Cada participante recebe um cardápio pré-definido e metas semanais de eliminação de peso. No decorrer dos encontros, ocorrem palestras e conversas coletivas sobre diferentes assuntos relacionados à alimentação saudável, sendo estipuladas metas aos participantes, além de, em algumas ESF, serem realizadas atividades físicas. Os indivíduos que contemplam as metas de eliminação de peso são bonificados com estrelinhas, de modo a estimular uma competição saudável.

Cabe destacar que as pessoas com DM são convidadas a participarem do grupo, já que a realização do controle da dieta contribui em seu tratamento. Portanto, os profissionais acreditam que a oferta do projeto *amigos da balança* nas unidades de saúde pode melhorar a QV das pessoas com a doença. Isso pode ocorrer em virtude do objetivo do programa e devido às orientações oferecidas no decorrer dos encontros, que são voltadas a incentivar os participantes ao consumo de uma alimentação saudável, com cardápio alimentar individual de acordo com a singularidade de cada participante e, sempre que possível, aliando à prática de atividade física (caminhadas).

A gente faz grupo *amigos da balança* que temos diabéticos participando. A nutricionista sempre antes de começar este grupo e depois de terminar ela fala sobre alimentação, dando orientações, trazendo receitas. O grupo *amigos da balança* começam às 7h30min e a caminhada vai até as 8h30min, e depois conversa e orientações vai até 15 para as 10 (PS1).

É realizado na minha ESF, grupos de “*amigos da balança*” organizado pela nutricionista (PS2).

O *amigos da balança* na minha unidade não deu certo, as pessoas tem uma resistência, a mesma profissional que faz em outros lugares e dá certo e aqui não deu certo (PS3).

Tem o grupo *amigos da balança* [...] (PS5).

Tem o grupo *amigos da balança*, o pessoal adora participar deste grupo [...] (PS7).

O grupo *amigos da balança* não deu certo, não aderem os grupos, teve um grupo e não deu o segundo porque não teve pessoas inscritas (PS9).

Tem o grupo *amigos da balança* que dá certo (PS13).

Os profissionais também relataram que, em algumas ESF, o grupo *amigos da balança* não teve uma boa adesão de participação pela comunidade, impossibilitando a efetividade e continuidade deste projeto em tais unidades de saúde. Os profissionais refletiram que não entendem o motivo de as pessoas não aderirem, não se inscreverem e por apresentarem resistência me participar, visto que o profissional que coordena o grupo é o mesmo em outras unidades, onde pode ser observada uma boa adesão de participação.

O grupo *amigos da balança* também foi mencionado pelas pessoas com DM como uma estratégia desenvolvida pelas ESF que as ajudam a melhorar sua QV.

Na quinta-feira de tarde vem a nutricionista, ela dá um cardápio e quer que a gente emagreça tanto. Minha filha emagreceu 7 kg em dois meses e meio. Ela fala também sobre alimentação, do que é saudável [...] ela fala também sobre a alimentação para as pessoas que tem diabetes e várias coisa. Ela bate na tecla mesmo, essa nutricionista é boa, e ela vai junto caminhar, se alongar e depois quando a gente vem da caminhada que a nutricionista está junto daí ela começa a pesar um por um pra ver se está dando resultado. Daí uma semana a gente perde um quilo, na outra semana a gente perde 100 gramas, 200 gramas, eu tenho as minhas estrelinhas que a gente ganha se faz todos os exercícios nas aulas e bem certinho (PD1).

Tem o grupo *amigos da balança*, eu gostei desse grupo, porque eu me pesava toda semana e me cuidava, eu fazia tudo que eles me falavam (PD4).

Tem o grupo *amigos da balança* e agora estamos sem a nutricionista, estou esperando ela me avisar quando tiver outra (PD7).

Eu sei que tem o *amigos da balança*, o grupo que é feito pela nutricionista, ela nos pesa e nos fala o que podemos comer e que não pode, este grupo é feito junto com a caminhada, a gente faz alongamento e caminhada daí. (PD14).

Os indivíduos ressaltam que o cardápio alimentar é realizado pelo nutricionista para cada participante, conforme sua especificidade. Entre os assuntos trabalhados, o profissional discute a diversidade e quantidade de alimentos que uma

pessoa com DM pode consumir. Concomitantemente, o nutricionista realiza o controle do peso e oferece estrelinhas como forma de gratificação às pessoas que conseguirem diminuir seu peso, conforme as metas estabelecidas.

Grupo de caminhadas

O grupo de caminhadas também foi citado como estratégia ofertada pela ESF que pode melhorar a QV das pessoas com diabetes. Na maioria dos casos, essa atividade está aliada ao grupo *amigos da balança*. A seguir, estão relacionadas algumas percepções dos profissionais de saúde acerca desse grupo:

Através do grupo *amigos da balança* foi feito um grupo de caminhadas que ocorre três vezes por semana, segunda, quarta e sexta. Este grupo iniciou com cerca de 30 pessoas, agora temos 24 (PS1).

Na minha unidade é realizado um grupo de caminhadas que é coordenado pela nutricionista [...] (PS2).

Tem o grupo de caminhadas muito forte, que às vezes a gente faz intervenção neste grupo de caminhadas, porque não está tendo o grupo de educação em saúde. O grupo de caminhadas complementa o grupo *amigos da balança*, mas, nesta unidade só tem o de caminhadas. O grupo da caminhada duas vezes por semana, 15 a 20 pessoas, entre eles tem os diabéticos (PS3).

Tem o grupo de caminhada também que é uma vez por semana. A caminhada é coordenada pelas agentes de saúde, tem em torno de 20 pessoas que participam da caminhada, é uma vez por semana (PS7).

Em minha unidade tinha o grupo de caminhada. Tinha e no momento não tem mais (PS13).

Foi possível observar que, nas unidades em que a efetividade do grupo *amigos da balança* não teve sucesso, o de caminhada continuava ativo, possibilitando aos profissionais, no decorrer destes encontros, realizarem algumas orientações de cuidado que julgam necessárias. O grupo de caminhadas, em algumas unidades, é coordenado pelo nutricionista e em outras pelos ACS, tendo a participação de diversos profissionais da equipe.

O grupo de caminhadas também emergiu, na percepção das pessoas com DM, como uma ação desenvolvida pelas ESF que contribui para melhorar sua QV.

E a caminhada acontece três vezes por semana, eu participo e caminho os outros dias também. Na segunda-feira é o dia da caminhada do posto, das mulheres do posto, e todo mundo caminha quem quer caminhar, é bom daí. Daí terça-feira não é o dia, mas eu vou igual. Quarta-feira é dia. Quinta-feira não é o dia, mas eu vou igual e sexta daí é o dia das gurias caminhar e

sábado elas não vão e eu vou. Só não vou no domingo, mas assim eu caminho todos os dias (PD1).

Eu caminho bastante, participo da caminhada no posto também. Tem dias que tem bastante gente que participa tem dias que tem menos. Acontece duas vezes por semana. Começa às 8 e vai até quase as 9. É muito bom, no ano passado tinha o professor e agora caiu fora, mas tá bom com o agente de saúde, ele é animado e faz alongamento no final, isso reúne as pessoas, até minha nora começou a participar (PD3).

Eu faço as minhas caminhadas oferecidas no posto de saúde, eles são animados (PD10).

Às segundas, quartas e sextas-feiras tem caminhada, e entre isso tem grupos de hipertensos e outros, todos tem grupo, mas cada grupo tem suas coisas (PD14).

As pessoas relataram que gostam de participar das caminhadas oferecidas pela ESF, sendo que algumas realizam este tipo de atividade rotineiramente, além do grupo. As pessoas gostam da animação dos profissionais que coordenam as caminhadas, demonstrando apreço pelos alongamentos promovidos ao final das atividades.

Grupo de educação física

Foi possível observar que, em uma ESF que não possui o grupo de caminhadas, esta conta com outro grupo que incentiva a prática de atividades físicas, denominado grupo de educação física.

Temos um grupo de educação física que fazem ginástica na comunidade duas vezes por semana e têm pessoas com diabetes. O educador físico é cedido por um órgão da prefeitura que contrata o profissional para o esporte e ele é cedido para a saúde. 27 mulheres e dois homens. A maioria são mulheres por ser uma população em que a mulher ainda tem a chance de ficar em casa, então, ou que tenha um horário alternativo, se revezam os horários, algumas são diaristas e já reservam este dia para isso, para se cuidarem. Interessante que elas estabelecem isso como prioridade. Fazem três anos que este grupo funciona e continua tendo uma boa participação, agora a educadora está em licença e elas fazem o grupo sozinhas, repetem os exercícios que aprenderam para não deixar minguar o grupo (PS4).

Eu participo de um grupo de física que tem no salão da comunidade, gosto de fazer os exercícios e me encontrar com minhas amigas, o professor é animado (PD4).

Consulta nutricional

Outra ação que as ESF desenvolvem para melhorar a QV das pessoas com DM é a consulta nutricional. Segundo os profissionais, as ESF disponibilizam e agendam consultas nutricionais para as pessoas que necessitam desse

atendimento, entre eles, as que possuem DM. O profissional nutricionista procura prescrever a dieta com base na realidade socioeconômica de cada indivíduo e, se necessário, o profissional realiza uma VD para a pessoa, com o objetivo de conhecer melhor e prescrever um cardápio alimentar compatível com sua singularidade.

A ESF disponibiliza uma nutricionista que prescreve uma dieta adequada [...] (P2).

E às vezes o financeiro, você vai dizer pra comer coisa diete e não sabe a condição dela né, então o que é importante do nutricionista, adaptar aquilo que a pessoa tem acesso a sua doença, né então, o que ela deve evitar e o que pode comer dentro daquilo que ela tem, conforme sua condição. Não adianta passar uma dieta que ela não pode seguir, é adaptativo. O atendimento nutricional é realizado conforme a realidade de cada um, porque não existe uma receita pronta e também a nutricionista, quando dá possibilidade, ela vai na residência da pessoa, então ela já tem uma noção ou às vezes têm duas pessoas da família com o mesmo problema (PS4).

Tem a nutricionista, é encaminhado aquelas pessoas que precisam, agora está saindo, não tem dinheiro para manter, daí estão fazendo cortes (PS7).

Eles têm o acompanhamento da nutricionista, pra quem quer né, porque tem gente que não aceita (PS8).

O que a gente faz aqui, quando o médico atende uma pessoa com diabetes ele já encaminha direto para a nutricionista para fazer orientação de dieta, orientação de alimentação (PS10).

Tem a nutricionista que atende as consultas e têm os diabéticos que são atendidos (PS13).

A nutricionista nós tínhamos uma vez por semana, agora não vai ter mais. É uma pena, porque hoje de manhã, dos quatros que foram atendidos pela nutricionista, três são diabéticos (PS9).

Os profissionais reconheceram e valorizaram o trabalho desenvolvido pelo nutricionista. Todavia, conforme relatos, é lamentável que, em algumas unidades de saúde, o profissional nutricionista esteja deixando de fazer parte da equipe, em virtude da atual situação econômica, exigindo economia e diminuição de custos por parte do município

As pessoas com DM também vislumbram a consulta nutricional como sendo uma estratégia que pode melhorar sua QV.

Já consultei com a nutricionista, ela me falou tudo o que eu podia e não podia. Eu gosto muito do atendimento do posto (PD4).

Nós estamos comendo pão integral desde aquela vez que consultei com a nutricionista. Eu faço o meu pão, não como mais outro. Tem linhaça branca e outras sementes. A nutricionista disse que tudo começa com o pão, ela me ensinou como preparar o café e tudo ficou, assim nós tomamos desde

aquela época, uma xícara para cada um e meia fatia de pão. Comemos um lanche às 10h, almoçamos, e de tarde comemos uma fruta, uma bolacha. O certo são seis refeições, com a bolachinha, frutas e café, almoço e janta. E antes de dormir comemos meia fruta, contamos as frutas que comemos durante a semana (PD6).

Tem as consultas com a nutricionista que ajuda, porque ela explica tudo o que pode comer e o que não pode (PD8).

Conforme relatos, o nutricionista orienta as pessoas com DM sobre quais alimentos que elas podem ingerir e sobre a quantidade de refeições diárias.

Consulta de enfermagem

Os profissionais de saúde vislumbraram que a consulta de enfermagem também representa uma ação desenvolvida pelas ESF que pode melhorar a QV das pessoas com DM.

Oferecemos o acompanhamento para os pacientes com DM, assim como consulta de enfermagem para orientar sobre os cuidados que uma pessoa com esta patologia deve ter, orientação sobre como usar os medicamentos da forma correta, tanto via oral quanto injetável, fazemos visitas domiciliares em casos de dificuldade de adesão ao tratamento, entre outros (PS2).

O que eu faço são as consultas de enfermagem. São dadas as principais orientações sobre o autocuidado. A gente sabe que numa consulta não se consegue passar o que se consegue num coletivo (PS4).

Temos a consulta de enfermagem que ajuda a esclarecer as mudanças necessárias em seus hábitos e estilo de vida, também aos cuidados para controlar a doença [...] (PS11).

Essa estratégia é percebida também pelas pessoas com DM, ao relatarem que:

Têm as enfermeiras que me atendem quando eu preciso. Elas marcam uma consulta e explicam. Gosto muito de todos os profissionais (PD10).

Eles têm a orientação da enfermagem, que eu agendei e ela me atendeu, me explicou como fazer o teste no aparelho, me explicou tudo que eu preciso cuidar. Eu fico feliz ali com o que o posto tem, eu fico satisfeita com o que tem (PD14).

A enfermeira conversa comigo e me orienta. Ela me atende sem pressa, gosto muito da consulta com a enfermeira (PD8).

Consulta médica

A consulta médica também emergiu como uma estratégia desenvolvida na ESF que pode melhorar a QV das pessoas com DM, conforme os relatos abaixo:

O médico é muito bom! Esses dias eu fui pra fazer todos os exames, daí ele me disse que eu tinha que me cuidar porque eu era uma pessoa, que eu

estava sujeita a fazer hemodiálise, não sei como que ele me disse lá, ele me disse que eu estava no caminho pra fazer hemodiálise, porque eu tenho problema no rim, sabe? Daí ele me encaminhou para a enfermeira e para a nutricionista (PD1).

Eles ajudam bastante, principalmente nosso médico, não tem outro igual, ele me atende muito bem (PD2).

Este médico é bem simples, eu gosto dele, ele me escuta, conversa comigo, me dá as orientações e pede os exames (PD4).

Sou bem atendido, não tenho queixa nenhuma, vou consultar a cada dois meses com o médico (PD5).

Tem a orientação dos médicos durante as consultas. Eu fico feliz ali com o posto que tenho, eu fico satisfeita com o que tem, ele me dá a receita e também encaminha os exames que preciso fazer (PD14).

As pessoas com DM referiram que estão satisfeitas com o atendimento do profissional médico, visto que eles escutam as pessoas durante as consultas, dialogam, solicitam encaminhamento dos exames necessários, renovam receitas de medicamentos e realizam orientações sobre a importância do autocuidado e sobre possíveis complicações diante da falta de controle da doença.

Os profissionais mencionaram que está sendo desenvolvido um trabalho em equipe, de modo que um profissional encaminha a pessoa para outro de acordo com as necessidades do indivíduo, conforme exemplifica o relato: “Os médicos fazem o diagnóstico de diabetes e já encaminham para a enfermeira fazer o acompanhamento e também para a consulta nutricional” (PS8).

Distribuição de medicamentos

Na concepção das pessoas com DM, o fornecimento de medicamentos necessários para o controle do DM representou uma das estratégias oferecidas pelas ESF que podem melhorar a sua QV.

No posto, eles são bom, eles dão os remédios pra isso, eles querem que a gente vá regularmente ao médico (PD1).

Não tenho queixa nenhuma, eles atendem bem e me dão os remédios, vou consultar a cada dois meses (PD5).

Está bom, se precisa de um exame eles fazem, dão os remédios, não tenho queixa (PD6).

Me dão os medicamentos certos, me encaminham pra outros serviços, estão sempre preocupados com minha saúde (PD8).

Tudo que precisei sempre me ajudaram. Me atendem bem, dão os remédios

(PD11).

É os medicamentos que eles dão, é assim, quando precisa deles, estão aqui (PD12).

Eles dão os remédios, sou muito agradecida por tudo isso [...] (PD13).

As pessoas referiram que estão satisfeitas com a distribuição de medicamentos e aludiram gratidão aos serviços de saúde pelo recebimento dos remédios.

Visita domiciliar

Na percepção dos profissionais de saúde, a visita domiciliar (VD) também representa uma estratégia que pode ajudar a melhorar a QV das pessoas com DM. Essas visitas são realizadas por diversos profissionais que integram a equipe (enfermeiros, médicos, ACS, nutricionistas), conforme a necessidade da pessoa. Porém, são os ACS que realizam mensalmente as VD para as pessoas com DM. Esses profissionais são orientados pelos enfermeiros quanto à prioridade das VD a essa população.

[...] Fazemos visitas domiciliares para os pacientes com diabetes em casos de dificuldade de adesão ao tratamento. Os Agentes Comunitárias de Saúde são orientados a acompanhar mensalmente os pacientes diabéticos, auxiliando no que for necessário e trazendo as dificuldades destas pessoas até a unidade de saúde para que possamos buscar formas de ajudar (PS2).

[...] Também têm as visitas domiciliares que são realizadas, que envolvem mais profissionais, a enfermagem, os médicos. Daí é feito mais quando precisa. Os agentes de saúde fazem orientações aos diabéticos, eu oriento o que elas têm dúvidas (PS3).

É realizado as visitas das agentes que falamos sobre a diabetes, aconselhando pra eles irem à unidade fazer o HGT, ou até mesmo o exame de sangue (PS5).

Têm muitas vezes que é realizado visitas com a enfermeira e com o médico, nós podemos falar a mesma coisa, mas o poder que a enfermeira e o médico tem é outro. Já teve vários casos que fizemos caixinhas para separar a medicação. As pessoas mais novas têm mais consciência, eu acho que é o medo de morrer. Eu vejo como as pessoas transferem um poder naqueles comprimidinhos (PS7).

E também a visita domiciliar quando tem carro disponível a gente faz, mas não é para todos os diabéticos, é quando tem um caso mais grave, não é tanto preventiva como deveria ser, mais curativa, fizemos poucas visitas. Devido à distância e não temos acesso a carros todos os dias, só a cada 15 dias e meio turno, o carro fica aqui uma hora e meia só. Daí a gente acaba separando as prioridades, sempre vai eu e o médico juntos. Quando é aqui perto vamos a pé, mas a maioria moram longe, é uma área só que dá pra ir a pé, porque esta ESF é uma área rural. Os agentes de saúde, uma das

prioridades é visitar mensalmente os diabéticos, porque eles têm mais famílias que eles conseguem visitar durante o mês, então alguns eles visitam um mês sim outro não, conforme eles podem, mas os diabéticos são considerados prioridade (PS14).

Os profissionais percebem que as VD são realizadas com um enfoque mais curativo do que preventivo, pois é estabelecida a prioridade para visitar os casos mais graves de pessoas com DM, aquelas que não aderem o tratamento ou as que já possuem agravos da doença. Um dos motivos mencionados desse fato é a disponibilidade restrita de transporte, o que dificulta as VD dos profissionais às pessoas que residem distante da unidade de saúde.

As VD também foram citadas pelas pessoas com DM como ações desenvolvidas pelas ESF que ajudam a melhorar sua QV.

Eles sempre vêm na minha casa, fazem tudo que eu preciso, me dão os remédios, se preocupam comigo (PD2).

Eles vêm muito aqui em casa, me olham e fazem tudo que eu preciso, a agente de saúde me visita, o médico também (PD9).

Quando preciso deles, estão sempre aqui na minha casa, vem o médico, as enfermeiras, a agente de saúde sempre está aqui (PD12).

Eu gosto do trabalho das agentes de saúde, está sempre me acompanhando e me dando atenção (PD13).

As pessoas com DM manifestaram que gostam e que estão satisfeitas com as VD recebidas pelos profissionais de saúde em suas residências.

Bom atendimento

As pessoas com diabetes mencionaram que o bom atendimento é uma das ações desenvolvidas pela equipe da ESF que também ajuda a melhorar sua QV.

Bom atendimento, eu sou muito bem atendido quando eu vou lá, quando não tem consulta eles me encaixam e me atendem. Tem a ficha de emergência (PD2).

Me atendem muito bem e são atenciosos, sempre me ajudam (PD4).

Bom atendimento, está bom, se precisa de um exame eles fazem, não tenho queixa (PD6).

Me atendem bem, me dão os medicamentos certos, me encaminham pra outros serviços, estão sempre preocupados com minha saúde, me tratam como gente, como ser humano (PD8).

A gente ganha os medicamentos, eles me atendem bem, me recebem com

carinho, o tratamento deles aqui é ótimo, a gente pode desabafar, me sinto em casa no posto de saúde (PD9).

Me atendem bem, dão os remédios, recebemos visita das agentes de saúde (PD11).

Tem orientação que preciso, eles explicam as coisas pra gente, conversam e me orientam, dão os remédios, consultam, marcam os exames, tem a agente de saúde que está sempre aqui me visitando, sou muito agradecida por tudo isso (PD12).

Renovam as receitas, me dão remédios, fazem o teste da glicemia, não posso me queixar, quando necessito eles me atendem muito bem (PD13).

O bom atendimento relatado pelas pessoas com diabetes está relacionado com vários aspectos, entre eles disponibilidade de consultas médicas, fichas de emergência, atenção recebida, realização de exames, disponibilidade e recebimento de medicamentos, encaminhamentos para outros serviços, atitude de preocupação dos profissionais frente a sua saúde, atendimento humanizado prestado pelos profissionais, escuta atenta dos profissionais, ambiente acolhedor que parece sua casa, visitas dos ACS, orientações necessárias, renovação de receitas e testes glicêmicos.

Grupos de diabéticos e hipertensos

Os profissionais vislumbraram que os grupos de diabéticos e hipertensos também são espaços em que se trabalha a educação em diabetes, podendo melhorar a QV dos participantes, entre eles, quem possui DM. Os profissionais procuram organizar esses grupos de maneira que as pessoas sintam-se à vontade para participar das discussões. É organizado um cronograma com os temas que serão abordados, como o autocuidado. Além disso, sempre que possível, é solicitado o auxílio de um palestrante externo.

Tem a reunião dos diabéticos e hipertensos. Foi realizado um cronograma de acordo com os temas que achamos importante. É feito de uma forma simples e as pessoas perguntam muito, discutimos sobre vários temas, de autocuidado, sobre cuidar de si. Sempre que possível, vem um profissional externo. Só quando não vem, daí a enfermeira-chefe e o médico assumiram e toda a equipe participa (PS7).

Os profissionais de saúde utilizam algumas estratégias para articular e garantir a participação das pessoas nos grupos, como renovação de receitas, entrega de medicamentos e outras. Tal situação é lamentada pelos profissionais, uma vez que gostariam que as pessoas participassem de maneira voluntária e

prazerosa.

Tem o grupo de hipertensos e diabéticos. O pessoal vai, mas obrigado porque a gente tem que amarrar com a renovação de receitas, senão, o pessoal não vai. Aí nós temos que correr atrás, a gente acaba fazendo a visita domiciliar, fazendo busca ativa. Se não fazer, a gente perde eles bem mais cedo, né. O grupo, eu lamento por não ser um grupo que as pessoas queiram participar voluntariamente, é uma troca, eles vem pra ganhar a receita (PS9).

A gente tem o grupo de hipertensos e diabéticos, então, assim, nesses grupos, é só as pessoas específicas, a gente está sempre abordando coisas pertinentes dessas duas doenças, é uma vez por mês em uma tarde. Este é um dos grupos nossos que mais faz sucesso, tem todas as faixas etárias, mas geralmente vêm mais os idosos que participa, até porque o pessoal mais novo está trabalhando, porque é em dia de semana então é mais difícil o horário de eles virem, mas igual tem igual (PS11).

Os profissionais relataram que pessoas de todas as faixas etárias participam das atividades propostas, porém, a maioria é idosa. Acreditam que esse fato acontece em virtude do dia e horário dos encontros (dias úteis e em horário de trabalho), quando as pessoas com menos idade estão em horário de trabalho.

Alguns profissionais de ESF que ainda não contam com os grupos de hipertensos e diabéticos demonstraram interesse em implantá-los.

A gente está tentando formar um grupo de hipertensos e diabéticos, só que, na verdade, a gente já tentou e não tinha gente suficiente. Sabe, as pessoas não são muito chegadas em grupo, eu não sei por que né, porque é uma coisa boa (PS8).

A gente queria fazer um grupo de hipertensos e diabéticos, mas não temos estrutura, não temos uma sala maior para reunir as pessoas (PS14).

Os profissionais apontaram a ausência dos grupos e justificam essa situação pelo fato de já terem iniciado algumas atividades nesse sentido, mas não obtiveram uma boa adesão por parte das pessoas. Além disso, acreditam que a falta de estrutura na unidade de saúde pode dificultar a realização dos encontros.

As pessoas com DM também vislumbraram que a participação em grupos de hipertensos e diabéticos propicia uma melhoraria em sua QV.

Teve um grupo, mas pararam. Se queixam, mas quando tem uma reunião as pessoas não vão. Eu gosto de participar, tinha sempre uma reunião de grupo, mas como as pessoas não participam, pararam de fazer (PD5).

Grupo no momento não tem, tinha um grupo para os diabéticos, hipertensos e obesos, mas eu vi que as pessoas não participavam, eu lamento porque era bom (PD6).

Tem muitas vezes lá que a gente se reúne e eles trazem pessoas pra nos orientar sobre diabetes, é o grupo de hipertensos e diabéticos (PD10).

O grupo de diabéticos e hipertensos é muito bom e acontece uma vez por mês. Eu sempre participo, porque sempre se aprende alguma coisa [...] (PD14).

Quanto ao grupo de hipertensos e diabéticos, as pessoas relataram que gostam de participar das discussões e dos esclarecimentos promovidas nos grupos. Contudo, lamentaram que, em algumas ESF, a realização deste grupo não esteja ocorrendo, e entendem que isso deve ter acontecido pela falta de participação da comunidade.

Grupo de educação em saúde

Observou-se que, a partir dos grupos de hipertensos e diabéticos, emergiram alguns outros grupos de educação em saúde, que chegaram a substituir aqueles e em alguns casos. Nas discussões desses grupos, são contemplados o DM e a HAS, em conjunto com outras patologias e assuntos relacionados à saúde.

Os grupos de educação em saúde geralmente são realizados por meio de rodas de conversas, cujos temas são definidos a partir das dúvidas dos participantes. Os encontros ocorrem uma vez por mês, contando com a participação de diferentes profissionais (enfermeiros, médicos, ACS). No final do ano, é realizada uma viagem de confraternização entre profissionais e demais participantes.

Temos o grupo de educação em saúde. Então, a gente debate neste grupo várias doenças, não só a diabetes, também é discutido o que se pode fazer para prevenir a doença. Temos dois grupos porque a nossa unidade tem uma população elevada, a gente tem uma área rural, pra facilitar o acesso a gente faz um grupo aqui na unidade e outro na comunidade mais distante que eles conseguiram alocar um espaço na sede esportiva da comunidade. Fizemos geralmente rodas de conversa, que as dúvidas surgem deles. A gente programa o próximo encontro a partir das sugestões deles. Vamos buscando profissional para encaixar o tema e trazer novidades. Este encontro é mensal e sempre no verão é feito um intervalo e, no final do ano, é feito uma viagem com eles, uma integração. Eles gostam de vir no grupo durante o ano todo, depois a confraternização de fim de ano e depois este intervalo (PS4).

Temos o grupo de o grupo de educação em saúde. Na verdade, sempre é tratado algum assunto relacionado à saúde, não é só diabetes, é abordado a saúde em geral (PS10).

Tem o grupo mensal de educação em saúde que se trabalha a diabetes. Tem cerca de 60, 70 pessoas que participam. No final do ano é feito um passeio com eles. Eu sinto que eles gostam de participar, têm pessoas que não passeiam e vão nos encontros (PS13).

Quanto ao grupo de educação em saúde, as pessoas relataram que os profissionais conversam e explicam sobre diabetes e outros temas relacionados à saúde.

Temos um grupo de apoio, eles falam sobre todos os tipos de doença e daí vêm todas que são das agentes de saúde e a enfermeira, daí elas explicam e falam (PD1).

As reuniões em grupo, este médico é bem simples, tem muita gente que acha ele muito simples, eu gosto dele assim. O médico falou que devemos fazer uma coisa diferente, até ele perguntou o que gostaríamos de falar na próxima reunião (PD4).

Tem um grupo, eles conversam e explicam pra nós sobre o diabetes, é muito legal. Acontece sempre na última terça de cada mês, eles falam sobre saúde, pressão, diabetes, de tudo sobre saúde. Participavam a enfermeira, médico, as agentes de saúde. Eles verificam a pressão, o médico renova as receitas (PD7).

As pessoas relatam que, nos grupos de educação em saúde, também é realizada a verificação de sinais vitais (pressão arterial) e renovação de receitas. As pessoas ainda ressaltaram que os profissionais lhe perguntam qual o tema que gostariam de conversar no próximo encontro e demonstraram apreço pela simplicidade dos profissionais.

Grupo de mulheres

Com base nos relatos, a educação em diabetes é desenvolvida também em grupos de mulheres. Emergiram, neste estudo, dois grupos de mulheres nos quais os profissionais de saúde estão inseridos para promover saúde.

Tem o grupo de mulheres que é chamado grupo de chimarrão e crochê. É realizado no salão da comunidade e organizado pela equipe da unidade. É feito uma roda de conversa para todas as mulheres que quiserem participar. É dado orientações sobre as dúvidas que elas têm sobre saúde e diabetes seguido é falado alguma coisa, porque tem mulheres diabéticas que participam [...]. Quando elas levam um lanchinho, é criticado se tem um lanche menos saudável, eles dizem que a enfermeira não vai gostar, então eles sabem o que podem comer e o que não pode (PS1).

Aqui não têm grupos na unidade de saúde [...]. A gente faz, sem uma periodicidade, se reúne várias mulheres diabéticas na casa de uma moradora e conversam sobre diabetes, quando eu posso participar eu vou. Tínhamos o grupo de educação em saúde aqui, de hipertensos e diabéticos, mas, enquanto o grupo tinha como associação a entrega da sinvastatina, enchia, há anos atrás. Daí depois que foi desassociada a entrega da sinvastatina, o grupo murchou e ao questionar o que estava acontecendo, descobrimos que a mulherada se reunia na casa de uma paciente aqui do bairro que ela é tipo uma referência para eles. Ela é diabética, então ela aplica insulina em algumas pessoas, o pessoal procura ela para esclarecimentos. Então, nós fomos fazer a visita domiciliar pra ela e

pedimos se nós poderíamos nos inserir neste grupo, ela nos recebeu super bem e tal, [...] são vizinhas e amigas que se reúnem para comer, fazer artesanatos, só para conversar [...] bem relacionado ao diabetes eu levei um dia eu levei um bolo adoçado com adoçante (PS12).

Observou-se que um grupo de mulheres foi organizado pela equipe da ESF e que outro emergiu das próprias mulheres. Em ambos os casos, os encontros ocorrem no âmbito domiciliar das participantes.

Grupo de terceira idade

Os grupos de terceira idade também representam espaços em que os profissionais de saúde buscam inserção para promover saúde e trabalhar a educação em diabetes.

Tem o grupo de terceira idade que trabalhamos alguns cuidados necessários com diabetes, nós vamos até o salão da comunidade uma vez por mês e daí a gente aborda diversos assuntos e o diabetes está incluído (PS3).

Escolas

Outra estratégia educativa desenvolvida pelos profissionais, que contribui para a promoção de educação em saúde, acontece nas escolas. Entre os temas abordados, encontra-se o DM.

Também é realizado as atividades em escolas, que se trabalha educação em saúde e se discute vários assuntos. Já foi falado sobre alimentação, diabetes, entre outros temas (PS3).

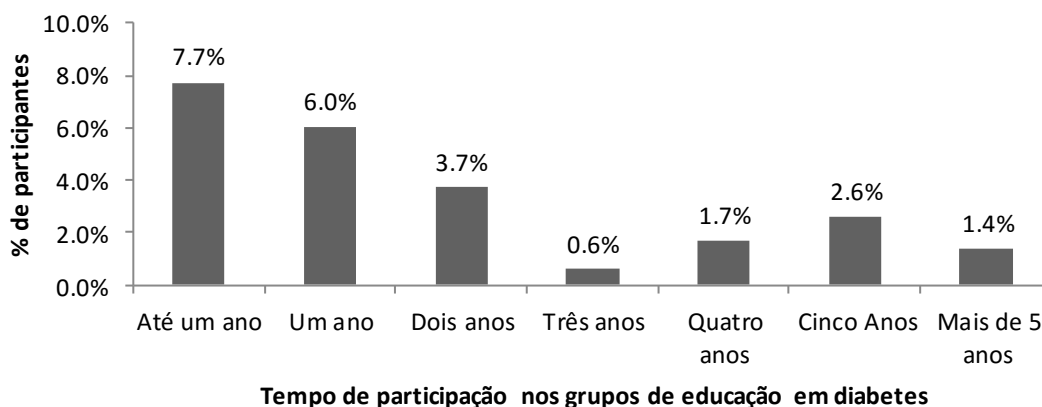
Vamos na escola falar sobre vários temas de educação em saúde e também falamos sobre diabetes estão sendo desenvolvidas (PS12).

A gente procura ir na escola, é feito a avaliação antropométrica, a saúde bucal e a carteirinha de vacinas. E neste programa é falado muito sobre a alimentação, a questão das merendas nas escolas, que eu sempre fui muito contra a cantina na escola com salgadinho e refrigerante, que a cantina na escola tinha que ser somente frutas, uma barrinha de cereal, um integral, um suco natural e não industrializados. A gente sabe que as professoras odeiam quando a gente fala neste assunto, porque eles querem um dinheirinho para a escola. Só que eu acho errado, porque então eu também poderia fazer aqui no posto uma venda de salgadinhos e refrigerante, fazer mjnuma renda porque nós também precisamos de renda para fazer os grupos, porque quando queremos fazer um grupo temos que tirar dinheiro do bolso, né, não vem verba para fazer grupos. Se a gente quer fazer um bolo integral tem que tirar do nosso dinheiro (PS1).

Conforme relatos dos profissionais da saúde e das pessoas com DM, observou-se que as ESF desenvolvem diversas ações interativas que promovem

educação em DM, com o objetivo de melhorar a QV das pessoas com DM. Dentre elas, estão os grupos de hipertensos e diabéticos, os grupos de educação em saúde, os grupos de mulheres, os grupos da terceira idade, os grupos *amigos da balança*, os grupos de caminhadas e outros. No entanto, ao questionar as pessoas sobre a participação em grupos de educação em DM, os dados mostraram que 23,7% (n=83) participam ou já participaram e 76,3% (n=267) nunca participaram de grupos. Em relação ao tempo de participação, a maioria destes, 7,7% (n=27), participou em um período de até um ano e 6% (n= 5) aderiram à participação por mais de cinco anos (GRÁFICO 6).

Gráfico 6 - Tempo de participação das pessoas com diabetes em grupos de educação em diabetes



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A pouca adesão de participação das pessoas em grupos de educação em diabetes foi mencionada nos relatos dos profissionais a seguir:

A gente enfrenta na saúde pública uma falta de profissionais pra trabalhar e estes poucos, muitos estão desmotivados, fazendo o que não gostam, no setor errado. Isso tudo potencializa um atendimento inapropriado. Isso leva a um esvaziamento de participação nos grupos, se um grupo se esvazia é porque não está dando sentido a eles aquele grupo (PS6).

Às vezes eu penso sobre o que está acontecendo com a minha unidade de saúde, pois organizamos os grupos e percebo que não tem uma boa participação. As pessoas não vêm (PS10).

Conforme os depoimentos acima, os profissionais apontaram a pouca adesão de participação nas atividades propostas pelas ESF para melhorar a QV das pessoas com diabetes. Destacaram que a quantidade limitada de profissionais

diante da demanda de cuidados necessários relacionados à saúde pública pode contribuir para a sobrecarga de trabalho dos profissionais atuantes, resultando em desmotivação e potencialização de um atendimento inapropriado. Tais motivos podem contribuir para a pouca participação dos usuários nas atividades oferecidas pelas ESF. Mencionaram, ainda, que se as pessoas não participam dos grupos é porque a condução dessa proposta não está tendo sentido a eles.

4.8 Qualidade de vida e algumas associações

A média de QV das 350 pessoas com diabetes avaliada, conforme questionário Whoqol-bref, foi relacionada com a idade, o sexo, o tempo de doença, as complicações, a adesão ao tratamento medicamentoso, o conhecimento sobre a doença e a participação em grupos de educação em diabetes.

Ao correlacionar a média de QV das pessoas com diabetes e a idade, conforme correlação de Pearson, houve correlação fraca, negativa e significativa, ($r = -0,1827$; $p = 0,0007$), mostrando que, conforme a idade das pessoas vai aumentando, sua QV diminui de forma significativa (fraca).

Em relação ao sexo das pessoas com diabetes e a média de sua QV, no teste t, não houve diferença significativa entre a média das mulheres (67,4) e dos homens (68,0), ($t = -0,3604$; $p = 0,7192$).

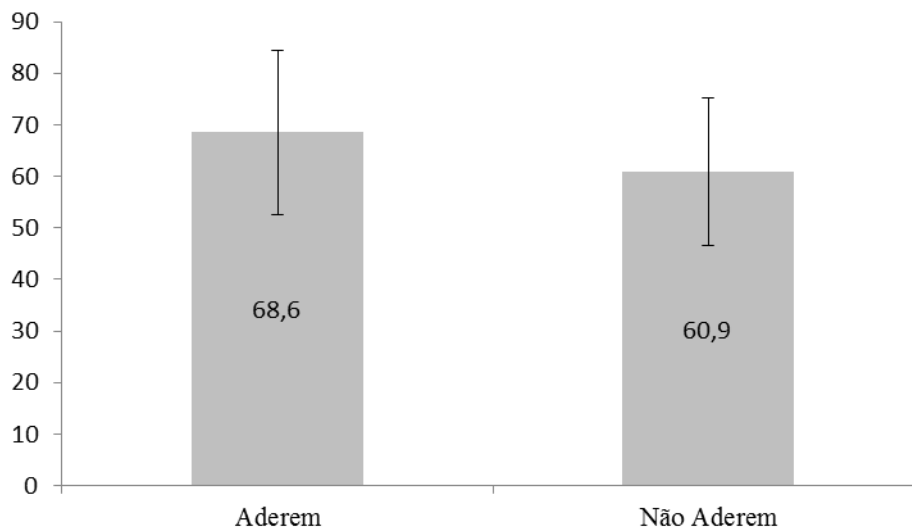
Quanto à média de QV das pessoas com diabetes e o tempo que elas possuem a doença, houve correlação fraca, negativa e significativa. A partir disso, evidencia-se que, à medida que aumenta o tempo das pessoas com a doença, diminui a QV ($r = -0,1704$; $p = 0,0016$).

A média de QV das pessoas com diabetes, que possuem complicações, e as que não têm complicações difere significativamente ($t = 3,78$; $p = 0,0002$). Quem apresenta complicações tem uma média de QV (65,8) menor do que as pessoas que não apresentam complicações (72,6).

A média de QV das pessoas que aderem o tratamento medicamentoso é de 68,6 (15,9) e as que não aderem apresentaram média de QV de 46 (60,9). Houve

diferença estatística significativa na média de escore de QV das pessoas que aderem ao tratamento e das que não aderem ($t= 3,3162$; $p= 0,0012$) (GRÁFICO 7).

Gráfico 7 – Média de escore de QV das pessoas com DM atendidas nas ESF que aderem ao tratamento medicamentoso e das que não aderem

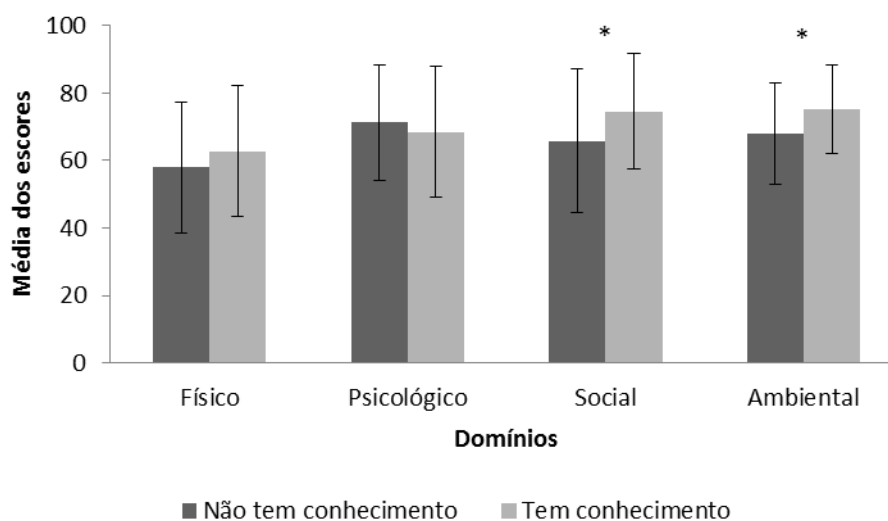


Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Acerca da relação entre a média de QV das pessoas com diabetes e o conhecimento sobre a doença (questionário DKN-A), é possível mensurar a média de QV de quem possui bom conhecimento e a média de QV de quem possui conhecimento insuficiente, conforme seu domínio. No domínio físico, essas médias são, respectivamente, 62,8 e 58,0; no domínio psicológico são 68,5 e 71,2; no domínio social são 74,6 e 65,9; e no domínio ambiental, as médias são 75,1 e 67,9.

Houve uma diferença significativa entre os escores de QV das pessoas que possuem bom conhecimento e das que possuem conhecimento insuficiente nos domínios social e ambiental. E, no domínio psicológico, a QV de quem possui conhecimento insuficiente é maior do que as pessoas que possuem bom conhecimento (GRÁFICO 8).

Gráfico 8 – Média de QV das pessoas com diabetes, das pessoas que possuem bom conhecimento e das que possuem conhecimento insuficiente



* Média com asterisco, diferem estatisticamente no mesmo domínio, entre as pessoas que têm conhecimento e as que não têm conhecimento, pelo teste de Tuckey $p < 0,01$.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A comparação da média de QV das pessoas com diabetes que não participam de grupos (67,8) e a das que participam de grupos (66,8) permite inferir que não houve diferença significativa ($t=0,5477$; $p=0,5849$).

5 DISCUSSÃO

Os resultados serão discutidos na mesma ordem de apresentação do capítulo dos resultados. Assim, a sequência da discussão será: perfil epidemiológico das pessoas com diabetes; adesão ao tratamento medicamentoso; conhecimento sobre diabetes; adesão às atividades de autocuidado; avaliação da qualidade vida das pessoas com diabetes; significado de ter QV para uma pessoa com diabetes; ações desenvolvidas pelas ESF para melhorar a QV das pessoas com diabetes; e QV e algumas associações.

5.1 Perfil epidemiológico das pessoas com diabetes

Os resultados sociodemográficos desse perfil permitiram evidenciar que há predomínio de pessoas com DM do sexo feminino. Estudos epidemiológicos desenvolvidos em outros estados (Pará, São Paulo e Amapá) também evidenciam maior prevalência de DM em mulheres (PALMEIRA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2012; ALMEIDA; CÁRDENAS, 2013). Outra pesquisa realizada em todas as regiões do Brasil, igualmente constatou maior prevalência de DM em mulheres (FREITAS; GARCIA, 2012). Cabe, ainda, mencionar um estudo desenvolvido no mesmo município da presente pesquisa, que analisou dados cadastrados no SIAB, nos anos de 2011 a 2013, o qual também evidenciou predominância do sexo feminino nos três anos respectivos (MORESCHI et al., 2015b). Tais pesquisas corroboram com os achados deste estudo.

A maior prevalência do sexo feminino nas pessoas com DM pode ser explicada pela maior expectativa de vida das mulheres, o que, conseqüentemente, leva a uma maior prevalência entre elas. Além disso, as mulheres dedicam uma atenção maior diante do aparecimento de problemas de saúde e buscam obter um melhor conhecimento acerca destes, procurando mais os serviços de saúde e, deste modo, há maior chance de ter o diagnóstico realizado (FLORES; MENGUE, 2005; REDONDO-SENDINO et al. 2006; SANTOS; OLIVEIRA COLET, 2010; MENDES et al. 2011).

A média de idade da população participante desta pesquisa foi de 64,4 anos de idade. Essa média é maior do que a de outro estudo realizado no mesmo município, com os dados do SIAB, o qual evidenciou média de 61,7 anos em 2011, 61,2 anos em 2012 e 62,0 anos de idade em 2013 (MORESCHI et al., 2015b). Gomes-Villas Boas et al. (2011) encontraram média de 59,4 (DP=8,02) anos de idade na população com DM estudada.

Quanto à faixa etária, houve maior prevalência de participantes com idade de 60 a 69 anos (36,6%). Estudo realizado com pacientes com DM de uma unidade básica de saúde do Macapá/AP constatou que a maioria (39,7%) tem 60 anos ou mais de idade (ALMEIDA; CARDENAS, 2013). Prevalência semelhante a esses estudos foi encontrada no descrito por Zandoná e Oliveira (2012), no qual 34,4% das pessoas com DM correspondiam a faixa etária de 60-69 anos.

Ainda, no que diz respeito à faixa etária, observou-se que a maioria dessa população estava acima de 60 anos (72,3%), e que houve uma tendência na diminuição da prevalência do DM após os 80 anos, dados estes encontrados também no estudo de Mendes et al. (2011). Essa situação pode ser elucidada pela questão de sobrevivência, uma vez que há maior mortalidade entre os sujeitos diabéticos conforme o avançar da idade (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003), em virtude do elevado índice de complicações decorrentes da doença (SARTORELLI; FRANCO, 2002).

Evidenciou-se, neste estudo, que a prevalência de DM, em sua maioria, acomete indivíduos casados (64,9%). Resultado semelhante ao estudo descreveu a prevalência do DM em usuários acompanhados por uma ESF do município de João

Pessoa/PB, o qual também constatou que a maioria dos entrevistados com DM estavam casados ou em união estável (64,3%) (RODRIGUES et al., 2011). Tais dados são diferentes de um estudo desenvolvido em São Paulo, com idosos de 60 anos ou mais, que encontrou predominância da doença em pessoas viúvas (MENDES et al. 2011).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes deste estudo possui baixo nível instrucional, sendo que 68,6% possuem o ensino fundamental incompleto e 11,7% são analfabetos. Dados semelhantes foram evidenciados em estudo realizado com a população diabética no estado de Pernambuco, que encontrou 13,1% de analfabetos e apontou que a maioria tinha apenas o ensino fundamental (LYRA et al., 2010). Outros estudos também evidenciaram predominância de baixo nível de escolaridade dos pacientes com DM (COTTA et al., 2009; RODRIGUES et al., 2012; ALMEIDA; CARDENAS, 2013; MORESCHI et al., 2015b).

O baixo nível instrucional das pessoas pode contribuir com a pouca ou falta de adesão ao tratamento, devido à dificuldade que podem ter para ler e compreender sua prescrição, aumentando, dessa forma, os riscos à saúde. Em outras palavras, percebe-se que a baixa escolaridade pode dificultar o acesso às informações, em decorrência do comprometimento das capacidades de leitura, escrita e fala, dificultando a compreensão da doença e do seu tratamento (RODRIGUES et al., 2012). Diante do exposto, acredita-se que a evidência deste estudo em relação ao baixo nível de escolaridade ou analfabetismo das pessoas com DM atendidas nas ESF representa um desafio para a equipe de profissionais de saúde, no que diz respeito às estratégias necessárias para contemplar a inclusão desses indivíduos na adesão ao tratamento, considerando e respeitando suas peculiaridades.

Foi evidenciado, também, que a renda familiar das pessoas com DM está concentrada, em sua maioria, entre 1-2 salários mínimos (46,0%). Esses dados estão próximos aos resultados encontrados por Grillo et al., (2007), que apresentaram 50,4% das pessoas com DM uma renda de 1-2 salários mínimos. Almeida e Cardenas (2013) também constaram que a maioria dos sujeitos com DM (55,9%) possui renda familiar entre 1-2 salários mínimos. Já outro estudo constatou

que a maioria, 56,9%, possuía uma renda mensal de apenas um salário mínimo (ZANDONÁ; OLIVEIRA, 2012).

Quanto à ocupação, a maioria das pessoas com DM é aposentada ou pensionista (75,2%). Esse percentual difere do estudo de Gomes-Villas Boas et al. (2011), que encontraram 41,4% da população de diabéticos aposentada ou pensionista. Outro estudo mostrou que 36,8% da população pesquisada referiu ser aposentada ou pensionista (ALMEIDA; CARDENAS, 2013). O presente estudo ainda mostrou que apenas 15,0% das pessoas com DM possuem trabalho remunerado, isto é, estão ativos no mercado de trabalho. Esse percentual é menor do que a prevalência encontrada em outro estudo, o qual evidenciou que 19,1% dos indivíduos com DM encontravam-se ativos em sua situação de trabalho (GOMES-VILLAS BOAS et al. 2011).

As variáveis de avaliação clínica das pessoas com DM, quanto ao tipo de DM, este estudo permite constatar de que a maioria dos participantes possui o DM Tipo 2 (96,0%), seguido do DM Tipo 1 (3,1%). De acordo com a American Diabetes Association (2014) e com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), o DM Tipo 1 representa em torno de 5% a 10% do total de casos. Já o Tipo 2 é mais frequente, compreendendo cerca de 90% a 95% do total de casos. Ao comparar esses percentuais, percebe-se que, neste estudo, o percentual do DM Tipo 1 é menor e o DM Tipo 2 é maior que as prevalências previstas pelas sociedades citadas. Esta pesquisa desconhece o motivo do percentual ser diferente do que o previsto.

Convém reiterar que o Tipo 1 atrela-se a uma combinação de resistência à ação do hormônio e resposta secretora inapropriada de insulina compensatória. O Tipo 2 associa-se a uma deficiência absoluta na secreção do hormônio insulina, resultante de uma destruição autoimune das células beta do pâncreas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). O diabetes gestacional, por sua vez, aparece durante a gestação, persistindo ou não após o parto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

Quanto ao número de membros da família que possuem DM, verificou-se que 24,0% têm outro familiar que também possui a doença. Percentual semelhante foi

evidenciado por estudo desenvolvido em Colatina/ES, que constatou que 25,0% dos participantes possuem familiares de primeiro grau com DM e 31,0% familiares de segundo grau (BRUNO; PEREIRA; ALMEIDA, 2014). Familiares de primeiro grau com DM Tipo 2 apresentam de duas a seis vezes mais chances de vir a desenvolver DM em relação à população geral, ou seja, indivíduos sem história familiar (ORTIZ; ZANETTI, 2001). O risco de filhos de pais em que a doença iniciou antes dos 50 anos é de cerca de 15%, e para aqueles que tiveram a doença após os 50 anos é de 8%. O risco para filhos de um casal em que ambos possuem o DM Tipo 2 pode chegar a 50%. Isto é, o fato de ter parentes com DM Tipo 2 caracteriza um dos principais fatores de risco para a doença (CAVALCANTI et al., 2005; REIS, 2005).

A respeito do tempo da doença, constatou-se média de 9,2 anos, sendo que a maior prevalência de pessoas com a doença é de dois a cinco anos. Estudo realizado na cidade de São Paulo, que avaliou características sociodemográficas e clínicas de pessoas com DM Tipo 2, encontrou que o tempo médio de diagnóstico do DM foi de 14,8 anos (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2011). Outro estudo, que objetivou descrever a prevalência de fatores de risco e complicações do DM Tipo 2 em usuários acompanhados Unidade de Saúde da Família no município de João Pessoa/PB, evidenciou que aproximadamente metade (45,7%) tinham o diagnóstico há oito anos ou mais (RODRIGUES et al., 2011).

Infere-se que a população em estudo descobriu a doença mais recentemente do que a de outros estudos. Isso pode indicar que, para os sujeitos investigados neste estudo, os sintomas iniciais ou não estavam bem evidenciados e, portanto, as pessoas não recorreram a serviço médico para identificação da doença, ou que o índice de mortalidade após o diagnóstico é maior do que na população dos demais estudos.

Ao analisar as comorbidades e os fatores de riscos, verificou-se que 89,1% das pessoas com DM possuem hipertensão arterial, 65,7% têm dislipidemia, 48,9% são obesos, 64% são sedentários, 63,1% possuem antecedentes familiares com doenças cardiovasculares, 33,7 possuem alguma enfermidade do coração, e 20,3% são fumantes.

Percebe-se que a maioria dos participantes possui a hipertensão associada

ao DM. Outro estudo realizado no mesmo município, que visou detectar o perfil e prevalência das pessoas com DM cadastradas no SIAB em anos anteriores, encontrou prevalência em torno de 77,0% nos anos de 2011 a 2013 (MORESCHI et al., 2015). Ao comparar com este estudo, observou-se que, em 2015, houve um aumento de 12,1% na prevalência de hipertensão nos sujeitos com DM da população estudada, isto é, passou de 77,0% para 89,1%.

Um estudo que investigou a prevalência de DM em uma população adulta do sertão de Pernambuco constatou que 68,0% dos diabéticos eram hipertensos (LYRA et al., 2010). Outra pesquisa realizada no estado de São Paulo constatou prevalência de 87,7% de hipertensão em pessoas com DM (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2011). A prevalência de DM e hipertensão associada está crescendo rapidamente no Brasil (FREITAS; GARCIA, 2012). DM e hipertensão são condições comumente associadas. A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em comparação com o não diabético. Ademais, a hipertensão afeta 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos (FREITAS; GARCIA, 2012).

Constatou-se também predominância de pessoas com DM dislipidêmicas. Gomes-Villas Boas et al. (2011) encontraram que 72,8% dos indivíduos diabéticos apresentam dislipidemia. Outro estudo, desenvolvido no estado do Pará, encontrou que 56,49% das pessoas com DM apresentavam alguma alteração em seus níveis de colesterol total ou triglicerídeos (PALMEIRAS et al.; 2011).

Quanto à obesidade, evidenciou-se que cerca da metade das pessoas com DM deste estudo são obesas. Outros estudos encontraram que a maioria da população com DM estava com sobrepeso ou obesidade. Estudo realizado em São Paulo encontrou prevalência de 46,3% da população diabética com obesidade (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2011). Ao verificar o estado nutricional de pacientes diabéticos adultos e idosos em um ambulatório da rede pública de saúde de Goiânia/GO, pôde-se observar que a maioria dos pacientes diabéticos apresentou sobrepeso (SILVA et al., 2012). Palmeiras et al. (2011), ao traçarem o perfil epidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos no Serviço de Diagnóstico em Cardiologia da Universidade do Estado do Pará, encontraram que 62,63% dos diabéticos exibiam algum grau de obesidade.

Constatou-se, também, que a maioria das pessoas com DM desta pesquisa é sedentária. Outro estudo evidenciou que 56,67% dos pacientes com DM avaliados não praticavam qualquer atividade física (PALMEIRA et al., 2011). Estudo que traçou o perfil socio-sanitário e estilo de vida da população hipertensa e/ou diabética do município de Teixeira/MG, encontrou que 67,4% de sedentários (COTTA et al., 2009). Estudo desenvolvido com usuários acompanhados pelas ESF no município de João Pessoa/PB, encontrou que a maioria da população (71,4%) era sedentária (RODRIGUES et al., 2011).

Detectou-se, no presente estudo, que a maioria dos participantes possuem antecedentes familiares com doenças cardiovasculares e que 33,7% dos participantes autorreferiram possuir alguma enfermidade do coração associada ao DM. Palmeiras et al. (2011) encontraram que 51,25% dos usuários diabéticos apresentavam história familiar de doenças cardiovasculares. Cabe mencionar outro estudo que avaliou a adesão à dieta e ao exercício físico e sua relação com as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM, em seguimento ambulatorial, na cidade de São Paulo, o qual encontrou que 52,5% dos participantes possuíam algum tipo de doenças cardiovasculares (GOMES-VILLAS BOAS et al. 2011). Ada (2011) considera que existe uma relação direta entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Ao verificar a prevalência de doenças cardiovasculares nos pacientes diabéticos adultos e idosos em um ambulatório da rede pública de saúde de Goiânia/GO, pôde-se observar uma prevalência de 78,9% dessas doenças (SILVA et al., 2012).

Em relação ao tabagismo, houve uma prevalência de 20,3 % fumantes entre as pessoas com DM deste estudo, resultado semelhante ao estudo de Cotta et al. (2009), que encontraram 19,6% de tabagistas dos indivíduos com DM. Ainda importa referir um estudo que objetivou descrever a prevalência de fatores de risco e complicações do DM em usuários acompanhados por uma Unidade de Saúde da Família, o qual constatou que 14,3% eram fumantes (RODRIGUES et al., 2011). Já Lyra et al. (2010), em estudo desenvolvido com indivíduos diabéticos, evidenciaram que 28,2% eram fumantes.

Salienta-se que o tabagismo é prejudicial nas complicações diabéticas, sobretudo em casos de nefropatias e na morbidade e mortalidade macrovascular. O

cigarro aumenta as concentrações de colesterol total e LDL, diminui o HDL e aumenta a resistência à insulina. Os fumantes apresentam maiores níveis glicêmicos (mecanismo desconhecido). Os fumantes que têm diabetes apresentam risco aumentado para neuropatia e doença renal em estágio terminal (INCA, 2010; BRASIL, 2013).

Quanto às complicações, a maioria, 74,6%, referiu apresentar complicações decorrentes do DM. Dentre as complicações agudas, a hiperglicemia apresentou maior percentual, com 87,4% da população.

A hiperglicemia é o fator primário desencadeador de outras complicações do DM. É comum o desenvolvimento das macroangiopatias, que comprometem as artérias coronarianas, dos membros inferiores e as cerebrais. Uma complicação metabólica aguda do DM, caracterizada por hiperglicemia, cetose e acidose, é a cetoacidose diabética (FERREIRA et al., 2011). O presente estudo detectou que 5,4% das pessoas com DM já apresentaram cetoacidose diabética. O não-reconhecimento dessa condição causa progressiva deterioração metabólica, podendo originar graves sequelas (FERREIRA et al., 2011).

Outro achado referente às complicações agudas foi que 46,9 % referiram já ter apresentado hipoglicemia. A hipoglicemia é uma complicação aguda que pode desencadear limitações ao tratamento do DM. Pode envolver custos elevados no seu tratamento e prevenção, além de provocar implicações na QV do indivíduo e da sua família. A sua ocorrência é identificada como um fator de predição de complicações futuras, até mesmo as complicações crônicas, incluindo perda de funções cognitivas, coma e até morte (ESTEVES; NEVES; CARVALHO, 2012). Tendo em vista que a hipoglicemia pode levar ao coma, cabe destacar que 8,9% da população estudada relatou já ter apresentado esta complicação.

Pessoas com DM devem ser orientadas quanto aos cuidados na condução de veículos, já que a ocorrência de hipoglicemias durante a direção pode resultar em acidentes. Deve-se, portanto, adequar os níveis glicêmicos ao tratamento, utilizando o monitoramento domiciliar e fazendo treinamento para o reconhecimento precoce de hipoglicemias. Cabe mencionar que a recuperação neurológica geralmente é total após a correção de coma hipoglicêmico (NERY, 2008).

Destaca-se que, no Brasil, em 2010, sucederam 3.741 óbitos em virtude de complicações agudas do DM. Esse valor equivale a 6,8% dos 54.857 óbitos por DM como causa básica no país. Os óbitos se distribuíram de maneira semelhante entre coma e cetoacidose sem menção de coma. Após correções e padronizações, a taxa de mortalidade por complicações agudas do DM no país, foi de 2,45 óbitos por 100 mil habitantes (KLAFKE et al., 2014).

No que diz respeito às complicações crônicas, 37,4% apresentaram retinopatia. Ao avaliar a prevalência de retinopatia diabética dos pacientes portadores de DM Tipo 2 do município de Luzerna/SC, os autores constataram prevalência de retinopatia diabética de 38,4% (JOST et al., 2010). Outro estudo encontrou prevalência de 30,0 % da retinopatia diabética (RODRIGUES et al., 2011). Estudo realizado por Almeida (2013) detectou que 48,5% apresentaram alterações visuais. Isso confirma a necessidade de maior atenção por parte dos serviços públicos na prevenção, orientação e tratamento das pessoas com DM Tipo 2, fazendo o diagnóstico precoce e prevenindo a doença (JOST et al., 2010).

No Brasil, a retinopatia representa a terceira causa de cegueira em adultos. É uma das complicações mais comuns do DM, sendo que após, 20 anos de doença, é encontrada em mais de 90% das pessoas que possuem o DM Tipo 1, e de 50% a 80% nas que têm DM Tipo 2. Sua incidência aumentou bastante diante do crescimento da expectativa de vida dos pacientes. A retinopatia tem correlação direta com a sobrevida dos pacientes, pois as alterações vasculares da retina costumam progredir de modo semelhante em outros órgãos como rim, coração e cérebro. A detecção precoce e tratamento adequado podem diminuir consideravelmente os casos de cegueira (ARAGÃO; FERREIRA; PINTO, 2013).

Estudo que objetivou determinar a prevalência de neuropatia periférica diabética em pessoas com DM Tipo 2 atendidas em uma unidade de medicina familiar no México evidenciou que a prevalência geral de neuropatia nesse grupo de pacientes foi de 69% (IBARRA et al., 2012). No entanto, esse estudo constatou percentual menor, 12,9% da população estudada, referiu já ter apresentado a complicação de neuropatia em decorrência do DM.

Outra complicação crônica investigada foi a presença de pé diabético na

população estudada, que, neste estudo foi de 9,4% dos pesquisados. Um estudo que objetivou descrever a prevalência de fatores de risco e complicações do DM Tipo 2 em usuários acompanhados por uma Unidade de Saúde da Família constatou que 12,9% dos pacientes possuíam pé diabético (RODRIGUES et al., 2011).

Este estudo encontrou que 8,6% das pessoas com DM referiram possuir nefropatia. Estudo desenvolvido por Almeida (2013) constatou que 10,3% apresentaram alterações renais. É importante implementar estratégias que visem favorecer o diagnóstico e o tratamento em unidades de medicina de família, tais como o treinamento dos pacientes no autocuidado com os pés e a formação médica familiar na avaliação do pé. Sem dúvida, o atendimento oportuno irá impedir ou atrasar as complicações inerentes à condição, reduzir os elevados custos e melhorar a qualidade vida dos pacientes (IBARRA et al., 2012).

Ao considerar a evolução em longo prazo, O DM pode causar diversas consequências, que incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, além de ser um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013; RODRIGUES et al., 2011).

Os dados relativos ao tipo de tratamento evidenciaram que 78,9% fazem dieta e utilizam antidiabéticos orais. A maioria faz uso de tratamento medicamentoso (95,7%). Estudo desenvolvido com indivíduos cadastrados no Programa SIS/HIPERDIA/MS em seis municípios do Vale do Taquari/RS, entre eles, o município do presente estudo, evidenciou que 70,03% utilizam medicamentos de forma contínua para regular a glicemia ou manter a pressão arterial em níveis considerados normais (REMPEL et al., 2015). Outro estudo que trabalhou com diabéticos, usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Vale do Taquari, observou que 71,03% relataram fazer uso de medicação para regular a glicemia ou manter a pressão arterial em níveis considerados normais (REMPEL et al., 2010).

Estudo realizado por Rodrigues et al. (2011) também constatou que a maioria dos sujeitos, 95,7%, realizavam tratamento medicamentoso e que 74,3% realizavam algum tipo de dieta (RODRIGUES et al., 2011). Outro estudo evidenciou que todas as pessoas com DM faziam o tratamento medicamentoso (ALMEIDA, 2013). Ainda,

cabe referir outra pesquisa, desenvolvida em Minas Gerais, a qual também evidenciou que o tratamento do DM é basicamente medicamentoso (96,6%) (COTTA et al., 2009).

Este estudo constatou que as pessoas com DM realizaram ,no ano anterior aos questionários, média de 2,6 consultas anual nas ESF, em decorrência do DM. Ainda, além do acompanhamento na ESF, constatou-se que cerca de 30,0% das pessoas com DM também buscaram atendimento em outros especialistas relacionados às complicações do DM (consultas com cardiologista e oftalmologista, entre outros).

Verificou-se que a maioria, 89,7%, não precisou recorrer a um serviço de urgência e emergência no ano anterior a esta pesquisa. Cabe destacar que um percentual menor de pessoas buscou um serviço de urgência (10,3%), no entanto, considerando que este percentual representa 36 pessoas, considera-se um valor elevado. A busca pelos serviços de urgência foi devido às complicações decorrentes do DM.

É fundamental o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde para obter o sucesso do controle do DM com vistas à prevenção de complicações, à redução do número de internações hospitalares e à mortalidade por doenças cardiovasculares. Além disso, também diminui o custo social e o ônus que incide ao SUS, associado às doenças crônicas (BRASIL, 2011; RODRIGUES et al., 2011).

As despesas econômicas relacionadas ao atendimento das pessoas com DM, segundo o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, conforme a prevalência local de DM e a complexidade do tratamento disponível. O DM acarreta também outros gastos associados à dor, à ansiedade e à menor QV, que pode atingir os doentes e suas famílias (BRASIL, 2011).

5.2 Tratamento medicamentoso

Quanto ao tratamento medicamentoso, verificou-se que a maioria toma

metformina (87,1%). O segundo medicamento mais utilizado foi a glibenclamida (43,1%) e 20,8% fazem uso de insulina. Outro estudo desenvolvido na mesma região constatou que os antidiabéticos mais utilizados foram a glibenclamida e metformina, porém o mais utilizado foi a glibenclamida, diferente do resultado do presente estudo, que evidenciou que o fármaco mais utilizado é a metformina (REMPEL et al., 2015). Estudo desenvolvido por Zandona e Oliveira (2012) encontrou que grande quantidade dos pacientes com DM também utilizava metformina. Cotta et al. (2009) igualmente encontraram que, dentre os hipoglicemiantes que fazem uso, os mais frequentes foram glibenclamida e metformina. Já outro estudo encontrou que a maioria, 64,2%, fez uso de insulina e antidiabético oral, 21,0% somente insulina e 14,8% somente antidiabético oral (GOMES-VILLAS BOAS et al. 2011).

Os medicamentos que os participantes do estudo tomam para controlar o DM são a metformina, glibenclamida e insulina. A metformina é um antidiabético de uso oral que, coligado a uma dieta adequada, é utilizado para o tratamento do diabetes Tipo 2, tanto de maneira separada ou em conjunto com outros antidiabéticos orais. A metformina também pode ser utilizada para complementar a insulino terapia no tratamento do diabetes Tipo 1 (BULA MEDCINIA NET ONLINE, 2013). A metformina diminui a produção hepática de glicose (RIDDLE; GENUTH, 2010).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* promoveu a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas condições. Desse modo, o Ministério da Saúde adotou como padrão de tratamento do DM, medicamentos essenciais, preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo utilizados para o tratamento do DM, os hipoglicemiantes orais Glibenclamida, comprimidos de 5 mg, e Metformina, comprimidos de 850 mg, além da Insulina Humana Recombinante NPH 100UI, disponibilizada na rede pública de saúde brasileira de forma sistemática (BRASIL, 2011).

A glibenclamida representa outro medicamento oral utilizado para tratamento do DM, porém, é usado somente para as pessoas não insulino dependentes. Portanto, esse antidiabético oral não deve ser administrado em pacientes com diabetes insulino dependente (Tipo 1 ou diabetes juvenil). Além disso, não deve ser

usado por mulheres durante a gravidez ou por lactentes, por pessoas em coma diabético, com descompensação metabólica do diabetes (especialmente pré-coma e cetoacidose) e com insuficiência renal grave. O início de ação de glibenclamida ocorre cerca de 30 minutos após sua administração (BULA MEDCINIA NET ONLINE, 2013). A metformina representa o medicamento de primeira escolha para DM Tipo 2 e o uso da glibenclamida pode resultar no controle glicêmico inadequado frente à metformina ou na intolerância devido aos seus efeitos adversos gastrointestinais (REMPEL et al., 2015).

A insulina, por sua vez, é um antidiabético que controla o armazenamento e metabolismo de carboidratos, proteínas e gordura, diminuindo a glicemia (BULA MEDCINIA NET ONLINE, 2013). A insulina é considerada uma terapia inicial para sujeitos de qualquer idade, que apresentam uma manifestação repentina de diabetes, com hiperglicemia acima de 300 mg/dL, perda significativa de peso, aumento da quantidade de urina e sede excessiva. As pessoas com diabetes Tipo 1 usarão, permanentemente, a insulina. Já os indivíduos com diabetes Tipo 2, no decorrer do tratamento, poderão recuperar a sensibilidade à insulina, sendo possível realizar o controle apenas com a dieta e antidiabéticos orais, sendo que, nesse caso, é feito o desmame da dosagem de insulina (RIDDLE; GENUTH, 2010).

Pôde-se evidenciar, ainda, que as pessoas com DM deste estudo tomam medicamentos para outras doenças associadas. Os medicamentos ingeridos pela maioria dos investigados são a sinvastatina, seguido do AAS, enalapril e hidroclorotiazida, os quais tratam a dislipidemia, as doenças cardiovasculares e a hipertensão.

A sinvastatina diminui os níveis de colesterol no sangue. O colesterol pode causar doença arterial coronariana (DAC), uma vez que, devido ao seu acúmulo, pode estreitar os vasos sanguíneos que transportam oxigênio e nutrientes ao coração. Esse processo de entupimento ou endurecimento das artérias é chamado de aterosclerose, a qual pode desencadear angina e enfarte do miocárdio. O medicamento sinvastatina pode adiar a progressão da aterosclerose já existente, e diminuir o desenvolvimento de outras doenças (BULA ONLINE, 2013). A DAC pode surgir em virtude de muitas causas, contudo, para uma pessoa com DM, o risco pode aumentar na presença de outros fatores, como níveis altos de colesterol no

sangue, hipertensão arterial, tabagismo e obesidade (BULA ONLINE, 2013). Esses fatores, comumente, estão associados com o DM e podem ser controlados. Neste estudo, a maioria dos participantes toma a sinvastatina para diminuir os níveis altos de colesterol no sangue.

O AAS pertence ao grupo de fármacos anti-inflamatórios não esteroides, com atributos anti-inflamatório e analgésico. O AAS, além disso, é um inibidor da agregação plaquetária, impedindo a síntese do tromboxano A₂ nas plaquetas (BULA ONLINE, 2013). O enalapril é recomendado no tratamento de todos os níveis de hipertensão e de insuficiência cardíaca. O enalapril também é indicado para aumentar a sobrevida de pacientes com insuficiência cardíaca sintomática, podendo adiar a progressão da insuficiência cardíaca e, conseqüentemente, diminuir a prevalência de hospitalizações decorrentes da insuficiência cardíaca (BULA ONLINE, 2013).

Já a hidroclorotiazida é indicada no tratamento da hipertensão, tanto de maneira isolada ou em conjunto com outros fármacos que controlam a pressão arterial. Pode também ser utilizada no tratamento dos edemas associados à insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática, disfunção renal (glomerulonefrite aguda, síndrome nefrótica e insuficiência renal crônica) (BULA ONLINE, 2013).

Em relação à adesão das pessoas com DM atendidas nas ESF ao tratamento medicamentoso (questionário MAT), constatou-se que a maioria dessas pessoas aderem ao tratamento (86,9%). Estudo desenvolvido em um município de Minas Gerais, com pacientes com DM Tipo 2 atendidos nas ESF, constatou adesão ao tratamento medicamentoso superior a 60% em todas as ESF investigadas (FARIAS et al., 2014). Outros estudos nacionais realizados em amostras populacionais com DM também encontraram alta adesão ao tratamento medicamento, como se percebe em Gimenes, Zanetti e Haas (2009), com adesão de 78,3%; em Faria et al. (2013), com adesão de 84,4%; e em Gomes-Villas Boas, Foss-Freitas e Pace (2014), com adesão de 95,7%. No presente estudo, a média obtida da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 5,56 (DP=0,49), em uma escala pontuada de 1 a 6, na qual escores mais altos indicam maior adesão. Dessa forma, observou-se que a média está próxima do valor máximo possível, podendo-se dizer que a amostra estudada possui elevada adesão medicamentosa.

Destaca-se que essa boa adesão ao tratamento medicamentoso também foi constatada na percepção dos profissionais de saúde que trabalham nas ESF nas quais as pessoas com DM são atendidas. Os profissionais percebem que um dos motivos de tal adesão se deve ao fato de as pessoas com DM depositarem maior credibilidade aos medicamentos, não atentando para outros elementos que fazem parte do controle do DM, como dieta e atividade física, por acreditarem que, estando medicadas a DM estará controlada.

Importa referir, também, que a adesão positiva ao tratamento medicamentoso pode estar relacionada às percepções e crenças das pessoas com DM sobre o seu tratamento. O tratamento é composto pelas modalidades medicação, dieta e exercício físico; porém, geralmente, as pessoas consideram que a medicação é o tipo de tratamento de maior importância no controle do DM (BRADBENT; DONKIN; STROH, 2011). Portanto, as porcentagens elevadas estão vinculadas à aceitabilidade do tratamento medicamentoso e à crença no efeito do medicamento para o controle da doença (FARIAS et al., 2014). Essa evidência também pode estar relacionada com a política de distribuição de medicamentos gratuitos pela rede de saúde, que garante a acessibilidade aos remédios (OLIVEIRA et al., 2010).

Já outros estudos constataram que um dos maiores desafios encontrados pelos profissionais de saúde é a baixa adesão das pessoas com diabetes ao tratamento medicamentoso (SILVA et al., 2010; PONTIERI; BACHION, 2010), o que difere dos achados do presente estudo.

A baixa aderência ao tratamento medicamentoso é considerada um fator contribuinte ao desenvolvimento de complicações, aumento na prevalência de hospitalizações e progressão da doença (DIMATTEO, 2004). Portanto, é imprescindível que as pessoas com DM tenham conhecimento sobre os riscos associados à sua doença e sobre a necessidade do uso correto dos medicamentos. Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde orientem os usuários acerca do uso apropriado dos medicamentos, sobretudo, em relação às complicações que a não adesão ao tratamento podem causar aos indivíduos (OLIVEIRA et al., 2010).

Os profissionais precisam levar em consideração que a baixa adesão está

vinculada à resistência às mudanças nos hábitos de vida e à dificuldade de os indivíduos entenderem e se adaptarem ao tratamento medicamentoso (SOARES et al., 2014). Considera-se importante destacar que a não adesão ao tratamento do DM não pode ser observada apenas como uma incompetência da pessoa em seguir seu tratamento de maneira apropriada, mas também deve ser vista como uma possível falha do sistema de saúde em oferecer os cuidados adequados aos usuários conforme suas singularidades (FREITAS, 2010).

Recomenda-se que o plano terapêutico da pessoa com DM aconteça com a participação ativa da pessoa. É necessário estabelecer uma relação de confiança e credibilidade entre profissional e usuário, oferecendo um cuidado individualizado e multiprofissional. Assim, o indivíduo vai se sentir mais motivado ao tratamento e ser persistente a ele. Nessa perspectiva, as práticas de educação em saúde ocupam espaços importantes, uma vez que podem contribuir na sensibilização das pessoas com DM para adesão farmacológica e adequação de seus hábitos e condutas (SANTO et al., 2014).

No decorrer das práticas educativas, o profissional da saúde precisa ter aptidão e sensibilidade para verificar o grau de compreensão que o indivíduo teve acerca das recomendações feitas, detectando possíveis distorções do que foi aconselhado. É importante que sejam criados espaços para diálogos entre profissional e usuário, proporcionando oportunidade para que o indivíduo possa expor suas dúvidas, evitando, assim, possíveis dificuldades de adesão em virtude de interpretação equivocada sobre as informações recebidas dos profissionais de saúde (SILVA et al., 2010; PONTIERI; BACHION, 2010).

5.3 Conhecimento sobre diabetes

A partir da análise dos resultados, constatou-se que a maioria dos participantes apresenta conhecimento insatisfatório em relação à doença, considerando que esse indicador teve escore igual ou menor que oito (60%). O diagnóstico de DM exige uma abordagem holística sobre seu portador, sendo que as modificações nos padrões de vida alteram-se significativamente (SILVA; SUTO; COSTA, 2016). Nesse contexto, a atenção multiprofissional é uma estratégia

importante, pois a equipe possui as ferramentas necessárias para desenvolver práticas educativas, visando munir o doente do conhecimento acerca do seu estado de saúde e da adesão à terapia proposta (FARIAS et al., 2016).

Os resultados deste estudo vão ao encontro de outras pesquisas nacionais e internacionais. Um estudo transversal, realizado em um centro de referência em cardiologia da Região Sul do Brasil, em unidades de internação clínica e cirúrgica, verificou que os pacientes internados por comorbidades cardiovasculares apresentaram baixo conhecimento sobre o DM, ocasionando dificuldade no enfrentamento da doença (SILVA et al., 2013). Em outro estudo, realizado em São Paulo, constatou-se que pacientes portadores de DM, mesmo tendo acompanhamento multidisciplinar, apresentam baixo nível de conhecimento sobre a patologia e suas complicações (DIAS et al., 2010).

Sob o mesmo limiar, um estudo internacional, realizado em Munique, na Alemanha, desenvolveu uma pesquisa com pessoas portadoras de DM que se encontravam hospitalizadas. O estudo também evidenciou o conhecimento insuficiente dos indivíduos acerca de sua doença, bem como do tratamento realizado (BLANKENFELD et al., 2006). Outro estudo nacional, realizado em 2008, com diabéticos acompanhados por uma UBS, verificou resultados semelhantes, em que apenas 35,4% dos indivíduos incluíram-se na categoria referente ao bom conhecimento sobre o DM e sobre os objetivos esperados com a assistência prestada (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Em outro estudo internacional, realizado em Amman, na Jordânia, em 2010, com 100 adultos hospitalizados portadores de DM, também foi constatado um déficit de conhecimento sobre a doença, o que, conseqüentemente, limita o seu envolvimento na gestão da doença, causando um déficit no autocuidado desenvolvido pelo próprio indivíduo (KHALDON et al., 2012). Na América Central, uma pesquisa realizada em Cuba, constatou que os adultos com diagnóstico de DM necessitam de apoio nas questões de educação em saúde, com a finalidade de aumentar seus conhecimentos sobre a patologia e desenvolver uma melhor QV (MORENO et al., 2011).

Por outro lado, alguns estudos relatam conhecimento satisfatório das pessoas

com diabetes, como o realizado em uma cidade do interior paulista, que demonstrou que 78,05% das pessoas portadoras de DM atendidas em um centro educativo por uma equipe multiprofissional tiveram escores superiores a oito em relação ao conhecimento e compreensão sobre a patologia (RODRIGUES et al., 2009), o que pode demonstrar um trabalho de educação permanente em saúde realizado pela equipe multiprofissional. Em outro estudo, realizado no estado de São Paulo, em uma ESF e em uma UBS, em relação ao conhecimento da doença, tendo sido aplicado o questionário DKN-A, foram obtidos escores superiores a oito, corroborando com o estudo anterior, o que indica resultado satisfatório quanto ao conhecimento do portador sobre o DM (SERAMIN; DANZE; OLIVEIRA, 2013).

Neste estudo, o pouco conhecimento das pessoas com DM acerca de sua doença também foi evidenciado na percepção dos profissionais de saúde atuantes nas ESF. Diante do déficit de conhecimento sobre o DM, enfatiza-se a necessidade de programas de educação, visando melhorar o conhecimento sobre o DM, o que é considerado um componente essencial para a gestão da síndrome e para o alcance de uma melhor QV (KHALDON et al., 2012). Em um estudo na América do Sul, realizado em Lima, no Peru, constatou-se que o conhecimento insatisfatório de indivíduos portadores de DM relaciona-se diretamente com a desorganização de serviços de saúde, principalmente públicos (KELLY; NÍCIDA; ROSA, 2009).

Verificou-se a importância de as pessoas com DM possuírem conhecimento sobre a patologia e sobre a necessidade de autocuidado. Cabe destacar que o questionário DKN-A abordou questões relacionadas à fisiologia básica da síndrome, incluindo a ação da insulina, a hipoglicemia, os grupos de alimentos e suas substituições, o gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença e os princípios gerais dos cuidados da doença. A busca por avaliar as condições da população portadora de DM torna-se uma importante ferramenta de vigilância em saúde, estabelecendo ações a serem desenvolvidas junto à comunidade (VICENTIN et al., 2016). O autocuidado do indivíduo com DM pode ficar prejudicado principalmente devido à criteriosa modificação nos seus padrões alimentares (MENDES et al., 2016).

Ao analisar a frequência das respostas no questionário DKN-A, percebeu-se que o maior conhecimento está atrelado aos valores normais da glicemia (70 – 110

mg/dL) e aos alimentos que podem ser consumidos livremente, sem alterar a glicose (alfafa e agrião). Um estudo semelhante, que também analisou o conhecimento sobre a doença, encontrou maior número de acertos nas questões associadas ao valor normal da glicemia capilar e aos cuidados com a hipoglicemia (SILVA et al., 2013). É essencial que pessoas portadoras de DM tenham participação ativa no monitoramento da sua doença e, para tal ação, os conhecimentos mencionados tornam-se importantes, bem como os cuidados com a dieta (SANTOS; COSTA, 2016).

No entanto, a maior dificuldade de compreensão refere-se, consecutivamente, aos medicamentos, principalmente em relação à ação da insulina, e à dieta, visando os grupos de alimentos e suas substituições. As orientações sobre o uso e efeito das medicações para o DM são restritas à população em geral, visto o preconceito das equipes de saúde em trabalhar com o aconselhamento farmacológico (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2016). O cuidado alimentar torna-se importante devido à necessidade de automonitorização da glicemia capilar e dos sinais e sintomas de descompensação glicêmica (BAQUEDANO et al., 2010). Diante disso, torna-se imprescindível o conhecimento de todas essas práticas de autocuidado para a efetividade no tratamento do DM.

5.4 Atividades de autocuidado com o diabetes

A avaliação da aderência aos itens do QAD evidencia os níveis de adesão às atividades de autocuidado de uma determinada população com DM (em dias da semana), permitindo a comparação entre as diferentes atividades de autocuidado nas pessoas com diabetes (MICHELS et al., 2010).

Nas pessoas avaliadas neste estudo, o maior valor de aderência foi encontrado para os itens “tomar o número indicado de comprimidos do diabetes” e “tomar injeções de insulina conforme o recomendado”, ambos com média de 6,9 (DP=0,3) dias por semana. Dados semelhantes a esses foram apresentados em outros estudos realizados em diferentes estados. Um estudo desenvolvido em Santa Catarina encontrou, nesse mesmo item, média de 6,70 (DP=1,15) dias por semana (MICHELS et al., 2010). Em São Paulo, ainda sobre “tomar os medicamentos do diabetes conforme recomendado”, alcançou-se uma média de 7,0 (DP=0,0) dias por

semana (GOMIDES et al 2013). Outro estudo, que não identificou o local de coleta de dados, também encontrou maior aderência no item "tomar o número indicado de comprimidos para diabetes", média de 6,9 (DP=0,7) dias por semana (MATERA et al., 2013).

Quanto ao item de menor valor de aderência ao autocuidado, este estudo encontrou "realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários", com média de 1,1 (DP=2,2) dias por semana. Estudos desenvolvidos por Michels et al. (2010), em um Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) e, por Gomides et al. (2013), em ambulatórios de unidades secundária e terciária da saúde na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, avaliaram a aderências ao autocuidado de pessoas com DM e encontraram, como o item com menor valor de aderência "realizar exercício físico específico (caminhar, nadar etc.)", com médias respectivas: 1,24 (DP= 2,78) e 0,4(DP=1,6) dias por semana. Matera et al. (2013) também evidenciou este item como sendo o de menor aderência, tendo média de 2,0 (DP= 2,6 dias por semana). No entanto, observou-se que a média de adesão desse último estudo é um pouco melhor do que a média encontrada no presente estudo e nos demais citados anteriormente. Cabe destacar que esse estudo encontrou o item "realizar exercício físico específico (caminhar, nadar etc.)" como sendo o segundo com menor aderência ao autocuidado, com média de 1,2 (DP=2,2) dias por semana, diferindo pouquíssimo do menor item que também está atrelado às práticas de atividade física.

Constou-se, assim, que o item de maior aderência de autocuidado das pessoas com DM está relacionado à terapia medicamentosa e o item de menor aderência está relacionado à dimensão de práticas de atividade física, em concordância com a literatura encontrada.

Ao avaliar os escores apresentados por dimensões, constatou-se maior adesão nas dimensões "medicação" (escore sete) "cuidado com os pés" (escore cinco) e menor adesão nas dimensões "atividade física" e "monitorização da glicemia" (escore um). As dimensões "alimentação geral" e "alimentação específica" apresentaram escore quatro.

Estudos evidenciaram que os maiores valores de aderência foram encontrados para o uso das medicações e o menor, para a realização de atividades físicas (BASTOS; SEVERO; LOPES, 2007; MICHELS et al., 2010; MATERA et al., 2013; GOMIDES et al., 2013). Na Índia, resultados encontrados mostraram que 79,8% informaram realizar atividades relacionadas à terapia medicamentosa, enquanto 21% relataram realizar o nível de atividade física recomendado (GOPICHANDRAN et al., 2012). Outro estudo revelou que os pacientes têm baixa adesão à automonitorização glicêmica, à prática de exercícios físicos e a cuidados com os pés, porém com boa aderência ao uso da medicação (NETA; SILVA; SILVA, 2015).

A baixa aderência em relação às dimensões de “monitoramento da glicemia” e “atividade física” deste estudo se assemelha com os achados de Neta, Silva e Silva (2015). Entretanto, esses estudos diferenciam-se quanto à baixa aderência do cuidado com os pés, já que, com base nos dados do QAD aqui apresentados, é o autocuidado que tem maior aderência e, conforme a percepção dos profissionais de saúde, alguns aderem cuidados com os pés, e outros não.

Ainda, em relação à aderência às atividades de autocuidado, na percepção dos profissionais de saúde que trabalham com as pessoas com DM atendidas nas ESF, evidenciou-se que o tratamento medicamentoso representa a atividade de autocuidado com maior aderência. Os profissionais apontaram para a baixa adesão à prática de atividade física, sendo essa a orientação que as pessoas com DM têm maior dificuldade de compreensão e aceitação. Os profissionais de saúde também perceberam que a “monitorização da glicemia” apresenta pouca adesão das pessoas com DM, pois acreditam que são poucos os que realizam um controle satisfatório de sua glicose, o que pode ocorrer em virtude do DM ser assintomático.

Quanto à dimensão do “cuidado com os pés”, os profissionais apresentaram percepções antagônicas, visto que alguns acreditam que o cuidado que as pessoas possuem com seus pés é limitado. Mencionaram que algumas pessoas não sabem que é necessário secar os espaços entre os dedos dos pés e que a complicação é crônica. Outras que possuem úlceras apresentam dificuldade em compreender os cuidados necessários. Já aconteceu de os profissionais repetirem as explicações sobre os cuidados com os pés e alguns usuários, que já haviam escutado essa

orientação anteriormente, demonstrarem-se surpresos, como se fosse um conhecimento novo. Todavia, outros profissionais participantes da pesquisa percebem que as pessoas com DM atendidas em sua ESF cuidam bem de seus pés, visto que são bem orientados quanto aos cuidados necessários. Ressalta-se que em uma ESF, o profissional referiu que sua unidade de saúde não possui casos de pé diabéticos.

Quanto aos cuidados com a dieta, os profissionais acreditam que as pessoas aderem muito pouco a essa orientação. Percebem que as pessoas com DM apresentam dificuldade de compreender a necessidade de mudanças de seus hábitos alimentares. Além disso, os profissionais acreditam que o nível de escolaridade pode limitar a compreensão referente à dieta necessária para o controle do DM.

A prática de atividades físicas no contexto do paciente portador de DM assume importância crucial, desempenhando a função de normalizar os níveis glicêmicos corporais, pelo gasto energético demandado (SILVA; SANTOS; COSTA, 2016). No entanto, sua incorporação à rotina do paciente deve ser acompanhada por profissionais capacitados, sendo que exercícios sem orientação podem levar a agravos, como episódios de hipoglicemia (VISENTIN et al., 2016).

Em virtude da baixa adesão das pessoas com DM em relação ao controle glicêmico, é importante ressaltar que o controle da glicose sanguínea é um dos principais paradigmas da população que possui DM, sendo que, na maioria dos casos, o processo de sua mensuração torna-se sinônimo de sofrimento e preconceito (FUJIMOTO et al., 2016). Com o avanço tecnológico das últimas décadas, os aparelhos de uso diário para controle da glicose tornaram-se populares e não invasivos, sendo importante sua incorporação nas medidas de acompanhamento domiciliar prevenindo agravos (CARVALHO et al., 2016).

Em relação ao cuidado com os pés, é importante refletir que um dos agravos mais comuns causado pelo DM é a formação de feridas nos pés, devido aos problemas circulatórios nas extremidades desencadeados pela doença em uma fase descompensada (BENTO et al., 2016). Nestes casos, o autocuidado deve ser incentivado, por meio de atividades de educação em saúde, que demonstrem a

necessidade de avaliação diária dos pés e o cuidado com lesões no local (FARIAS et al., 2016).

A terapia medicamentosa foi evidenciada como uma atividade de autocuidado com boa aderência pelas pessoas com DM. Esta é a principal forma de controlar os níveis de glicose sanguínea. No entanto, seu uso torna-se passível de erros, como o não cuidado com os horários de administração, que pode interferir nos resultados esperados (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2016). A medicação, quando aliada à alimentação saudável e à prática constante de atividades físicas, demonstra um progresso no estado de saúde do portador de DM, gerando uma maior QV (SILVA et al., 2016).

A orientação alimentar ao paciente com DM deve ser realizada constantemente e baseada nas condições específicas de cada indivíduo, sendo necessária a realização de visitas domiciliares e acompanhamento constante sobre sua adesão (ANDRADE et al., 2016). O paciente com DM, que incorpora uma dieta hipoglicêmica em sua rotina, sob o acompanhamento de profissionais capacitados, percebe os resultados em curto prazo, conferindo um incentivo para prosseguir com os cuidados (BRANDÃO et al., 2016).

O autocuidado das pessoas com DM pode ser desenvolvido de várias maneiras, sendo que em uma ESF, por exemplo, podem ser implantados grupos semanais de discussão sobre assuntos gerais (MAIA; TORRES, 2016). Os profissionais possuem as ferramentas necessárias para desenvolver e instigar seus pacientes sobre o próprio cuidado com o corpo, além de propiciar uma troca de informações saudável e pertinente (MALAQUIAS et al., 2016).

Quando à adesão dos indivíduos com diabetes a atividades de autocuidado é insatisfatória, torna-se imprescindível a aproximação dos profissionais de saúde com a realidade da população assistida, com a finalidade de promover conhecimento e maior independência a respeito de seu autocuidado e, desta forma, diminuindo os riscos de complicações oriundas do DM (FREITAS et al., 2014). Assim, diante da pouca aderência às atividades de autocuidado dos indivíduos com DM, é necessário que sejam desenvolvidas ações e políticas de educação em saúde para um melhor cuidado dos pacientes (DANIELE; VASCONCELOS; COUTINHO, 2014).

Quanto ao tabagismo, os dados do QAD mostraram que 11,6% da população com diabetes é fumante, sendo que a média de cigarro consumidos por dia foi de 15 cigarros. Gomides et al. (2013) encontraram que 5,7% referiram fazer uso do cigarro, sendo que a média de cigarros consumidos por dia foi de 0,3 (DP=1,3). Outro estudo encontrou prevalência de 11,43% de fumantes, com média de 8,5 (DP=4,36) cigarros por dia (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015). Diante disso, percebe-se que o presente estudo obteve uma média elevada de cigarros consumidos por dia.

Ainda, observou-se que a maioria das pessoas com DM nunca fumaram (54,0%) e que um percentual elevado de 32,0% são ex-fumantes, sendo que não fumam há mais de dois anos. Em relação ao período em que as pessoas com diabetes fumaram seu último cigarro, a maioria, 54,0% (n=189), nunca fumou, 32,9% (n=115) fumou anos atrás e 10,3% (n=36) respondeu que fumou hoje.

A prática do tabagismo em portadores de DM impulsiona possíveis agravos de saúde, sendo um fator de risco associado ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e outras cardiopatias secundárias (SÁ et al., 2016). O fumo relaciona-se diretamente com o diagnóstico de DM, sendo o precursor da maioria das doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS e a obesidade (ALVES; BOURBON; RATO, 2016).

Na maioria dos casos de DM, o tratamento medicamentoso detém maior adesão, pela facilidade de seu uso, no entanto, as mudanças no estilo de vida, como alimentação e atividades físicas são indispensáveis (BEZERRA et al., 2016). A dieta está entre as maiores dificuldades de adesão, devido ao preconceito social pela restrição alimentícia que normalmente é imposta pelos profissionais de saúde, sem compreender o contexto do indivíduo (FLORES-PÉREZ; GARZA-ELIZONDO; HERNÁNDEZ-CORTÉS, 2016).

Percebe-se uma relação direta entre o sucesso com o tratamento para DM e os níveis de autocuidado que o indivíduo dispensa a si mesmo, gerando uma troca generosa de benefícios que fomentam sua manutenção (CECILIO et al., 2016). Os portadores de DM que realizam as orientações repassadas pelos profissionais de saúde demonstram um patamar elevado de QV, sendo verificado pela melhoria da autoestima e pelo desenvolvimento da autonomia (YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

5.5 Avaliação da qualidade de vida das pessoas com diabetes

Ao avaliar a média geral de QV das pessoas com DM atendidas nas ESF, incluindo todos os domínios, constatou-se que esta é boa (67,6 DP=18,1). Em relação aos domínios avaliados no Whoqol-bref, as pessoas com DM apresentaram melhor média de QV no domínio meio ambiente e menor média no domínio físico. Ao discutir sobre a menor média encontrada, no domínio físico, este apresentou uma QV nem ruim nem boa, com média de 59,9 (DP=19,4). Farias et al. (2014) também encontraram uma QV nem ruim nem boa (53.64, SD=18.31) no domínio físico. Estudo realizado em Blumenau/SC, com o objetivo de avaliar a QV de usuários com DM de quatro UBS de Blumenau/SC, por meio do questionário WHOQOL-bref, constatou maior comprometimento no domínio físico (CECCHIN et al., 2014). Estudo desenvolvido em Juiz de Fora/MG, que avaliou a QV de pessoas com DM com polineuropatia distal diabética (PNDD), apresentou escores mais baixos no domínio físico e meio ambiente (MOREIRA et al., 2009).

Diante disso, percebe-se que a maioria dos estudos que avaliaram a QV de pessoas com DM também encontraram menor média de QV no domínio físico, o que significa que o esse domínio é o mais comprometido nas pessoas acometidas pela doença, interferindo na QV. Neste estudo, apenas 51% das pessoas com DM apresentaram QV boa ou muito boa.

O comprometimento da QV das pessoas com DM no domínio físico também foi evidenciado na percepção dos profissionais de saúde. Estes percebem que a QV de uma pessoa com DM pode ser comprometida quando, em decorrência da doença, sente cansaço e pouca disposição, teve lesões ou amputações e perdeu de peso. Percebe-se que os profissionais estão atentos às limitações físicas da população com DM atendida nas ESF.

A presença de limitações físicas das pessoas com DM atendidas nas ESF foi ratificada nas evidências encontradas nas facetas das questões do whoqol-bref, no qual constatou-se um percentual elevado das pessoas com DM (33,4%) que não podem realizar suas atividades diárias em virtude de alguma dor física. As demais facetas avaliadas – “energia e fadiga”, “mobilidade”, “sono e repouso” e “capacidade de trabalho” – apresentaram em torno de 20% de comprometimento preocupante (capacidade nada ou muito pouco, avaliação muito ruim ou ruim, e insatisfeitos ou

muito insatisfeitos). O organismo de uma pessoa com DM sofre distúrbios inerentes às dificuldades do fluxo sanguíneo, principalmente nas extremidades, onde é comum ocorrerem lesões ulcerosas e amputações, além da sensação de fadiga e síndromes depressivas (FARIAS et al., 2016).

A pessoa com DM possui, em sua rotina, o dever de avaliar seu próprio corpo, realizando uma inspeção criteriosa em busca de possíveis lesões ou dificuldades motoras que causam dor e dificultam suas atividades (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2016). Na maioria dos casos em que o indivíduo adere ao tratamento proposto, os sintomas do DM são amenizados e sua rotina prossegue normalmente, podendo inserir-se no mercado de trabalho, o que influencia na QV e no sentimento de inserção social (MAGALHÃES; PIMENTA; DUARTE, 2016).

Passa-se, então, a discutir sobre o domínio meio ambiente, que apresentou a melhor média de QV. Cabe destacar que outros estudos evidenciam melhor média em domínios diferentes, como o que avaliou a QV de das pessoas com DM atendidas em UBS de quatro cidades de Alagoas, mostrando melhor QV no domínio relações sociais (FARIAS et al., 2014). Também, o estudo desenvolvido com pacientes atendidos no ambulatório de endocrinologia de um hospital situado na cidade de São Bernardo do Campo/SP indicou melhor QV no domínio das relações sociais (FRANCO JUNIOR et al., 2013). Ainda outro estudo realizado na mesma cidade de São Paulo também encontrou melhor média no domínio das relações sociais (JULIO; HELENO; LOPES, 2013).

Quanto ao domínio meio ambiente, constatou-se que as pessoas com DM atendidas nas ESF estão satisfeitas com seu ambiente, com média de 70,8 (DP=14,7). Em Alagoas, Farias et al. (2014) encontraram média de 54,27. (SD=13,67) no domínio ambiente. Em Pelotas/RS, Azevedo et al. (2013) encontraram média de 59,0 (DP = 14,2) no domínio meio ambiente. A média de QV no domínio meio ambiente é maior do que a média encontrada na literatura, evidenciando que as pessoas desse estudo estão satisfeitas com as dimensões avaliadas nesse domínio. Ainda referente ao domínio meio ambiente, apenas 4% apresentaram média de QV ruim, demonstrando que os aspectos do meio ambiente são os que mais contribuem positivamente para a QV das pessoas com DM atendidas nas ESF.

Ao avaliar as facetas contempladas no domínio meio ambiente, constatou-se que a maioria das pessoas com DM atendidas nas ESF estão satisfeitas com sua segurança física, com seu ambiente físico (clima, barulho, poluição e atrativos), com a disponibilidade de informações necessárias no seu dia a dia, com o acesso aos serviços de saúde, com seu meio de transporte e com as condições do local em que moram. Todavia, em relação à faceta “participação e oportunidade de recreação e lazer”, foi evidenciado que 30,0% das pessoas não praticam ou praticam muito pouco essa atividade. Outra faceta avaliada que merece uma reflexão é a questão econômica, visto que evidenciou-se um percentual elevado de pessoas com DM que possuem nada ou muito pouco dinheiro para satisfazer suas necessidades (26,5%).

Ainda, em relação ao domínio meio ambiente, é importante destacar a visão dos profissionais de saúde, os quais percebem que o ambiente familiar e o ambiente externo em que os indivíduos com DM estão inseridos estão diretamente relacionados com o sucesso do tratamento da doença. A pessoa com DM deve ser incentivada a manter bons hábitos, no entanto, orientações educativas podem ser realizadas com seus familiares, os quais possuem o vínculo direto com o indivíduo, facilitando a quebra de paradigmas em relação ao DM (ADA, 2011).

O ambiente ao qual o indivíduo está exposto determina os fatores necessários para sua avaliação de QV. Incluem-se, neste quesito, a incidência de violência, o acesso a instituições de saúde e ao comércio em geral (ARAÚJO et al., 2016). No contexto psicológico, o ambiente de inserção social determina o bem-estar psíquico, favorecendo a reflexão sobre o próprio indivíduo, o que pode abrir caminho para as práticas de educação em saúde realizadas pelas ESF (DIAS et al., 2016).

Em relação ao domínio psicológico, os participantes deste estudo apresentaram uma QV boa, com média de 70,1 (DP=18,2). Estudo desenvolvido por Farias et al. (2014) evidenciou média de 61,43 (SD=16.71) das pessoas com DM, no domínio psicológico. Moreira et al. (2009) constataram média de 64,2 (DP=17,6) no domínio psicológico. Estudo realizado em UBS de Jequié/BH encontrou que a maioria dos idosos com DM apresentaram maior comprometimento da QV no domínio psicológico (REIS et al., 2009). Observou-se que a média de QV no domínio psicológico encontrada neste estudo é maior que os estudos da literatura, evidenciando uma QV boa, já que houve uma prevalência de 78% de participantes

que a apresentaram como boa ou muito boa.

Apesar dessa constatação positiva, a percepção dos profissionais de saúde mostrou divergência, uma vez que estes percebem que o DM pode influenciar no aspecto psicológico de quem tem a doença em diferentes aspectos, tais como, falta de aceitação da doença, dificuldades de compreensão acerca dos cuidados necessários para realizar o tratamento, descrédito no tratamento em virtude de ser uma doença crônica, uso de medicamentos, descompensação glicêmica, surgimento de complicações e, muitas vezes, sentimento de culpa diante das complicações decorrentes do DM.

Considera-se importante refletir acerca das evidências supracitadas, apontadas pelos profissionais de saúde. Mesmo que a avaliação geral do domínio psicológico (questionário Whoqol-bref) tenha constatado uma QV boa para as pessoas com DM atendidas nas ESF, algumas questões mostraram que existe um percentual de pessoas que apresentam comprometimento psicológico, como o percentual elevado de indivíduos que apresentam sentimentos negativos (31,8% de pessoas), falta de aceitação de sua aparência física e dificuldade de concentração (em torno de 10% de pessoas). Além disso, a autopercepção referente ao aproveitamento de sua vida também apresentou um percentual considerável de comprometimento, sendo que 26,0% das pessoas disseram que aproveitam nada ou muito pouco da sua vida. A respeito desse ponto, vale referir que o DM causa modificações severas no comportamento da população, devido ao alto grau de autocuidado que é exigido, sendo observados casos de ansiedade relacionados com o preconceito pelo próprio estado de saúde (RADIGONDA et al., 2016).

Algumas pessoas com DM possuem dificuldades em compreender o significado da patologia em seu contexto vital, ocorrendo um bloqueio entre as restrições necessárias e os resultados a serem alcançados em longo prazo (MALAQUIAS et al., 2016). Essas situações acarretam sofrimentos nos indivíduos, principalmente quando seu nível de compreensão diminui, como no caso dos idosos, que possuem, em alguns casos, doenças mentais degenerativas associadas (SILVA et al., 2016).

No domínio relações sociais, evidenciou-se uma QV boa, com média de 69,4

(DP=20,2). Achados semelhantes a esses foram evidenciados em pesquisa realizada em Alagoas, que teve média de 68,2 (SD=17.47) (FARIAS et al., 2014). Nesse sentido, também se destaca outra, desenvolvida em Pelotas/RS, que teve média de 71,3 (DP=17,7) (AZEVEDO et al., 2013). Miranzi et al. (2008) encontraram maior escore médio nas relações sociais, com uma média de 71,38. Os achados deste estudo convergem com os resultados dos estudos anteriores, sinalizando que as pessoas com DM apresentam uma QV boa no aspecto social. Destaca-se que a maioria dos participantes deste estudo (70%) apresentaram QV boa ou muito boa. Diferente do que mostrou o estudo de Reis et al., (2009), que encontrou que a maioria dos idosos com DM apresentaram maior comprometimento da QV no domínio relações sociais.

Com base na percepção dos profissionais de saúde, constatou-se que o DM pode interferir na vida social da pessoa acometida por meio de vários aspectos, pois, muitas vezes, ela apresenta resistência para frequentar ambientes públicos. O surgimento de complicações decorrentes da doença pode contribuir para essa tendência ao isolamento, pois alguns indivíduos apresentam comprometimentos físicos (dificuldade de locomoção, perda de visão, lesões, entre outros). Tudo isso pode provocar constrangimentos e, conseqüentemente, comprometer suas relações sociais. Devido ao constante cuidado com alimentação, a pessoa com DM isola-se socialmente, a fim de prevenir qualquer agravo da patologia e preconceitos sociais pela dieta rigorosa, já que alimentos e bebidas são tradicionalmente oferecidos em encontros sociais (RODRIGUEZ, 2016).

Ainda, julga-se relevante discutir que o domínio relações sociais do instrumento WHOQOL-bref avaliou três facetas. Destas, relações pessoais e suporte social são as facetas com as quais a maioria está satisfeita ou muito satisfeita. Já, na faceta atividade sexual, 36,5% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

Quando a avaliação do domínio relações sociais é boa, é possível afirmar que as pessoas possuem boas relações pessoais e percebem que são amparadas socialmente. Isso demonstra que, apesar dos desafios relativos ao enfrentamento da doença, é possível que as pessoas tenham uma boa QV no domínio das relações sociais (JULIO; HELENO; LOPES, 2013). O amparo social dignifica o ser humano, inserindo-o num contexto em que possui uma função e um sentido para existir,

sendo que a comunidade torna-se apoiadora de boas práticas (STREHLOW; DAHMER; OLIVEIRA, 2016).

Na maioria dos casos, os indivíduos com DM deparam-se com uma realidade de despreparo físico e emocional diante da doença, devido às diversas modificações provocadas, exigindo força de vontade em um processo de autoconhecimento (BRANCAGLIONI et al., 2016). Nesse sentido, as equipes de saúde possuem um papel fundamental de acompanhar a evolução do processo de saúde e doença do indivíduo, quantificando sua QV, com a finalidade de preservá-la (ROCHA; LEMOS, 2016).

Evidenciou-se, ainda, na percepção dos profissionais de saúde, que existem aspectos decorrentes do DM que podem comprometer a QV das pessoas com a doença em mais domínios, ao mesmo tempo. Ou seja, uma situação proveniente do DM pode comprometer a QV da pessoa acometida tanto no domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, os quais apresentam-se relacionados na QV.

5.6 Significado de ter qualidade de vida para uma pessoa com diabetes

QV é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, levando em consideração o contexto da cultura e o sistema de valores em que vive, e em analogia a suas metas, expectativas, padrões e conceitos. Tal percepção pode ser influenciada de forma complexa pela saúde física da pessoa, pelo seu estado psicológico, pelas crenças pessoais, pelas relações sociais e por suas relações com seu ambiente (FLECK et al, 2000).

Com base no modelo teórico de satisfação proposto por Fleck (2008), a QV está diretamente atrelada à satisfação com os diversos domínios da vida atribuídos como importantes pelo próprio sujeito. A satisfação é uma experiência subjetiva e está relacionada ao nível de expectativa de cada indivíduo. Portanto, uma pessoa pode estar satisfeita e apresentar uma QV boa com níveis diferentes de aquisições (FLECK, 2008).

Neste estudo, os resultados evidenciaram que, para quem tem DM, ter QV é

ter saúde - estar com a doença controlada, estar bem consigo mesma e sentir-se bem em seu meio de convivência. Em outras palavras, ter saúde está diretamente relacionado com o controle da doença, o que foi associado com a realização de práticas de autocuidado, tais como, cuidados com a alimentação, prática de atividades físicas, uso adequado de medicamentos e controle glicêmico. Como se percebe, o DM é uma patologia que exige das pessoas acometidas um cuidado no que diz respeito à alimentação, a atividades físicas e ao autocontrole, como forma de prevenir agravos. A adesão das pessoas com DM às práticas de atividades de autocuidado pode recompensá-las com uma maior QV (ANDRADE et al, 2016).

Além dessas práticas, as pessoas com DM perceberam que é necessário evitar o consumo de cigarro e de bebida alcoólica. O consumo de drogas mesmo que lícitas podem causar prejuízos no tratamento, no controle da doença e, conseqüentemente, na QV das pessoas com DM (PIRES et al., 2016). Atualmente, o alcoolismo e o tabagismo estão relacionados diretamente com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que é o caso do próprio DM, além da obesidade e a HAS (VISENTIN et al., 2016).

Constatou-se, também, que a QV de uma pessoa com DM está associada ao acesso aos serviços de saúde. A importância do acesso aos serviços de saúde é recorrente em pesquisas realizadas com doentes crônicos e, no caso das pessoas com DM, alguns agravos como a hipoglicemia e hiperglicemia exigem serviços de saúde presentes e efetivos em suas áreas. O acesso aos serviços de saúde é verificado também na realização e participação em grupos de promoção da saúde, oferecidos à comunidade pelas equipes atuantes na APS, tornando-se ferramentas importantes para oferecer QV às pessoas com DM (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015).

O apoio da família emergiu como sendo uma importante estratégia que pode influenciar no controle da doença e contribuir em melhorias na QV das pessoas com DM. Quando a pessoa com DM recebe o apoio necessário de seu grupo familiar, isso pode contribuir na assimilação de uma maneira saudável e necessária sobre autocuidado dispensado pela doença, uma vez que os familiares auxiliam nos cuidados ao indivíduo (MALAQUIAS et al., 2016).

O estar bem consigo mesmo foi relacionado com a satisfação de algumas necessidades das pessoas com DM, dentre elas, amar-se, aceitar a doença, estar em paz, desenvolver atividades prazerosas, ter condições econômica para satisfazer suas necessidades, manter-se ativo em suas ocupações de trabalho e conviver em harmonia com a família e comunidade.

A QV das pessoas com DM está relacionada com a necessidade de os sujeitos manterem-se ocupados em suas atividades cotidianas, conciliando as práticas de autocuidado com suas atividades diárias, as quais possam mantê-los ativos. A necessidade de manter-se ativo socialmente está presente em todos os grupos populacionais, pois garante o espaço do indivíduo no arcabouço comunitário ao qual foi inserido. O mesmo ocorre com as pessoas com DM. A importância de manter-se ativo relaciona-se com o aumento da QV, sendo que suas ocupações conferem momentos de convívio com outras pessoas, além de prevenir episódios depressivos muito frequentes após o diagnóstico de DM (ALVES et al, 2016).

A QV torna-se uma experiência individual, mas que incorpora e influencia os valores da coletividade, ao passo que ocorrem interações entre as pessoas, visando não somente uma relação obrigatória e, sim, uma troca importante de conhecimento (SOUZA; CARVALHO, 2003). Na questão das pessoas com DM, as relações interpessoais em nível familiar e comunitário visam à inserção social do indivíduo e à diminuição de paradigmas sobre a doença (MIRANZI et al., 2008).

O diagnóstico de DM, na maioria das vezes, causa sofrimento nos indivíduos, podendo afetar os âmbitos físicos e mentais, devido ao desconhecimento sobre a doença e em razão das mudanças que acarretam em seu estilo de vida, o que dificulta a **autoaceitação** (ALMEIDA; LEANDRO; PEREIRA, 2016). Assim, a prática do autocuidado torna-se uma das principais atividades a serem incentivadas pelas equipes multiprofissionais, sendo que a pessoa com DM que compreende seu próprio estado de saúde desenvolve hábitos efetivos e resolutivos diante de suas necessidades (SILVA et al., 2016).

No contexto da compreensão individual sobre o DM, as equipes atuantes na APS prestam uma assistência valorosa, sendo consideradas como facilitadoras dos processos de inserção social dos indivíduos (PEDRAS; CARVALHO; PEREIRA,

2016). Para tanto, instrumentalizam o desenvolvimento da autonomia e a realização de intervenções necessárias, respeitando os aspectos multiculturais presentes na população como forma de aumentar sua QV (ALVES et al., 2016).

Outro aspecto a ser observado na compreensão mútua sobre QV refere-se às **condições financeiras** das pessoas com DM, sendo que, em alguns casos, após o diagnóstico da patologia, há aumentos nos gastos com consultas e medicação (VIEGAS; SOUSA, 2016). A renda de um grupo familiar demonstra sua capacidade de adquirir ou não determinados bens e, no caso das pessoas com DM, as dificuldades financeiras atuam fortemente sobre a adesão ao tratamento e ao autocuidado dos indivíduos (SÁ et al., 2016).

A amizade é outro aspecto que pode influenciar positivamente na QV de quem tem DM (SILVA et al., 2003). É importante poder contar com amigos ou pessoas que fazem parte de suas redes sociais, que lhes permitam perceber satisfação em relação à QV. Os amigos e a família podem oferecer apoio social e contribuir na percepção da QV (HELENO, 2001).

A autoaceitação das pessoas com de DM pode oferecer uma maior QV em seu contexto, visto que o indivíduo percebe-se como parte integrante de uma comunidade, e sob este ponto de vista, ele sente-se motivado a realizar o tratamento proposto e adaptá-lo às suas necessidades (BRANDÃO et al., 2016).

Os resultados ainda evidenciaram que, para uma pessoa com DM possuir QV, é necessário sentir-se bem em seu meio de convivência. Este meio está relacionado com o ambiente familiar, vizinhos, pessoas de suas relações, serviços de saúde e comunidade.

A QV situa-se na interseção entre o idealizado e o vivenciado pelo indivíduo. Pode-se dizer que, quanto mais o indivíduo estiver inserido em um determinado contexto, melhor a QV dessas pessoas, pois podem satisfazer suas reais expectativas em relação ao bem-estar e à felicidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Estar inserido em um grupo social da sua comunidade, seja de amigos ou familiares, este último em especial, é fundamental, pois auxiliam no incentivo da

pessoa com DM a compreender seu próprio estado de saúde (MALAQUIAS et al., 2016). A convivência dos indivíduos em grupos é uma possibilidade de interação e inclusão social, que representa uma alternativa de resgatar a autonomia e de viver com dignidade. Em uma convivência grupal, é possível desenvolver diversas atividades que podem estimular o sujeito a adquirir maior autonomia, melhorar a autoestima, a QV, o senso de humor e promover sua inclusão social, na perspectiva de ser e estar saudável (WICHMANN et al, 2013).

O **ambiente familiar** em que a pessoa se encontra é relevante para ajudar no processo de mudança de hábitos de estilo de vida e no controle glicêmico, sendo, para tanto, necessário e imprescindível existir a compreensão e colaboração de todos os envolvidos. O envolvimento mútuo e contínuo de toda a família poderá repercutir positivamente na QV, não só para a pessoa que possui a DM, mas para os demais membros, diminuindo o impacto relacionado à doença (BORGES et al., 2014).

Vale refletir sobre a importância de uma pessoa com DM viver bem em seu meio, conforme as limitações da doença. O sucesso na terapia empregada para o controle do DM depende da compreensão mútua do indivíduo por seu grupo social, enfatizando a importância das orientações em momentos de educação em saúde realizadas nas comunidades (TOUSO et al., 2016).

Assim, com base na perspectiva do modelo teórico da satisfação, os resultados evidenciaram que, para uma pessoa com DM, ter QV está relacionada com a satisfação de três expectativas embasadas na subjetividade dos participantes: ter saúde - controlar a doença, estar bem consigo mesma e sentir-se bem em seu meio de convivência.

5.7 Ações desenvolvidas nas ESF que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes

Os resultados evidenciaram diversas atividades interativas desenvolvidas nas ESF que promovem educação em DM, as quais podem melhorar a QV das pessoas com DM. As estratégias relatadas foram: grupo *amigos da balança*, grupo de

caminhadas, grupo de educação física, consulta nutricional, visita domiciliar, bom atendimento, grupo de diabéticos e hipertensos, grupo de educação em saúde. A educação em DM também é promovida em espaços externos aos das ESF (grupo de mulheres, grupo de terceira idade e escolas). Tais ações serão discutidas a seguir.

A oferta dos **grupos de amigos da balança** nas ESF é uma das estratégias interativas verificadas, pois os objetivos do programa e as orientações oferecidas no decorrer dos encontros são voltados para incentivar os participantes ao consumo de uma alimentação saudável. O grupo oferece cardápio alimentar individual aos participantes de acordo com as singularidades.

No contexto da excelência alimentar da população, verifica-se a necessidade de identificar e compreender as diferenças que compõem o campo comunitário em nível de atenção das equipes de saúde (VASCONCELOS; CAVALCANTI; MAGALHÃES, 2016). Nas questões nutricionais, observa-se o indivíduo em sua integralidade, garantindo que suas crenças sejam atreladas às prescrições profissionais, em prol da melhoria de sua QV (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

O grupo *amigos da balança*, sempre que possível, coliga às orientações educativas com práticas de caminhadas. Desse modo, o grupo de **caminhadas** emergiu como uma estratégia ofertada pelas ESF que também visa melhorar a QV das pessoas com DM.

Atualmente com a incorporação dos conceitos de clínica ampliada nos programas de saúde, verifica-se a expansão das orientações sobre a necessidade de realização de atividades físicas, concomitante com a adesão de bons hábitos alimentares como pressuposto para uma vida saudável (SERRA et al., 2016). Os exercícios exercem uma dupla finalidade: de gasto energético e de conforto psíquico. E se realizado em grupos, com a presença de outras pessoas, a experiência torna-se ainda mais agradável (TEIXEIRA; PALMEIRA, 2016).

Os resultados evidenciaram a importância da motivação dos profissionais de saúde que coordenam as práticas de caminhadas, influenciando na continuidade de participação da atividade proposta e, inclusive, na realização de caminhadas em momentos externos aos oferecidos pelas ESF. Nas ESF em que os grupos *amigos*

da balança não apresentaram uma boa efetividade, o grupo de caminhadas continuava ativo e, dessa forma, os profissionais de saúde aproveitavam esses encontros dos grupos de caminhada para fazerem as orientações de cuidado necessárias.

A carência de motivação das equipes e a presença de uma coordenação democrática tornam instáveis as relações interpessoais, refletindo diretamente nas propostas de atividades realizadas junto à população (NETO; GOMES, 2016). Para evitar esse contexto, a APS possui uma ampla variedade de opções estratégicas de trabalho com a comunidade, no entanto, verifica-se a necessidade de incentivar a autonomia profissional perante estas práticas (MOREIRA et al., 2016).

Além do atendimento nutricional oferecido nos grupos *amigos da balança*, também é ofertado pelas ESF a **consulta nutricional**, que representou outra ação educativa promovida pelas ESF que melhoram a QV das pessoas com DM. O profissional nutricionista procura prescrever a dieta com base na realidade socioeconômica de cada um e, se necessário, o profissional vai até o domicílio da pessoa para conhecer melhor e prescrever um cardápio alimentar compatível com sua singularidade.

Durante o acompanhamento nutricional, é necessário promover uma educação em saúde com ênfase nos hábitos alimentares que, ao serem modificados, possuem potencial para evitar ou retardar as complicações do DM Tipo 2 (BRASIL, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As EFS atuam como principal porta de entrada na APS, sendo responsáveis, dentre outras atividades, pela realização do diagnóstico e pelo acompanhamento das pessoas com DM. Sendo assim, o **bom atendimento** de equipe para com o indivíduo reflete na formação de vínculo terapêutico (RADIGONDA et al., 2016). Geralmente, o indivíduo que possui uma doença crônica é um frequentador assíduo da APS, por vários motivos: renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão ou glicemia, atendimento para avaliação de sua condição crônica, entre outros (BRASIL, 2013).

No acompanhamento de pessoas com DM, a atuação da equipe multiprofissional mostra-se como resolutiva na maioria dos casos. Dentre esses

profissionais, o enfermeiro recebe destaque enquanto responsável pela realização da **consulta de enfermagem**, uma estratégia de assistência que oferece qualidade ao serviço oferecido (BARRETO; RIBEIRO; VASCONCELOS, 2016). A consulta de enfermagem segue uma proposta baseada em modelos práticos e científicos de observação e avaliação do estado de saúde do indivíduo, possibilitando a realização de um plano de cuidados individual, garantindo, assim, QV às pessoas com DM (SILVA et al., 2016b).

Nas consultas de enfermagem, o processo educativo precisa contemplar a orientação de medidas que melhoram a QV: estímulo à atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo. Para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM, a consulta de enfermagem pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, a qual tem seis etapas interrelacionadas, objetivando a educação em saúde para o autocuidado: histórico, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado, planejamento da assistência, implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado. Ainda, é de responsabilidade do enfermeiro realizar consultas de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de saúde. Em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico de casos suspeitos, as pessoas rastreadas são encaminhadas ao médico (BRASIL, 2013).

O médico, por sua vez, realiza as consultas de avaliação inicial de pessoas com diagnóstico de DM. Nessa avaliação, o profissional deverá sinalizar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde, verificar o risco cardiovascular da pessoa e orientar acerca da prevenção e manejo de complicações crônicas. A consulta médica precisa compreender quatro âmbitos básicos e essenciais: história da pessoa, exame físico, avaliação laboratorial e estratificação do risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

Os médicos e os enfermeiros das equipes de APS são os profissionais que realizam a maior parte de acompanhamento de pessoas com DM em consulta individual. Assim, é necessário que esses profissionais estejam capacitados para identificar os fatores de risco associado com a alimentação e que saibam orientar sobre alimentação saudável para controlar a glicemia e prevenir de complicações

(BRASIL, 2013). Todos os profissionais da saúde podem orientar sobre MEV, não sendo uma ação exclusiva do médico ou do enfermeiro. Essas ações possuem baixo custo e risco mínimo, ajudam no controle da glicemia e de outros fatores de risco e aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (podendo diminuir o número de doses e quantidade de fármacos).

Outra estratégia mencionada pelos participantes que pode melhorar sua QV é a **distribuição de medicamentos**. As pessoas com DM apresentam uma satisfação ao receberem os remédios para o tratamento do DM. Entende-se que os fármacos fazem parte do tratamento, sendo necessário seu uso na maioria dos casos. Contudo, é importante que os profissionais saibam seus efeitos adversos e suas possíveis interações medicamentosas (BRASIL, 2013).

Em decorrência da alta prevalência de DM e HAS, é corriqueiro encontrar pessoas que façam uso de anti-hipertensivos e medicamentos hipoglicemiantes ao mesmo tempo, aumentando a incidência de interação medicamentosa (AMARAL; PERASSOLO, 2012; REMPEL, 2015). As interações podem ocorrer em virtude da alteração da absorção, distribuição, biotransformação ou excreção de um fármaco por outro, ou de uma combinação de suas ações ou implicações, resultando em reações adversas. Os medicamentos com maior probabilidade de provocarem interações medicamentosas são: Metformina, Enalapril, Atenolol, AAS, Amoldipene, Glibenclamida (DINESH et al., 2007). Esses medicamentos estão entre os mais tomados pela população estudada, exceto o Amoldipene.

A **visita domiciliar**, igualmente, representou uma estratégia desenvolvida nas ESF que procura melhorar a QV das pessoas com DM, além de proporcionar interação entre comunidade e serviço. Essas visitas são realizadas por diversos profissionais que integram as equipes (enfermeiros, médicos, ACS, nutricionistas), conforme a necessidade da população. Constatou-se que as VD são realizadas com maior enfoque curativo e não tanto preventivo, pois são estabelecidas prioridades para visitar os casos mais graves de pessoas com DM, aqueles que não aderem o tratamento ou os casos que já possuem agravos da doença.

A visita doméstica torna-se uma importante ferramenta de intervenção, se utilizada corretamente pelas equipes de saúde, pois possibilita aos profissionais uma

visão ampla e direta das necessidades da comunidade (MAIA; REIS; CARVALHO TORRES, 2016). Nessas visitas, tornam-se válidas as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como no caso do DM, pois as equipes multiprofissionais oferecem subsídio nas atividades de vigilância em saúde (RIBEIRO et al., 2016).

No entanto, a prática da VD foi recentemente incorporada aos modelos de apoio a APS, sendo resistida principalmente por profissionais que se baseiam nos pressupostos de saúde mecanicistas, vigentes no final do século passado (SANTANA et al., 2015). Esses modelos prejudicam a realização de práticas ampliadas de abordagens situacionais junto aos indivíduos, focando na abordagem curativa das patologias existentes, sem preocupação de preveni-las (LIMA et al., 2015).

Ainda, os resultados evidenciaram que o **grupo de diabéticos e hipertensos** também representa uma estratégia que pode melhorar a QV das pessoas com DM. Os profissionais que integram o grupo procuram planejá-los de maneira que as pessoas sintam-se à vontade para participar das discussões. É organizado um cronograma com os temas que serão abordados, entre eles, o autocuidado. A realização de grupos de promoção à saúde são estratégias realizadas pelas equipes de saúde, com a finalidade de incentivar debates frente aos assuntos pertinentes aos indivíduos (MENDONÇA; NUNES, 2015). Vale mencionar que momentos de reflexão estimulam a educação em saúde, fortalecendo os laços de confiança com os profissionais e incentivando a adesão às orientações realizadas (CABRAL et al., 2015).

Outra estratégia educativa evidenciada, que pode melhorar a QV das pessoas com DM desenvolvida nas ESF é o **grupo de educação em saúde**. Cabe destacar que, em algumas ESF, essa ação emergiu dos grupos de hipertensos e diabéticos, chegando até a substituí-los em alguns casos. Os grupos de educação em saúde discutem diversos temas relacionados à promoção de saúde, entre eles, o DM. Esses grupos geralmente são realizados por meio de rodas de conversas e os temas são definidos a partir das dúvidas dos participantes.

A realização de grupos de promoção à saúde, com intuito de promover a educação à população, é validada pelas ações das equipes multidisciplinares em

razão da abrangência de suas atividades (OKANE et al., 2016). Nos momentos de educação em saúde, a prática de promoção à saúde torna-se o limiar para as demais intervenções, sendo direcionada amplamente à prevenção de doenças e à reabilitação de seus agravos (KLEBA et al., 2016).

Constatou-se que, além das atividades desenvolvidas nas ESF, os profissionais de saúde ultrapassam as fronteiras das unidades das ESF com vistas à promoção de saúde, contemplando, entre os temas abordados, a educação em DM. Os profissionais buscam inserção e promovem atividades educativas e interativas em **grupos de mulheres** (âmbito domiciliar) e **grupos de terceira idade** (comunidade local).

O DM constitui-se com uma síndrome metabólica que pode acometer qualquer indivíduo, independente de sua faixa etária ou grupo populacional, sendo necessária uma atenção redobrada nas atividades de educação em saúde (GERALDO et al., 2015). As boas práticas em saúde são incorporadas à comunidade através de intervenções criativas e coerentes com as suas especificidades, sem negligenciar as necessidades básicas de determinada população (SILVA et al., 2016).

Os resultados mostraram que as ESF desenvolvem diversas ações voltadas à promoção da educação em DM, que podem melhorar a QV das pessoas com a doença. Dentre as ações, destacam-se: grupos de hipertensos e diabéticos; grupos de educação em saúde; grupos de mulheres; grupos de terceira idade; grupos *amigos da balança*, grupos de caminhadas e outros. Porém, ao questionar as pessoas sobre a participação em grupos de educação em DM, os dados mostraram que menos de um quarto da população com DM (23,7%) participam ou já participaram de grupos educativos, sendo que a maioria relatou ter participado por um período menor de um ano.

Os profissionais mencionaram a pouca adesão às atividades educativas propostas pelas ESF para melhorar a QV das pessoas com DM. Constatou-se que o número limitado de profissionais da saúde pública, e a conseqüente sobrecarga de trabalho, podem levar à desmotivação do profissional acerca de sua atuação, o que poderá repercutir de forma desfavorável na condução das atividades. Por exemplo,

poderão deixar de refletir sobre o sentido de determinada atividade ao participante. Isso pode contribuir para a pouca participação dos usuários nas atividades oferecidas pelas ESF.

A motivação das equipes multiprofissionais reflete diretamente nas atividades propostas pelos serviços de saúde, sendo necessária uma tênue observação sobre muitas variáveis que influenciam nesse pressuposto (BERTASSI et al., 2016). O reconhecimento pessoal, em especial, toma forma positiva em meio às organizações de saúde, principalmente através da participação da comunidade em suas atividades, como na troca mútua de experiências (MARQUES et al., 2015).

Ao comparar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF para promover a QV das pessoas com DM, na percepção dos participantes, constatou-se que a maioria das ações mencionadas pelos profissionais foram as mesmas relatadas pelas pessoas com DM, exceto, o bom atendimento e a distribuição de medicamentos, que foram citados apenas pelas pessoas com DM.

5.8 Qualidade de vida e algumas associações

Em relação ao sexo das pessoas com diabetes e a média de sua QV, não houve diferença significativa entre a média das mulheres e a dos homens. Esse resultado difere dos achados do estudo realizado por Cecchin et al. (2014), o qual avaliou a QV de usuários com DM de quatro UBS de Blumenau/SC e constatou que os homens avaliaram melhor a sua QV em relação às mulheres. Em Pelotas/RS, Azevedo et al. (2013) também constataram diferença significativa de QV entre mulheres e homens, sendo inferior em mulheres.

Ao correlacionar a média de QV das pessoas com diabetes e a idade, conforme correlação de Pearson, houve correlação fraca, negativa e significativa, mostrando que, conforme a idade das pessoas aumenta, diminui a QV de forma significativa (fraca). Um estudo que avaliou a QV em usuários com doenças crônicas que buscam atendimento nas UBS da Universidade Católica de Pelotas/RS, evidenciou que a QV foi menor em pessoas mais velhas (AZEVEDO et al., 2013), o que foi ao encontro dos achados deste estudo.

Quanto à média de QV das pessoas com diabetes e o tempo que elas possuem a doença, houve correlação fraca, negativa e significativa. Evidenciou-se que, à medida que aumenta o tempo das pessoas com a doença, diminui sua QV.

O DM é uma doença considerada crônica, portanto, seus sinais e sintomas acompanham o indivíduo em todos os ciclos vitais. No entanto, os sentimentos variam conforme a aceitação de cada pessoa e a adaptação ao tratamento proposto (SARDINHA et al., 2016). A QV depende muito das percepções de cada indivíduo, sendo que a extenuante rotina de cuidados com a saúde, em alguns casos, pode causar sofrimento, principalmente transtornos psiquiátricos, como a ansiedade (MULLER et al., 2016).

O aumento da idade traz consigo características peculiares à etapa vital, como a demência e as debilidades físicas que influenciam na autonomia do próprio indivíduo, sendo necessário o apoio de um cuidador (BEZERRA; BRITO; COSTA, 2016). Em alguns casos, o apoio de familiares ou cuidadores não representa uma segurança ao seguimento do tratamento, possuindo como consequência a perda da QV e agravos característicos do DM (MANSO, 2016).

Outra associação encontrada foi que a média de QV das pessoas com diabetes que possuem complicações e as que não têm complicações difere significativamente. Evidenciou-se que quem apresentou complicações tem uma média de QV menor do que as pessoas que não apresentam complicações.

O DM é considerado um problema de saúde pública devido a diversos fatores, entre eles, o significativo comprometimento da QV em virtude das complicações (ARAUJO et al., 2013). Ao refletir sobre as complicações, recomenda-se que um profissional da equipe multiprofissional da ESF possa assumir o papel de articulador do processo educativo dentro da equipe, e que esse processo vise encorajar os usuários a realizarem o autocuidado e a tomarem decisões necessárias acerca do tratamento da doença (OLIVEIRA; ZANETI, 2011). A educação em saúde voltada às pessoas com DM é relevante para controlar a doença, prevenir complicações agudas e crônicas, reduzir o número de internações e melhorar da QV (MAIA; ARAÚJO, 2002; MARCELINO; CARVALHO, 2012).

Ao relacionar a média de QV das pessoas com DM e a adesão ao tratamento

medicamentoso, houve diferença estatística significativa entre a média de escore de QV das pessoas que aderem o tratamento e a média das que não aderem. Isso permite inferir que as pessoas que aderem ao tratamento medicamentoso possuem QV melhor do que as que não aderem.

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso é um dos motivos primários que levam à redução da estabilidade clínica das pessoas com DM, contribuindo com o surgimento de complicações de saúde e psicossociais, o que diminui a QV dos indivíduos (ALMEIDA et al.; 2007). Dentre as complicações decorrentes da doença não tratada adequadamente, está a manifestação de outras doenças, como insuficiência renal, problemas cardíacos e visuais, acidente vascular cerebral e lesões de difícil cicatrização (MILECH; PEIXOTO, 2004).

A adesão ao tratamento medicamentoso, portanto, é importante tanto no controle dos sintomas quanto na capacidade funcional das pessoas com DM, podendo diminuir os riscos de complicações da doença e melhorar a sua QV (SANTOS; OLIVEIRA; COLET, 2010). O uso apropriado de medicações e a efetividade do controle glicêmico contribuem para retardar o surgimento de complicações crônicas nas pessoas com DM. Vale destacar que o uso de medicação pode reduzir pela metade o aparecimento de complicações do diabetes (BRASIL, 2006).

Desse modo, considerando o evidenciado neste estudo, de que as pessoas que aderem o tratamento medicamentoso apresentam uma melhor QV do que as não aderentes, faz-se necessário que as equipes multiprofissionais das ESF desenvolvam ações educativas. Essa equipe precisa abranger sobre o uso correto dos medicamentos relativos ao tratamento do DM, sobretudo orientar as pessoas que apresentam algum tipo de dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso.

Houve uma diferença significativa entre os escores de QV das pessoas que possuem bom conhecimento e os escores das que possuem conhecimento insuficiente nos domínios social e ambiental. Já, no domínio psicológico, a QV de quem possui conhecimento insuficiente é maior do que as pessoas que possuem bom conhecimento.

A aquisição do conhecimento sobre DM é um processo contínuo, uma vez

que a pessoa em condição crônica de saúde necessita compreender as mudanças que ocorrem para enfrentar o seu cotidiano e manter ou obter sua QV (FRANCIONI; SILVA, 2007). Desse modo, ressalta-se a importância da implantação de programas de educação em diabetes, visando melhorar o conhecimento sobre diabetes, tendo em vista que este é considerado um atributo essencial da gestão do tratamento do diabetes e da melhoria da QV das pessoas acometidas pela doença (KHALDON et al., 2012).

É necessário desenvolver práticas educativas de saúde que contemplem as pessoas com DM e sua família, centradas na promoção do conhecimento sobre a doença. Além disso, as ações devem estar voltadas à prevenção de complicações, incentivando a pessoa a conviver melhor com sua condição (FUNNELL et al., 2004). Os profissionais de saúde precisam envolver as pessoas com DM em todas as fases do processo educacional, considerando que estas precisam apropriar-se de conhecimentos e habilidades relativas às práticas de autocuidado (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009).

A comparação da média de QV das pessoas com diabetes que não participam de grupos com a média das que participam de grupos permite inferir que não houve diferença significativa.

Estudo que avaliou a efetividade de intervenções educativas desenvolvidas com pessoas com DM, mostrando que a intervenção individual (consultas de enfermagem semestrais) favorece o esclarecimento de dúvidas, a aquisição de conhecimentos sobre a doença e a diminuição do seu impacto sobre a QV da pessoa. Já, as ações educativas, desenvolvidas por meio de grupos, favorecem a aquisição de conhecimento e a maior adesão a práticas de autocuidado, no entanto, essa atividade não leva à diminuição significativa do impacto da doença sobre a QV dos indivíduos (IMAZU et al., 2015).

O DM precisa de controle diário e consciência da pessoa em relação ao diagnóstico. É necessário que as pessoas compreendam sua responsabilidade acerca do tratamento, visto que a realização dos cuidados apropriados possibilita evitar a hospitalização e a apresentação de possíveis complicações. Quando bem controlada, a doença não impede que o sujeito viva um dia a dia normal (BORGES

et al., 2014). Portanto, a melhora da QV está relacionada à maior satisfação da pessoa que possui a doença, a qual envolve o tratamento aderido, bem como o comprometimento da pessoa em seu autocuidado. A QV de quem possui DM significa que ele precisa conhecer e perceber suas necessidades em relação ao controle da doença, desenvolvendo atitudes e convicções sobre manejo apropriado e o autocuidado (LIMA, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo verificou as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF que buscam promover a QV de pessoas com DM. Ainda, identificou o perfil epidemiológico das pessoas com DM atendidas em ESF; analisou as medidas de adesão ao tratamento, o conhecimento sobre a doença e as atividades de autocuidado das pessoas com DM atendidas em ESF; avaliou a QV das pessoas com DM atendidas em ESF; descreveu as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF que buscam promover a QV das pessoas com DM; e comparou as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF para promover a QV das pessoas com DM com a percepção dessas pessoas acerca das ações realizadas pela equipe das ESF para promover sua QV.

Ao identificar o **perfil epidemiológico** das pessoas com DM atendidas nas ESF, quanto às variáveis sociodemográficas, constatou-se que a maioria das pessoas com DM atendidas nas ESF são mulheres, idosas, casadas, brancas, compreendidas na faixa etária de 60 a 69 anos de idade, possuem baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto) e são aposentadas ou pensionistas.

Em relação às variáveis clínicas, evidenciou-se que a maioria dos participantes possui o DM Tipo 2. Cerca de 25% das pessoas com DM possuem outro familiar com a doença. A média de tempo da doença foi de 9,2 anos, com maior prevalência de pessoas possuindo a doença num período de até cinco anos. A maioria das pessoas com DM possui antecedentes familiares com doenças cardiovasculares, são hipertensas, dislipidêmicas, sedentárias, não fumantes, e próximo da metade, são obesas. A maioria apresenta complicações decorrentes do DM, sendo que a hiperglicemia foi a complicação aguda que apresentou maior

prevalência e a retinopatia foi a complicação crônica com maior prevalência. Os dados relativos ao tipo de tratamento evidenciaram que a maioria realiza dieta e faz uso de antidiabéticos orais.

Houve média de 2,6 consultas anual de pessoas com DM nas ESF, em decorrência da doença. Além do acompanhamento na ESF, um percentual elevado dessas pessoas (cerca de 30,0%) busca atendimento em outros especialistas (cardiologistas, oftalmologistas, entre outros). A maioria não necessitou recorrer a um serviço de urgência e emergência no ano anterior à pesquisa e, dentre os que usaram do serviço, as complicações decorrentes do DM foram o motivo da procura.

As prevalências encontradas neste estudo, sobretudo, as relacionadas aos fatores de risco, comorbidades e complicações, sinalizam necessidade de intervenções preventivas impulsionadoras de mudanças de hábitos e do estilo de vida de cada indivíduo. Frente a isso, questiona-se: Como fomentar a mudança de hábitos e do estilo de vida das pessoas com vistas à promoção do autocuidado em diabetes? Quais políticas de saúde devem ser discutidas e implementadas na área? Quais abordagens de intervenção em saúde devem ser adotadas pelas ESF? Além das mudanças atreladas ao autocuidado das pessoas, também é imprescindível fortalecer ações que visem manter um controle glicêmico adequado, de modo a diminuir as complicações decorrentes do DM e seus impactos sociais, econômicos e sobre a QV dos indivíduos.

É importante considerar as características sociodemográficas e de avaliação clínica desta população, visando melhorar o processo de cuidado prestado às pessoas com DM. Os dados relativos a esse âmbito são subsídios científicos relevantes para refletir, repensar e, se necessário, realizar modificações nas ações oferecidas nos serviços de saúde a essa população, de modo que atendam suas reais precisões, embasado em suas singularidades. O conhecimento dos aspectos sociodemográficos e clínicos dos indivíduos é um fator importante para planejar e implantar ações educativas e interativas e propor políticas de saúde em diabetes, almejando promover a QV.

Em relação ao **tratamento medicamentoso** das pessoas com DM, constatou-se que a maioria toma o antidiabético oral metformina, seguido de

glibenclamida. Cabe mencionar que 20,9% desta população fazem uso de insulina. Além dos medicamentos específicos para controlar o DM, a maioria dos indivíduos toma sinvastatina, AAS, enalapril, hidroclorotiazida, dentre outros, que são medicamentos para doenças associadas ao DM. As pessoas com DM aderem positivamente o tratamento medicamentoso relativo ao controle da doença. Essa constatação ocorreu por meio da análise do questionário MAT e mediante a percepção de profissionais de saúde que prestam cuidados aos sujeitos com DM atendidas nas ESF participantes do presente estudo.

Destaca-se que o tratamento do DM tem por objetivo manter o controle glicêmico e melhorar a QV dos indivíduos. Para isso, é indispensável que as pessoas acometidas por essa doença crônica realizem o tratamento medicamentoso de forma adequada e, conseqüentemente, poderão diminuir adversidades durante a terapia, impedindo o agravamento da doença e possíveis complicações decorrentes do DM.

Sendo assim, acredita-se que o conhecimento acerca dos medicamentos utilizados pelas pessoas com DM e da adesão ao tratamento medicamentoso tem relevância clínica para os profissionais de saúde. Essa ciência possibilita direcionar a tomada de decisões clínicas em relação ao tratamento medicamentoso das pessoas com DM atendidas nas ESF e, dessa forma, contribuir para o sucesso do tratamento da doença e melhorar sua QV.

Ao analisar o **conhecimento que as pessoas possuem acerca do DM**, conforme o questionário DKN-A e a percepção de profissionais de saúde, evidenciou-se que a maioria dos participantes possui conhecimento insatisfatório em relação à compreensão da doença.

Ancorado na percepção dos profissionais de saúde, constatou-se que o conhecimento sobre o DM está sendo transmitido no âmbito das ESF, porém, muitas vezes, as pessoas não entendem as informações explicitadas. Os profissionais referem que alguns aspectos podem estar relacionados à dificuldade dessa compreensão, como a falta de vontade das pessoas em adquirir conhecimento sobre sua doença, a elevada idade e o baixo nível de escolaridade das pessoas – destaca-se, inclusive, um percentual elevado de analfabetos entre a população investigada.

Percebeu-se que estão sendo proporcionados momentos de discussões e interações sobre o DM nas ESF. Porém, conforme constatação, as pessoas apresentam conhecimento insatisfatório e os profissionais acreditam que as pessoas precisam ter mais interesse em assimilar os conhecimentos transmitidos. Diante do exposto, reflete-se: Por que as pessoas não estão participando das atividades propostas? Ou, mesmo participando, por que as pessoas apresentam conhecimento insatisfatório sobre o DM? Tendo em vista o nível de escolaridade e a idade das pessoas com DM (referido pelos profissionais), será que os momentos de discussão estão sendo embasados na perspectiva de uma aprendizagem significativa e o conhecimento está sendo compartilhado ou apenas transmitido? Quais as ferramentas estão sendo utilizadas na metodologia das ações de intervenção?

Essas evidências apontam para a necessidade de implantar ou reforçar a avaliação de ações de educação em saúde, específicas para a DM, de modo que as práticas educativas sejam embasadas nos saberes dos sujeitos, proporcionando-lhes espaços de aprendizagem e conhecimento acerca do DM. Além disso, é preciso trabalhar com a promoção de saúde das pessoas com DM envolvendo seus ambientes de relações. Por exemplo, sugere-se que sejam proporcionados esclarecimentos à comunidade em geral, para que esta compreenda que não deve forçar alimentos aos indivíduos que tem DM.

Quanto à adesão e à mensuração das **atividades de autocuidado** em diabetes, segundo o Questionário de Atividade de Autocuidado com o Diabetes e de acordo com a percepção de profissionais de saúde que trabalham com essas pessoas, constatou-se que o item de maior aderência de autocuidado das pessoas com DM está relacionado à terapia medicamentosa. Evidenciou-se, também, que o item de menor aderência está relacionado à dimensão de práticas de atividade física, em concordância com a literatura encontrada.

Ao avaliar os escores das médias de autocuidado em suas respectivas dimensões (escores de um a oito), constatou-se que “medicação” apresentou maior escore de aderência (sete), seguido da dimensão “cuidados com os pés” que apresentou escore de aderência (cinco) e as dimensões “atividade física” e “monitorização da glicemia” apresentaram menor escore de aderência (um). As dimensões “alimentação geral” e “alimentação específica” apresentaram escore

quatro de aderência.

Na percepção dos profissionais, constatou-se que a terapia medicamentosa é a dimensão a que as pessoas apresentam maior aderência. As dimensões “atividade física”, “monitorização da glicemia” e “dieta” apresentam pouca adesão. Já em relação à dimensão “cuidado com os pés”, alguns profissionais acreditam que existe boa adesão e outros consideram pouca adesão a esse autocuidado.

Ressalta-se que as atividades de autocuidado relativas ao tratamento do DM estão distribuídas entre seis dimensões (medicação, cuidados com os pés, atividade física, monitorização da glicemia, alimentação geral e alimentação específica), sendo que a adesão destas é imprescindível para o controle da doença e manutenção da QV das pessoas. Frente a evidência de maior adesão a terapia medicamentosa com o número máximo de escore e pouca adesão a atividade física e controle da glicemia questiona-se: Como intervir na cultura dos medicamentos?

É importante conhecer a aderência das pessoas com DM em relação às atividades de autocuidado, para que os profissionais e gestores de saúde possam refletir acerca das práticas educativas e interativas desenvolvidas para a população, com vistas à efetividade do tratamento do DM e, conseqüentemente, diminuir o número de complicações decorrentes da doença.

Quanto à **avaliação da QV** das pessoas com DM atendidas nas ESF, segundo as questões gerais do questionário Whoqol-bref, constatou-se que a maioria autoavaliou sua QV como boa ou muito boa, e quanto à sua saúde, a maioria se autoavaliou como satisfeita ou muito satisfeita.

A média geral de QV é boa, incluindo todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). O domínio meio ambiente apresentou maior média e o domínio físico a menor média, sendo que os domínios meio ambiente, psicológicos e relações sociais apresentaram QV boa e o físico apresentou QV nem ruim nem boa.

Na percepção dos profissionais de saúde, evidenciou-se que, em decorrência do DM, pode haver um comprometimento na QV da pessoa com a doença em todos os domínios. O comprometimento no domínio físico está atrelado a diversos fatores

relativos ao DM, dentre eles, cansaço, pouca disposição, dificuldades na locomoção, perda visual, lesões ou amputações e perda de peso, todos em decorrência da doença. No domínio meio ambiente, constatou-se que o ambiente familiar e o ambiente externo em que os indivíduos estão inseridos relacionam-se diretamente com o sucesso do tratamento da doença, podendo interferir na QV do sujeito.

O comprometimento no aspecto psicológico de quem tem a doença pode ocorrer por meio de vários fatores, tais como: falta de aceitação da doença, dificuldades de compreensão acerca dos cuidados necessários para realizar o tratamento, descrédito no tratamento em virtude de ser uma doença crônica, uso de medicamentos, descompensação glicêmica, surgimento de complicações e sentimento de culpa diante das complicações decorrentes do DM. No domínio das relações sociais, as pessoas com DM podem apresentar comprometimento em virtude da resistência para frequentar ambientes públicos. O surgimento de complicações decorrentes da doença pode contribuir para uma tendência ao isolamento, pois alguns apresentam comprometimentos físicos (dificuldade de locomoção, perda de visão, lesões, entre outros). Isso pode provocar constrangimentos nos indivíduos e, conseqüentemente, comprometer suas relações sociais.

Os profissionais de saúde perceberam a existência de limitações físicas das pessoas com DM atendidas nas ESF, o que foi corroborado nas evidências encontradas nas facetas das questões do WHOQOL-bref. Em relação à dor física e desconforto, foi possível averiguar um percentual elevado das pessoas que não podem realizar suas atividades diárias em virtude de alguma dor física. As facetas “dor e desconforto”, “energia e fadiga”, “mobilidade”, “sono e repouso” e “capacidade de trabalho” também apresentaram comprometimento preocupante.

As facetas contempladas no domínio meio ambiente evidenciaram que as pessoas com DM atendidas nas ESF estão satisfeitas com a maioria dos aspectos avaliados. Porém, a faceta “participação e oportunidade de recreação e lazer” evidenciou que 30,0% das pessoas não praticam ou praticam pouco essa atividade. Sobre a questão econômica, um percentual elevado de pessoas com DM possuem nada ou muito pouco dinheiro para satisfazer suas necessidades.

As facetas incorporadas no domínio psicológico também evidenciaram preocupações relativas ao comprometimento psicológico de algumas pessoas com DM, como o percentual elevado de indivíduos que apresentam sentimentos negativos, que não aceitam sua aparência física e que têm dificuldade de concentração. A autopercepção referente ao aproveitamento de sua vida também se apresentou comprometida. No domínio relações sociais, as facetas “relações pessoais” e “suporte social” evidenciaram que a maioria está satisfeita ou muito satisfeita. Já, na faceta “atividade sexual”, mais de um terço está insatisfeita ou muito insatisfeita com sua vida sexual.

Destaca-se que conhecer a média de QV das pessoas com DM atendidas nas ESF e as dimensões que apresentam melhores médias e a mais comprometida possibilita o planejamento de ações de promoção da saúde e a prevenção de complicações dos indivíduos com DM atendidos na atenção básica.

Os profissionais da saúde precisam ficar atentos às facetas avaliadas nos domínios físico, relações sociais, psicológico e meio ambiente, pois são fatores que podem interferir na QV e na qualidade do tratamento. Sugere-se que essas variáveis sejam trabalhadas no decorrer do tratamento, visando contribuir para a eficiência das intervenções e para a promoção de saúde das pessoas com DM atendidas nas ESF.

Os resultados ainda evidenciaram que **ter QV para uma pessoa com DM é ter saúde - controlar a doença, estar bem consigo mesmo e sentir-se bem em seu meio de convivência, aceitando as limitações decorrentes do DM.**

Ter saúde - estar com a doença controlada foi relacionada com a necessidade de satisfazer diversos aspectos, dentre eles, acesso aos serviços de saúde; garantia das orientações necessárias referentes aos cuidados com o DM pelos profissionais de saúde; apoio da família; mudanças de hábitos e estilos de vida; e realização das atividades de autocuidado necessárias inerentes ao controle da doença (alimentação, atividades física, medicamentos e controle glicêmico). Segundo as pessoas com DM pesquisadas, estar bem consigo mesmo é amar-se, ter saúde, fazer o que gosta, aceitar a doença, estar em paz, ter condições econômica para satisfazer suas necessidades, manter-se ativo em suas ocupações-trabalho e

conviver em harmonia com a família e comunidade. Sentir-se bem em seu meio de convivência foi relacionado com a satisfação de sentir-se bem em diferentes ambientes de convívio, como o ambiente familiar, vizinhos, pessoas de suas relações, serviços de saúde e comunidade. Tal compreensão pode potencializar a promoção de ações educativas que buscam melhorar a QV das pessoas com DM atendidas nas ESF.

Ao conhecer as **ações** desenvolvidas pelas ESF que podem melhorar a QV das pessoas com DM, constataram-se diversas atividades interativas que promovem educação em DM, tais como: grupo *amigos da balança*, grupo de caminhadas, grupo de educação física, consulta nutricional, consulta de enfermagem, consulta médica, distribuição de medicamentos, visita domiciliar, bom atendimento, grupo de diabéticos e hipertensos e grupo de educação em saúde. Evidenciou-se, ainda, que a educação em DM também é promovida em espaços externos aos das ESF (grupo de mulheres; grupo de terceira idade e escolas).

Ao **comparar as ações** desenvolvidas pelos profissionais de saúde das ESF com a percepção das pessoas com DM acerca das ações realizadas pela equipe das ESF para promover sua QV, percebeu-se que, de modo geral, as ações elucidadas pelos profissionais de saúde foram as mesmas explanadas pelas pessoas com DM. Porém, as pessoas com DM ainda mencionaram o bom atendimento e a distribuição de medicamentos, o que não foi apontado pelos profissionais.

As ESF estão promovendo ações educativas em DM, porém, constatou-se pouca participação das pessoas com DM nos grupos de educação em diabetes. Ao comparar a média de QV das pessoas que participam e a das que não participam dos grupos de educação em diabetes, verificou-se que não houve diferença significativa. A partir disso, questiona-se: Por que a média de QV das pessoas que participam dos grupos educativos não tem diferença da média das que não participam? Por que as pessoas que participam dos grupos apresentam menor média de QV das que não participam? Qual a satisfação que as pessoas com DM estão sentindo ao participarem dos grupos?

Os profissionais de saúde utilizam algumas estratégias para articular e

garantir a participação das pessoas nos grupos, como renovação de receitas, entrega de medicamentos e outras. Tal situação é lamentada pelos profissionais, uma vez que gostariam que as pessoas participassem de maneira voluntária e prazerosa. Os profissionais refletiram sobre a ausência dos grupos em algumas ESF e demonstraram interesse em implantá-los. Evidenciaram, também, que algumas ESF já iniciaram tal atividade, mas não prosseguiram em virtude da pouca adesão por parte das pessoas.

Constatou-se que as pessoas gostam de participar das discussões e esclarecimentos promovidos nos grupos. No entanto, lamentam que em algumas ESF não esteja ocorrendo a realização deste grupo e sentem-se culpadas pelo ocorrido, acreditando que isto ocorrer em decorrência da pouca participação das pessoas. Diante disto, cabem algumas reflexões: Por que as pessoas não participam dos grupos? Será que os grupos deixam de existir por que as pessoas não participam? Será que as discussões promovidas no decorrer dos grupos estão sendo significativas para os participantes? Por que as pessoas não estão se sentindo motivadas para participar dos encontros?

Observou-se que, de modo geral, as ESF promovem diversas ações que trabalham educação em diabetes e podem melhorar a QV das pessoas com DM. Entretanto, a participação das pessoas nas atividades propostas ainda é pouca. Os profissionais refletem sobre esta pouca adesão e demonstram interesse em implantar grupos de educação em DM nas ESF que ainda não os possuem.

Quanto à **média de QV** das pessoas com DM e **algumas associações** pertinentes do estudo, cabe destacar que a média de QV das pessoas que aderem o tratamento medicamentoso é significativamente maior do que as que não aderem. Conforme a idade das pessoas aumenta, sua QV diminui de forma significativa. Não houve diferença estatística significativa entre a média de QV de mulheres e homens.

O tempo da doença pode estar relacionado com o surgimento de complicações decorrentes do DM. Este estudo evidenciou maior prevalência de pessoas com DM num período de até cinco anos, sendo que a maioria possuía doença menos de 10 anos. Ao correlacionar a média de QV e o tempo que elas possuem a doença, foi possível inferir que, à medida que aumenta o tempo das

peças com a doença, diminui a QV. A literatura evidencia que o surgimento de complicações maiores ocorre após 15 anos de estabelecimento da doença. Quanto às complicações, quem refere apresentar complicações possui uma QV menor do que as pessoas que não possuem complicações, com diferença estatística significativa.

Em relação ao conhecimento que as pessoas apresentam acerca de sua doença, constatou-se que a maioria apresenta conhecimento insuficiente. Ao comparar as médias de QV, verificou-se que a média de QV de quem possui bom conhecimento é maior do que a das pessoas que possuem conhecimento insuficiente, porém existe diferença significativa somente nos domínios social e ambiental. Já no domínio psicológico, observou-se que as pessoas que têm conhecimento insuficiente apresentam uma QV maior do que as que possuem bom conhecimento.

Assim como um bom conhecimento acerca do DM pode contribuir na compreensão acerca de própria doença e melhorar sua QV, pode-se considerar que a falta de conhecimento também pode contribuir com a satisfação de sua QV, visto que, se um indivíduo não souber as consequências que poderão surgir em decorrência da falta do controle do DM, enquanto não tiver complicações, poderá não ter preocupações e sentir-se satisfeito em relação à sua QV.

Sugere-se que a equipe multiprofissional das ESF dê continuidade às ações dinâmicas que estão desenvolvidas, as quais promovem educação em diabetes e buscam melhorar a QV das pessoas com DM. Todavia, tendo em vista os resultados deste estudo, é importante que essas práticas sejam embasadas nas singularidades de satisfação das pessoas, levando em consideração o significado de ter QV apresentado neste estudo. Ou seja, é fundamental que as práticas estejam sustentadas nas necessidades de satisfação das pessoas com DM em controlar a doença, em estar bem consigo mesma e sentir-se bem em seu meio de convivência. Além disso, os profissionais devem considerar os resultados evidenciados nesse estudo sobre o nível de conhecimento e sobre adesão às atividades de autocuidado e ao tratamento medicamentoso. Também devem levar em consideração as facetas de maior comprometimento avaliadas na QV.

Ao considerar que o DM é uma doença crônica, ressalta-se a importância de as ESF estabelecerem entre seus objetivos, a promoção de ações que visem melhorar a satisfação das pessoas acometidas pela doença, contemplando o sucesso do tratamento aliado ao seu bem-estar geral. É imprescindível que as equipes multidisciplinares estejam engajadas nas atividades ofertadas pelas ESF, as quais deve ser educativas, dinâmicas, interativas e atrativas, visando à participação ativa das pessoas com DM.

Além disso, considerando que a Sociedade Brasileira de Diabetes preconiza a importância da promoção de educação em diabetes no âmbito da APS, visando entre seus objetivos, melhorias na QV das pessoas com DM, ressalta-se que é imprescindível que os profissionais sejam capacitados e qualificados para tanto. Com base nisso, sugere-se que as equipes de ESF possuam pelo menos um profissional educador em diabetes. A efetividade de um profissional com esta formação poderá facilitar a capacitação e motivação os demais profissionais das equipes, além de facilitar a implantação e o aprimoramento de Programas de Educação em Diabetes nas ESF. Assim, por meio da educação em diabetes, as equipes multidisciplinares poderão oferecer uma melhor QV às pessoas com DM.

Destaca-se que este estudo possibilitou o conhecimento das ações que estão sendo desenvolvidas pelas ESF que buscam melhorar a QV das pessoas com DM. A descrição dessas ações, visualizada neste estudo, poderá servir de subsídios para os profissionais de outras ESF aplicarem no seu fazer profissional e, deste modo, poderão contribuir em melhorias na atenção à saúde da população na perspectiva de promoção da QV das pessoas com DM.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C.C.T.; VIEIRA, A.P.G.F.; CARVALHO, A.F.; MONTENEGRO JUNIOR, R.M. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada á saúde no diabetes melito. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.52, n.6, p.931-39, 2008.
- ALBRECHT, G.L.; DEVLIEGER, R.J. The disability paradox: high quality of life aginst all olds. **Social Science and Medicine**, v.48, n.8, p.9777-88,1999.
- ALMEIDA, A.N.F; CÁRDENAS, A.M.C. Caracterização epidemiológica de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 de uma Unidade Básica de Saúde de Macapá - AP – Brasil. **Revista de Ciências da Amazônia**. v. 1, n. 1, 2013.
- ALMEIDA, C.; ENGRÁCIA, L.; M. PEREIRA, M.G. "A idade como moderadora na relação entre o suporte familiar e a qualidade de vida do adolescente com diabetes tipo 1. **Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente**. No. 7. 2016.
- ALMEIDA, H.O.; VERSIANI, E.R.; DIAS, A.R.; NOVAES, M.R.C.G.; Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. **Com. Ciências Saúde**, v.18, n.1, v.57-67, 2007.
- ALMEIDA, M.A.B. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.
- ALVES, A. C.; BOURBON, M.; RATO, Q. Diabetes na população portuguesa: uma análise do estudo eCOR. **Boletim Epidemiológico Observações**, v.5, n.1, p 3-5, 2016.
- ALVES, M.S., et al. Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas. **J Health Sci**, v.18, n.1, p.48-51, 2016.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v.30, n.1, p.89-94, 2007.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes de 2014. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 37, Suppl. 1, January 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, v.34, n.1, p.11-61, 2011.

ANDRADE, R. F.; SILVA, C. O.; SÁ, M. I.; SOARES, U. R.; FERREIRA, L. B. Influence of food insecurity in the quality of life of Brazilian type-2 diabetes patients. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 1, n.2, p.1-13, 2016.

ARAÚJO, R.O.; SILVA, D.C.; SOUTO, R.Q., MARCONATO, A.M.P. Fernandes Costa, I. K., & de Vasconcelos-Torres, G. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan**, V.16, N.1, 2016.

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, Juiz de Fora, MG, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

BAQUEDANO, I.R.; SANTOS, M.A.; MARTINS, T.A.; ZANETTI, M.L. Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. **Rev latinoAm enfermagem**, v.18, n.6, p.119-202, 2010.

BARRETO, R. M.; RIBEIRO, I.F.A.; VASCONCELOS, M.I.O. Ações desenvolvidas pela enfermagem na residência multiprofissional em saúde da família. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 16, n.1, 2016.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad saúde pública**, v.19, n.1, p.181-91, 2003.

BENTO, F.L.; VIEIRA, A.D.; CHAVES, L.C.; CUBAS, M.R. A perspectiva da vulnerabilidade na avaliação do pé diabético sob a ótica de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.1, 2016.

BERTASSI, A.L.; VOLPINI, F.D.; POLEZI, D.B.; PADOVEZE, C.L.; CARVALHO, A.D. Atributos motivacionais padronizados utilizados por uma empresa e os efeitos individualizados na percepção motivacional do funcionário: Um estudo de caso. *Revista de Administração do Sul do Pará (REASP)-FESAR*, v.3, n.1, 2016.

BEZERRA, F.S., CASTRO, F.M., CESCONE, P.J.S., ARRUDA, C. A. M., FERNANDES, V.O., ARAGÃO, M.L. et al. (2016). Os cuidados essenciais com os pés: percepções de diabéticos ulcerados. **Cadernos ESP**, v.8, n.2, p.1-9, 2016.

BEZERRA, T.A.; BRITO, M.A.A.; COSTA, K.N.F.M. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n.1, 2016.

BOAS, L.C.G.V.; FOSS, M.C.; FOSS-FREITA, M.C.; TORRES, H.C. Luciana Zaranza MONTEIRO, L.Z.; PACE, A.E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.2, p. 272-9, 2011.

BORGES, I.M.A.B.; ANDRADE, M.N; NUNES, R.M.V.; FALCÃO, K.P.M.; FEITOSA, A.N.A. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo I. **FIEP BULLETIN**, v. 84, n.1, 2014.

BRADBENT, E.; DONKIN, L.; STROH, J.C. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, v.34, n.2, p.338-402, 2011.

BRANCAGLIONI, B. D.C.A.; RODRIGUES, G.C., DAMIÃO, E.B.C.; QUEIROZ, M.S.; NERY, M. Children and adolescents living with diabetes and celiac disease. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.1, 2016.

BRANDÃO, I., PINHO, A. M., ARROJADO, F., PINTO-BASTOS, A., DA COSTA, J. M., COELHO, R. et al. Type 2 Diabetes Mellitus, Depression and Eating Disorders in Patients Submitted to Bariatric Surgery. **Acta Médica Portuguesa**, v.29, n.3, p. 176-181,2016.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 466**. Brasília: CNS, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. **Portaria nº 399/GM**, de 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. VILA-NOVA, R.S. Coordenação Nacional de HA e DM. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção a Saúde. 2011.

BRUNO, A.; PEREIRA, L.R.; ALMEIDA, H.S. Avaliação da prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 em pacientes da Clínica Unesc Saúde. **Demetra**; v.9, n.3, p. 661-680, 2014.

BULA ONLINE. Medicina net. Data da bula: 28/06/2013. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/4733/sinvastatina.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

CABRAL, J.D.R.; ALENCAR, D.L.D.; VIEIRA, J.D.C.M.; CABRAL, L.D.R.; RAMOS, V.P.; VASCONCELOS, E.M.R.D. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v.1, n.2, p. 71-75, 2015.

CARVALHO, F.P.B.D.; SIMPSON, C.A., QUEIROZ, T.A.; FREITAS, G.B.D.; OLIVEIRA, L.C.D. et al. Coronary blood disease prevalence in diabetic patients. **Journal of Nursing UFPE on line**, v.10, n.2, p. 750-755, 2016.

CAVALCANTI, N. et al. **Diabetes Mellitus**. Genética do diabetes. Rio de Janeiro- 1º edição, 2005.

CECILIO, S.G.; BRASIL, C.L.G.B.; VILAÇA, C.P.; SILVA, S.M.F.; CRUZ VARGAS, E., & DE CARVALHO TORRES, H. (2016). Psychosocial aspects of living with diabetes mellitus in promoting self-care. **RENE-Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, V.17, N.1, 2016.

COSTA, A.A.; ALMEIDA NETO, J.S. **Manual de Diabetes**. 5.ed. São Paulo: Sarvier, 2009. 230 p.

COTTA, R.M.M.; BATISTA, K.C.S.; REIS, R.S.; SOUZA, G.A.D.G.; DIAS, G.; CASTRO, F.A.F. et al. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14,n.4, p.1251-60, 2009.

CRUZ, N.L.; POLANCZYK, A.C.; FLECK, A.P.M. Qualidade de vida em insuficiência renal crônica. In: FLECK, A. P. M. & COLABORADORES. **A Avaliação de Qualidade de Vida**: Guia para Profissionais da Saúde. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 28, 2008.

DANIELE, T.M.C.; VASCONCELOS, J.P.; COUTINHO, F.G. Avaliação do autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em uma unidade de atenção básica. **Cinergis**, v.15, n.3, p.135-139, 2014.

DELFINO, V.D.A.; MOCELIN, A.J. Diabetes mellitus: uma viagem ao passado. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.41, n.1, p.43-6, 1997.

DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saude e Doenças**, Portugal, v.2, n.2, p.81-100, Mar. 2001.

DIAS, A.F.G.; VIEIRA, M.F. MARCUSSI, P.R., OSHIMA, A.; MULLER, M.E.W.; SANTOS, M.E.X.S.; SERRACARBASSA, P.S. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol**, v.73, n.4, p.414-8, 2010.

DIAS, E.G.; ALVES, J.C.S.; SANTOS, V.C.O.; AGUIAR, D.K.A.; MARTINS, P. R.; BARBOSA, M.C Estilo de vida e fatores dificultadores no controle da hipertensão. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v.4, n.3, 2016.

DIMATTEO, M.R. Variations in patients adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care**, v.42, n.3, p.200-9, 2004.

DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial**, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

ESTEVES, C.; NEVES, C. CARVALHO, D. A Hipoglicemia no Diabético: Controvérsia na Avaliação, à Procura das suas Implicações.. *Acta Med Port* 2012 Nov-Dec;25(6):454-460.

FARIA, H.T.; SANTOS, M.A.; ARRELIAS, C.C.; RODRIGUES, F.F.; GONELA, J.T.; TEIXEIRA, C.R. et al. Adherence to diabetes mellitus treatments in family health strategy units. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.257–63, 2014.

FARIA, H.T.G.; RODRIGUES, F.F.L.; ZANETTI, M.L.; ARAUJO, M.F.M.; DAMASCENO, M.M.C. Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.3, p.231-42, 2007.

FARIA, H.T.G.; VERAS, V.S.; XAVIER, A.T.F.; 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. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.2, p.348-54, 2013.

FARIAS, A.C.M.; MASSARANDUBA, F.F.; ARAÚJO, E.D.F.T.; SOUZA, A.C. Grau de informação de pacientes com diabetes mellitus e a importância da implementação de campanhas educativas e preventivas contra o pé diabético. **Acta de Ciências e Saúde**, v.1, n.1, p.1-11, 2016.

FARIAS, A.C.M.; MASSARANDUBA, F.F.; ARAÚJO, E.D.F.T.; SOUZA, A.C. Grau de informação de pacientes com diabetes mellitus e a importância da implementação de campanhas educativas e preventivas contra o pé diabético. **Acta de Ciências e Saúde**, v.1, n.1, p.1-11, 2016.

FERREIRA, L.T.; SAVIOLLI, I.H.; VALENTI, V.E.; ABREU, L.C. Complicações clínicas do diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.36, n. 3, p.182-8, 2011.

FLECK, A.P.M et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Revista saúde pública**, v. 33, n.2, p.198-205,1999.

FLECK, M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida**: Guia para profissionais da saude. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.33-8, 2000.
- FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-83, 2000.
- FLORES, L.M.; MENGUE, S.S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.6, p.924-9, 2005.
- FLORES-PÉREZ, M.N.; GARZA-ELIZONDO, M.E.; HERNÁNDEZ-CORTÉS, P. L. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México. **Revista Enfermería Herediana**, v.8, n.2, p.69, 2016.
- FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol Serv Saúde**, v.21, n.1, p.7-19, 2012.
- FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P. Prevalência de diabetes e hipertensão associada no Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.21, n.1, p.7-19, 2012.
- FREITAS, R.W.J.F. Fatores associados à não adesão do portador de diabetes mellitus tipo 2 aos antidiabéticos orais. **Fortaleza-CE**. 2010.
- FREITAS, S.S.; SILVA, G.R.F.; NETA, D.S.R.; SILVA, A.R.V. Analysis of the self-care of diabetics according to by the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA). **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v.36, n.1, p.73-81, 2014.
- FUJIMOTO, C.Y.; COSTA, R.A.D.; ZACCARA, T.D.A.; PAGANOTTI, C.D.F.; FRANCISCO, R.P.V. Correlation of the Levels of Fructosamine and Glycated Hemoglobin with the Blood Glucose Profile in Pregnant Women with Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v.38, n.1, 20-26, 2016.
- FUNNELL, M.M.; BROWN, T.L.; CHILDS, B.P.; HAAS, L.B.; HOSEY, G.M.; JENSEN, B. et al. National standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care**, v.31, n.1, p.97-104, 2008
- GERALDO, R.T.; FERREIRA, L.V.; LEITE, C.C.A.; EZEQUIEL, D.G.A.; MOUTINHO, B.D.; SILVA, E.A.; COSTA, M.B. Diabetes mellitus tipo 1 de curta duração e suas implicações sobre a qualidade de vida. **RBM rev. bras. med**, v.72, n.10, 2015.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L.; HAAS, V.J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latino Am Enferm**. V.17, n.1, p. 46-51, 2009.
- GLASGOW, R.E.; TOOBER, D.J.; HAMPSON, S.E. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. **Diabetes Care**, v. 23, n.7, p. 943-950, 2000.

GRILLO, M.F.F.; GORINI, M.I.P.C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev Bras Enferm**, 2007 jan-fev; 60(1):49-54.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. v. 2. São Paulo: Artmed, 2012.

IBARRA, C.T.R.; ROCHA L.J.J.; HERNÁNDEZ, R. O.; NIEVES, R.E.R. LEYVA, J. R. Prevalencia de neuropatía periférica en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención. **Rev Med Chile**, v.140, n.1, p.1126-1131, 2012;

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **XII Censo Demográfico** [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2014.

INFOPÉDIA [internet]. Porto: Porto Editora, 2003-2014. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/termos-medicos/poliuria>. Acesso em 26 set. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Tabagismo: jovem/mulher e tabaco**. 2010. Acesso em: 12 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/jovem/inicial.asp?pagina=namira>>.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets**. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-country-factsheets>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

JOST, B.S et al. Prevalência de retinopatia diabética na população portadora de diabetes mellitus tipo 2 do município de Luzerna - SC. Arq. **Bras. Oftalmol**, v.73, n.3, p.259-265, 2010.

KELLY, C.A.; NÍCIDA, P.G., ROSA, V.B. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. **Rev enferm Herediana**. V.2, n.1, p. 26-31, 2009.

KHALDON, K.; SARIHIN, M.D.; MOHAMMAD, H.; BANI-KHALED, R.N.; FARES H.; HADDAD, M.D.; IBRAHIM, I. ALTHWABIA, R.N. Diabetes Knowledge among Patients with Diabetes Mellitus at King Hussein Hospital. **JOURNAL OF THE ROYAL MEDICAL SERVICES**. v.19, n.1, p.72-77, 2012.

KLAFKE, A. et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**,23, n.3, p.455-462, 2014.

KLEBA, M.E.; COLLISELLI, L.; DUTRA, A.T.; MÜLLER, E.S. Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.20, n.56, 2016.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev psiquiatr Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.31, n.3, supl. 2009.

LAJEADO. **Plano municipal de turismo de Lajeado/RS**. Secretaria de cultura e turismo. 2016.

LIBERATO, S.M.D.; SOUZA, A.J.G.; GOMES, A.T.L.; MEDEIROS, L.P.; COSTA, I.K.F.; TORRES, G.V. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida:

revisão integrativa da literatura. **Rev Eletr Enf**, v.16, n.1, p.191-8, 2014.

LIMA, C.; SILVA, D.; ALMEIDA, C.; NETA, A.R.; MOURA, L.; SOUSA, F. A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. **Revista Interdisciplinar**, v.8, n.2, p. 209-214, 2015.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). **Ciênc Saúde Coletiva**, v.7, n.1, p.813-24, 2002.

LYRA, R.; SILVA, R.S.; MONTENEGRO, R.M.J.; MATOS, M.V.C.; CÉZAR, N.J.B.; SILVA, L.M. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.54, n.6, p.560-6, 2010.

MAGALHÃES, P.; PIMENTA, N.; DUARTE, J.A. Efeito de um programa de exercício de longa duração no controlo glicémico de indivíduos 116 portadores de Diabetes Mellitus do tipo 2. **Revista da UIIPS**, v.4, n.1, p. 116-116, 2016.

MAIA, M.A.; REIS, I.A.; TORRES, H. C. Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, V.50, N.1, P. 59-64, 2016.

MALAQUIAS, T.D.S.M.; MARQUES, C.D.C.; FARIA, A.C.; PUPULIM, J.S.L., MARCON, S.S., & HIGARASHI, I.H. A criança e o adolescente com diabetes mellitus tipo 1: desdobrar do cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.1, p. 01-07, 2016.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v.14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MANSO, M.E.G. avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, **Saúde**, v.9, n.3, 2016.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARQUES, A.L.N., FERREIRA, M.B.G., DUARTE, J.M.G., COSTA, N.D.S., HAAS, V.J.; SIMÕES, A.L.D.A. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v.16, n.5, p. 672-681, 2015.

MASLOW, A.H. **Motivatyon and Personality**. Nova York: Harper & Row, 1954.

MCKENNA, S.P.; WHALLEY, D. Can quality of life scales tell us when patients begin to feel benefits of antidepressants? **European Psychiatry**, v.13, n.146-153, 1998.

MENDES, C.R.S.; MIRANDA, M.D.C.; LIMA, F.E.T.; BRITO, E.A.W.D.S.; FREITAS, I.D.; MATIAS, É.O. Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na

atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v.17, n.(1), p.52-59, 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012

MENDES, T.A.B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1233-1243, 2011.

MENDONÇA, F.D.F.; NUNES, E.D.F P.D. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. educ. saúde**, v.13, n.2, p.397-409, 2015.

MICHELS, M.J.; CORAL, M.H.C.; SAKAE, T.M. et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.54, n.7, p. 644-651, 2010.

MILECH, A.; PEIXOTO, M.C. **Quadro clínico**. In: Oliveira JEP, Milech A. Diabetes mellitus. Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 33-42.

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

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

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.672, 2008.

MONNERAT, G.L. et al. Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família. In: BRAVO, M.I.S. et al. (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 97-116.

MORE, T. **A utopia**. São Paulo: Edipro, 1994.

MOREIRA, D.A.; HORTA, N.C.; BRITO, M.J. M.; MONTENEGRO, L.C. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho na equipe de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2016.

MOREIRA, R.S.L.; BASSOLLI, L.; COUTINHO, E.; FERRER, P.; BRAGANÇA, É. O., CARLOS, A.; LUNA FILHO, B. Reprodutibilidade e Confiabilidade do Questionário de Qualidade de Vida em Portadores de Fibrilação Atrial. **Arq Bras Cardiol**, v.106, n.3, p. 171-181, 2016.

MORENO, C.M.C.; DELGADO, T.M.; CASTILLO, O.; ÁLVAREZ, P.; GUERRA, O.M.G. Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 / Level of knowledge concerning diabetes mellitus type-2 in the elderly **Rev. cienc. med. Pinar Rio**, v.15, n.2, 2011.

MORESCHI, C.; REMPEL, C.; CARRENO, I. Análise das ações desenvolvidas para promover a qualidade de vida de pessoas com diabetes: uma revisão de literatura. **Caderno pedagógico**, v. 12, n. 1, p. 253-264, 2015a.

MORESCHI, C.; REMPEL, C.; CARRENO, I.; SILVA, D.S.; POMBO, C.N.F.; CANO, M.R.L. Prevalência e perfil das pessoas com diabetes cadastradas no sistema de Informação Da Atenção Básica (SIAB). **Rev Bras Promoç Saúde**, v.28, n.2, p.184-190, 2015b.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.

MÜLLER, D.V.K et al. Avaliação do equilíbrio corporal e da força isocinética de flexores e extensores de joelho de um idoso sarcopênico, diabético com deficiência visual total: estudo de caso comparativo. *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)*, v.14, n.48, p. 54-61, 2016.

NERY, M. Hipoglicemia como Fator Complicador no Tratamento do Diabetes Melito Tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.52, n.2, p.288-298, 2008.

NETO, J.R.P.; GOMES, M.A. A motivação como condicionante à qualidade na atenção primária em saúde: um estudo de caso em MOSSORÓ/RN. **Empírica BR-Revista Brasileira de Gestão, Negócio e Tecnologia da Informação**, 1(2), 36-52. (2016).

OKANE, E.S.H.; OLIVEIRA, B.B.A.; SARTORI, L. P.; COSTA JUNIOR, V.L. Estratégias de ensino para educação e saúde: revisão integrativa. *Extensio*: **Revista Eletrônica de Extensão**, v.13, n.21, p. 138-151, 2016.

OLIVEIRA, G. A.; ARATAQUE, L.F.; RODRIGUES, M.C.M.; SALINAS, R.S.; OLIVEIRA, T.A.L., HANNA, E. Tratamento não medicamentoso da diabetes mellitus tipo 2 Non-drug treatment of type 2 diabetes mellitus. **Revista Educação em Saúde**, 2, 2016.

OLIVEIRA, K.C.S.; ZANETTI, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.4, p.862-8, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Acesso em: 28 set. 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, out. 2008.

ORTIZ, M.C.A.; ZANETTI, M.L. Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. **Rev Latino-am .Enfermagem**, v.9, n.3, p. 58-63, 2001.

PALMEIRA, M.M.; SILVA, L.L. SOUSA, R.M. CORDEIRO, C.R.G. Perfil epidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos no Serviço de Diagnóstico em Cardiologia da Universidade do Estado do Pará. **RBM Nov**, v.11, n.68, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed,

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v.15, p.151-160, 2010.

RADIGONDA, B.; SOUZA, R. K.T.D.; CORDONI JUNIOR, L.; SILVA, A.M.R. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.25, n.1, p.115-126, 2016.

RAMALHINHO, I. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva**. Contributo para o seu estudo. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; 1994.

REDONDO-SENDINO A, GUALLAR-CASTILLÓN P, BANEGAS JR, RODRIGUÉZ-ARTALEJO F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. **BMC Public Health**, v.6, n.1, 2006.

REMPEL, C. et al. Perfil dos usuários de Unidades Básicas de Saúde do Vale do Taquari: fatores de risco de diabetes e utilização de fitoterápicos. **ConScientiae Saúde**, v.9, n.1, p.17- 24, 2010.

REMPEL, C.; GOETTERT, M.I.; STROHSCHOEN, A.A.G.; Ioná CARRENO, I. MANFROI, M.; MORESCHI, C. Análise da medicação utilizada por diabéticos e hipertensos. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v.12, n.1, p.241-252, 2015.

REZENDE NETA, D.S. Ações de enfermagem e implicações para o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus. Piauí. **Dissertação (Mestrado)**. 92p, 2012.

RIBEIRO, K.A.A.; CRISTIANE, M.; FIGUEIRA, S.; SILVA L.M.J. Visita Domiciliária: percepções no espaço da prática. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v.6, n.1, p. 01-04, 2016.

RIDDLE, M.C.; GENUTH, S. Type 2 Diabetes Mellitus. **ACP Medicine**, v.1, n.18, 2010;

ROCHA, P.C.; LEMOS, S.M.A. Conceptual aspects and factors associated with Functional Health Literacy: a literary review. **Revista CEFAC**, v. 18, n.1, p. 214-225, 2016.

ROCHA, R.M.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.1, p.17-23,

2009.

RODRIGUES, D.F.; BRITO, G.E.G.; SOUSA N.M.; RUFINO, T.M.S.; CARVALHO, T.D. Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.3, p. 277-286, 2011.

RODRIGUES, F.F.L. **Conhecimento e atitudes de usuários com diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto, SP**. Dissertação (Mestrado). 120p, 2011.

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; GONELA, J.T.; ZANETTI, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2012;25(2):284-290.

RODRIGUES, F.F.L.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A.; MARTINS, T.A.; SOUZA, V.D.; TEIXEIRA, C.R.S. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.4, 2009.

RODRIGUEZ, M.A.; KU, C.H.C. Control glicémico y modificación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes dm tipo 2 luego de cirugía bariátrica en el hospital san juan de dios desde enero del 2007 a diciembre del 2009. **Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD**, v.5, n.6, 2016.

ROSSI, V.E.C.; SILVA, A.L.; FONSECA, G.S.S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.5, n.3, p.1820-1830, 2015.

SÁ, A.B.; OLIVEIRA, C.; CARVALHO, D.; RAPOSO, J.; POLÓNIA, J.; SILVA, J. A. et al. A Diabetes Mellitus em Portugal: Relevância da Terapêutica Farmacológica Adequada. **Revista Portuguesa de Farmacoterapia**, v.8, n.(1), p.44-53, 2016.

SÁ, R.N.D.; SILVA, A.R. V.; SILVA, G.R.F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev. Bras. Enferm**, v.68, n.1, p.111-116, 2015.

SANTANA, J.C B.; FORTES, N.M.; GONÇALVES, C.P.; MOURA, I.C.; PORTO, P.A. Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde no planejamento das ações das estratégias da saúde da família: avanços e desafios. **Enfermagem Revista**, v.18, n.2, 2015.

SANTO, M.B.E.; SOUZA, L.M.E.; SOUZA, A.C.G.; FERREIRA, F.M.; SILVA, C.N.M; TAITSON, P.F. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem Revista**. v.15. n.1, 2012.

SANTOS, F.S.; OLIVEIRA, K.R.; COLET, C.F. Adesão à terapia medicamentosa em diabéticos. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**. v. 31, n.3, p.223-227, 2010.

SANTOS, R. I. D.; COSTA, O.R.S. Avaliação da Resiliência em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica Submetidos à Hemodiálise/Assessment of Resilience in

Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. **Revista ciências em saúde**, v.6, n.1, p.5-13, 2016.

SARDINHA, A.H.I. et al. Adesão dos idosos com doenças crônicas ao tratamento medicamentoso/adherence of the elderly with chronic diseases to medical treatment. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v.16, n.3, 2016.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.1, p.29-36, 2003.

SCHALOCK, R.L. The concept of life of quality: what we know and do not know. **Jintellect Disabil Res**. v.48, n.3, p. 203-216, 2004.

SCHMIDT, M.I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. London: The Lancet, 9 maio 2011.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Públ.**v.20, n.2, p. 580-588, 2004.

SERAMIN, C.M.S.; DANZE, L.; OLIVEIRA, K.C.S. Conhecimento e atitude: componentes para a educação em diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde de Bebedouro, SP. **Revista Fafibe On-Line**, v.6, n.1, p. 130–139, 2013.

SERRA, M.M., PEREIRA, L.C.O., FONTENELE, D. F., VIVEIROS, M.T.M.; LIMA, R.A. condições clínicas e antropométricas de hipertensos atendidos em um centro de saúde de são luís, ma/clinical and anthropometric parameters of hypertensive patients seen at a health center in são Luis, Maranhão, Brazil. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n.2, 2016.

SHEA, S. et al. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. **American Journal of Public Health**, Washington, v.12, p.1607-12, 1992.

SILVA LMC, et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. **Rev. Esc. Enferm**, v.44, n.1, p. 462-8, 2010.

SILVA, D.A.R.; LUTKMEIER, R.; MORAES, M.A.; SOUZA, E.N. Conhecimento sobre diabetes em pacientes internados por cardiopatias: pesquisa descritiva. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.12, n. 2, 2013.

SILVA, D.C.L.; VIANNA, É.; MARTINS, C.P.; MARTINS, J.V.; CARVALHO RODRIGUES, E. C. et al. Parkinson atendidos no setor de fisioterapia de um hospital universitário no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Neurologia**, v.51, n.4, 2016.

SILVA, F.O.; SUTO, C.S.S.; COSTA, L.E.L. Perfil de pacientes cadastrados no hiperdia: conhecendo o estilo de vida. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v.5, n.1, 33-39, 2016.

SILVA, L. A. A.; SODER, R. M.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L.M.; OLIVEIRA, I. C.; PETRY, L. Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas. **Saúde (Santa Maria)**, v.42, n.1, 2016.

SILVA, L.D.Q.; FERNANDES, D.R., CRUZ, J.N.; LAGO, E.C.; LIMA, C.H.R.; ALMEIDA, C. A. P. L. (2016). Aspectos sociodemográficos do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família atuante na educação em diabetes mellitus. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n.1, p.153-160, 2016.

SILVA, R.L.D.T et al. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.1, p.71-78.b, 2016.

SILVA, T.R et al. Prevalência de doenças cardiovasculares em diabéticos e o estado nutricional dos pacientes. **J Health Sci Inst**, v.30, n.3, p.266-70, 2012.

SILVEIRA, J.A.A.; RESENDE, H.M.P.; LUCENA FILHO, A.M.; PEREIRA, J.G. Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.1, p.43-9, 2010.

SOARES, A.L.; ARAÚJO, T.D.; OLIVEIRA, J.S.A. Revisão de literatura sobre a desistência ao tratamento de diabetes mellitus. **Revista Científica da Escola da Saúde**. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015**. In: OLIVEIRA, J.E.P., VENCIO, S. (Org.). São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia." **Estudos de psicologia**, v. 8, n.3, p. 515-523, 2003:

STREHLOW, B. R.; DAHMER, L.; OLIVEIRA, T.B.; FONTANA, R.T. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet-vigilância em saúde Patients' perception of groups on health education of pet health surveillance. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.8, n.2, p.4243-4254, 2016.

TEIXEIRA, D.S.; PALMEIRA, A.L. Expectativas e crenças: influência na saúde tendo por base o exercício físico. **Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte**, v.11, n.1, p.133-142, 2016.

TORRES, H.C.; FRANCO, L.; STRADIOTO, M.; HORTALE, V.; SHALL, V. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.2, 431-9, 2009.

TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V.T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19). **Rev Saude Pública**, v.39, n.6, p.906-11. 2005.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

VASCONCELOS, P.; CAVALCANTI, A. C.; MAGALHÃES, R. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia

Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.20, n.56, 2016.

VECCHIA, R.D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.3, p.246-52, 2005.

VIEGAS, C.G.C.; Sousa, F.G.M. Necessidades técnicas-instrumentais do cuidador de crianças e adolescentes com diabetes. **Enfermagem em Foco**, v, 6, n.1, 2016.

VILLAS BOAS, L.C.G.; FOSS-FREITAS, M.C.; PACE, A.E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev bras enferm**, v.67, n.2, p.268-73, 2014.

VISENTIN, A. et al. Self-care of users with type 1 diabetes in a basic health unit. **Journal of Nursing UFPE on line**, v.10, n.3. p. 991-998, 2016.

WHO. **Carta de Ottawa**. In: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção de saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília; 1986.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v.10, p.1403-9, 1995.

WICHMANN, F.M.A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v.16, n.4, p.821-832, 2013.

XU, Y.; TOOBERT, D.; SAVAGE, C.; PAN, W.; WHITMER, K. Factors influencing diabetes self-management in chinese people with type 2 Diabetes. **Res Nurs Health**, v.31, n.6, p.613-25, 2008.

ZANDONÁ, T.; OLIVEIRA, T.B. Perfil dos pacientes diabéticos tipo 2 que utilizam antidiabéticos orais. **Rev. Bras. Farm**, v.93, n.4, p. 476-480, 2012.

APÊNDICE A

QUESTÕES NORTEADORAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹³

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO E DOUTORADO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

Título da pesquisa: Ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família que promovem a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*

Pesquisadora Responsável: Claudete Moreschi

ESF: _____

DATA: ___/___/___

Código: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

Ocupação: _____

Tempo de formado: _____

Possui Pós-graduação? _____

Tempo de atuação no cargo atual? _____

Há quanto tempo trabalha com pessoas com diabetes: _____

- O que é qualidade de vida para você?
- O que é qualidade de vida para uma pessoa com Diabetes *Mellitus* (DM)?
- Quais estratégias estão sendo desenvolvidas por sua ESF para promover a qualidade de vida das pessoas com DM?
- Qual a relação das questões sociais, ambientais, físicas e psicológicas para a promoção e manutenção da qualidade de vida das pessoas com DM?
- Você acha que as pessoas com DM atendidas por sua ESF possuem conhecimento acerca de sua doença?
- Você acha que as pessoas com DM atendidas por sua ESF apresentam uma boa adesão ao tratamento medicamentoso da doença?
- Você acha que as pessoas com DM atendidas por sua ESF realizam as atividades de autocuidado necessárias para controlar a doença?

¹³ As questões norteadoras para entrevistar os profissionais foram construídas pelos pesquisadores.

APÊNDICE B

QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS*¹⁴

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO E DOUTORADO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

Título da pesquisa: Ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família que promovem a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*

Pesquisadora Responsável: Claudete Moreschi

ESF: _____

DATA: ___/___/___

Código: _____

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

Ocupação: _____

Formação: _____

- O que é qualidade de vida para você?
- O que é qualidade de vida para uma pessoa com Diabetes *Mellitus* (DM)?
- Quais estratégias estão sendo desenvolvidas por sua ESF para promover a sua qualidade de vida?

¹⁴ As questões norteadoras para entrevistar as pessoas com Diabetes *Mellitus* foram construídas pelos pesquisadores.

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO CLÍNICA DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS¹⁵

Data Aplicação ____/____/____

Nome da ESF que busca atendimento: _____

Bairro de residência _____

Idade: _____

Sexo/Gênero: () Masculino () Feminino

Cor () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Profissão: _____

Ocupação (trabalho): _____

Nível de escolaridade: _____

- () Não sabe ler nem escrever
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino médio completo
- () Ensino superior incompleto
- () Ensino superior completo
- () Pós-graduação

Estado civil

- () Solteiro
- () Casado
- () Viúvo
- () Divorciado

Religião

- () Sim
- () Não

Renda mensal familiar

- () 1 salário= R\$724,00
- () Até 2 salários
- () Entre 2 e 4 salários
- () Entre 4 e 10 salários
- () Entre 10 e 20 salários
- () Acima de 20 salários

Número de membros da família que possuem diabetes _____

Avaliação clínica

Tempo da doença: _____ anos completos.

Comorbidades:

- () Hipertensão arterial
- () Dislipidemia (aumento de gordura no sangue – principalmente do colesterol e triglicerídeos)
- () Obesidade
- () Enfermidade do coração
- () Outros: _____

¹⁵ Questionário construído com base nas dissertações de RODRIGUES (2011) e REZENDE NETA (2012).

Fatores de risco e doenças concomitantes

- Antecedentes familiares cardiovasculares
- Tabagismo
- Sedentarismo
- Sobrepeso/obesidade
- Hipertensão arterial

Tem ou já teve alguma complicação devido ao diabetes?

- Sim
- Não

Complicações agudas:

- Hipoglicemia
- Coma hiperosmolar
- Cetoacidose
- Hiperglicemia

Complicações crônicas:

- Retinopatia
- Neuropatia
- Pé diabético
- Nefropatia

Que tipo de tratamento faz para o diabetes?

- Dieta
- Dieta e antidiabéticos orais
- Dieta e insulina
- Dieta, antidiabético oral e insulina

Medicamentos que você toma:

Já participou de Grupo em Educação em Diabetes?

- Sim
- Não

Ano de participação _____

Tempo de participação _____

Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou na Unidade de Saúde devido ao diabetes?

_____.

Durante o último ano teve que recorrer a um serviço de urgência ou esteve internado(a) devido ao diabetes?

- Sim
- Não

Qual foi o motivo? _____

Quanto tempo/dias ficou internado _____

Avaliação clínica de especialistas nos últimos 12 meses:

- Cardiologista
- Oftalmologista
- Outro: _____

APÊNDICE D

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO E DOUTORADO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

Termo de participação voluntária na coleta de dados com as pessoas com Diabetes *Mellitus*

Título da pesquisa: Ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família que promovem a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*.

Pesquisadora Responsável: Claudete Moreschi

E-mail: clau_moreschi@yahoo.com.br

Local da realização da pesquisa: Domicílio das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas nas ESF de Lajeado/RS

Participantes envolvidos: pessoas com Diabetes *Mellitus* das ESF de Lajeado/RS.

DATA: ___/___/___

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária na etapa da coleta de dados com as pessoas com DM. Você auxiliará na aplicação de cinco questionários em uma amostra mínima de 295 pessoas com diabetes. Você participará, inicialmente, de uma capacitação de como aplicar os questionários. As primeiras coletas você receberá acompanhamento e auxílio da pesquisadora.

Além disso, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem nenhuma punição.

Nome do(a) participante voluntário: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ___ / ___ / ___

ASSINATURA DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL

Lajeado, _____ de _____ de _____

APÊNDICE E



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Lajeado
Secretaria da Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Lajeado, 26 de fevereiro de 2015

Prezados:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a execução do projeto de Pesquisa '*Ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família que promovem a qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus*', proposto por **Claudete Moreschi**, sob orientação da professora Claudete Rempel, vinculado ao curso de Doutorado em Ambiente e Desenvolvimento da Univates.

Atenciosamente,

GLADEMIR SCHWINGEL

Secretário de Saúde

Prefeitura Municipal de Lajeado
- SESA -
Glademir Schwingel
Secretário de Saúde

APÊNDICE F

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO E DOUTORADO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevistas com os profissionais de saúde

Título da pesquisa: Ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família que promovem a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*.

Pesquisadora Responsável: Claudete Moreschi

E-mail: clau_moreschi@yahoo.com.br

Local da realização da pesquisa: ESF de Lajeado/RS

Participantes envolvidos: Profissionais de saúde que trabalham em ESF e atua diretamente com as pessoas com Diabetes *Mellitus*.

DATA: ___ / ___ / ____

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Porém, antes de concordar e responder a entrevista é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Além disso, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito, sem que isso cause qualquer dificuldade para seu trabalho na ESF.

- **Objetivo geral:** Verificar as ações desenvolvidas pelas ESF para promover a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*.

- **Objetivos específicos:**

- Descrever as ações desenvolvidas pelas equipes das ESF para promover a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*.

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas em ESF.

- Analisar o conhecimento sobre a doença, as medidas de adesão ao tratamento e as atividades de autocuidado das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas em ESF.

- Avaliar a qualidade de vida das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas em ESF.

- **Procedimentos:** sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista (conversa), individual, gravada em gravador digital em que o pesquisador fará algumas perguntas. Caso você não desejar, sua vontade será respeitada. O dia e horário para realização da entrevista será marcado com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração da entrevista será conforme você desejar. A entrevista será realizada em uma sala da ESF, previamente reservada ou em algum local da sua escolha. O que você falar será digitado (transcrito) e será guardado por cinco anos, por determinação ética da pesquisa sob a responsabilidade da Profa. Dra. Claudete Rempel (orientadora desta pesquisa). Após este período, os dados (transcrições) serão destruídos. Somente os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso à gravação a qual será destruída logo após a sua digitação (transcrição). Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável, comprometidas em apresentar o relatório da pesquisa para o serviço substitutivo que você frequenta.

- **Benefícios:** para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a promoção de ações voltadas a melhorias da qualidade de vida das pessoas com diabetes, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

- **Riscos:** você, a princípio, não sofrerá riscos, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve para responder as questões da entrevista. Caso isto venha acontecer, poderei concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de ESF previamente combinado.

- **Sigilo:** ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados através da Tese de Doutorado, artigos científicos, publicações em eventos da área, bem como divulgação dos resultados aos profissionais e gestores dos serviços. Portanto, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores

responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento. A sua identificação será através da letra 'P', que é a inicial da palavra participante seguida de um número (P1, P2, P3...).

Este documento foi desenvolvido respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, revisado e aprovado pela Secretária de Saúde de Lajeado/RS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP), da UNIVATES.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa. O(A) pesquisador(a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNIVATES (Coep/Univates), que atende na sala 309 do Prédio 1 do câmpus Lajeado, localizado na avenida Avelino Tallini, 171, bairro Universitário, CEP 95.900-000, Lajeado – RS – Brasil. Fone (51) 3714-7000, ramal 5339. Endereço eletrônico: coep@univates.br.

Nome do(a) participante: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ___ / ___ / ___

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:

Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o(a) participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Univates – Coep, conforme descrito no item CONSENTIMENTO.

ASSINATURA DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL

Lajeado, _____ de _____ de _____

APÊNDICE G

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO E DOUTORADO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as pessoas com Diabetes *Mellitus*

Título da pesquisa: Ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família que promovem a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*.

Pesquisadora Responsável: Claudete Moreschi

E-mail: clau_moreschi@yahoo.com.br

Local da realização da pesquisa: ESF de Lajeado/RS

Participantes envolvidos: pessoas com Diabetes *Mellitus* das ESF de Lajeado/RS.

DATA: ___/___/___

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Porém, antes de concordar e responder a entrevista é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Além disso, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito, sem que isso cause qualquer dificuldade para seu trabalho na ESF.

- **Objetivo geral:** Verificar as ações desenvolvidas pelas ESF para promover a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*.

- **Objetivos específicos:**

- Descrever as ações desenvolvidas pelas equipes das ESF para promover a qualidade de vida de pessoas com Diabetes *Mellitus*.

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com diabetes *Mellitus* atendidas em ESF.

- Analisar o conhecimento sobre a doença, as medidas de adesão ao tratamento e as atividades de autocuidado das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas em ESF.

- Avaliar a qualidade de vida das pessoas com Diabetes *Mellitus* atendidas em ESF.

- **Procedimentos:** sua participação nesta pesquisa consistirá em responder cinco questionários, os quais serão aplicados no seu âmbito domiciliar pelos ACS. A pesquisadora realizará uma capacitação com os ACS e os acompanhará nas primeiras coletas. Após perceber que os ACS estão aptos para realização da aplicação dos questionários, os mesmos, realizarão as coletas, sozinhos. Caso você não desejar, sua vontade será respeitada. O dia e horário para aplicação dos questionários será marcado com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração será conforme você desejar. Os questionários serão guardados por cinco anos, por determinação ética da pesquisa sob a responsabilidade da Profa. Dra. Claudete Rempel (orientadora desta pesquisa). Após este período, os questionários serão destruídos. Somente os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso aos questionários. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável, comprometidas em apresentar o relatório da pesquisa para o serviço substitutivo que você frequenta.

- **Benefícios:** para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a promoção de ações voltadas a melhorias da qualidade de vida das pessoas com diabetes, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

- **Riscos:** você, a princípio, não sofrerá riscos, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve para responder os questionários. Caso isto venha acontecer, poderei concluir a entrevista e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de ESF previamente combinado.

- **Sigilo:** ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados através da Tese de Doutorado, artigos científicos, publicações em eventos da área, bem como divulgação dos resultados aos profissionais e gestores dos serviços. Portanto, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento.

Este documento foi desenvolvido respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, revisado e aprovado pela Secretária de Saúde de Lajeado/RS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos (COEP), da UNIVATES.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa. O(A) pesquisador(a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNIVATES (Coep/Univates), que atende na sala 309 do Prédio 1 do câmpus Lajeado, localizado na avenida Avelino Tallini, 171, bairro Universitário, CEP 95.900-000, Lajeado – RS – Brasil. Fone (51) 3714-7000, ramal 5339. Endereço eletrônico: coep@univates.br.

Nome do(a) participante: _____

ASSINATURA: _____

DATA: __ __ / __ __ / __ __

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:

Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o(a) participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Univates – Coep, conforme descrito no item CONSENTIMENTO.

ASSINATURA DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL

Lajeado, _____ de _____ de _____

ANEXO A

QUESTIONÁRIO WHOQOL-bref¹⁶

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar a alguma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Questão	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa- mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessitou nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular, por exemplo, o número 4 se você recebeu “muito” apoio, como no exemplo abaixo.

Questão	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa- mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

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

16 Versão abreviada do WHOQOL-100 desenvolvido pelo grupo Qualidade de Vida da OMS. A versão em português do questionário foi realizada no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1998, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (FLECK et al., 2000).

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

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

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

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

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

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

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

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

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas

	Questão	Nunca	Algumas vezes	Frequente mente	Muito frequente mente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!!!

ANEXO B - SINTAXE PARA DEFINIÇÃO DOS ESCORES

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<pre>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).</pre> <p>(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p>
Reverse 3 negatively phrased items	<pre>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)</pre> <p>(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
Compute domain scores	<pre>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.</pre> <p>(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in “MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p>
Transform scores to 0-100 scale	<pre>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</pre>
Delete cases with > 20% missing data	<pre>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)</pre> <p>(This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)</p> <pre>SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE</pre> <p>(This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p>

ANEXO C

MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)¹⁷ ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NO DIABETES¹⁸

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para o diabetes?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com o horário de tomada de medicamentos para o diabetes?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o diabetes por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o diabetes por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para o diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para o diabetes por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

¹⁷ Instrumento originalmente desenvolvido por Delgado e Lima (2001).

¹⁸ Instrumento adaptado às pessoas com DM por Faria (2008).

ANEXO D

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DIABETES KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE (DKN-A)¹⁹

INSTRUÇÕES: Este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre diabetes. Se você souber a resposta certa, faça um círculo em volta da letra na frente dela. Se você não souber a resposta, faça um círculo em volta da letra à frente de “**Não sei**”.

1. Na diabetes **SEM CONTROLE**, o açúcar no sangue é

- A – Normal
- B – Alto
- C – Baixo
- D – Não sei

2. Qual destas afirmações é **VERDADEIRA**?

- A – Não importa se a sua diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma.
- B – É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia
- C – O controle mal feito do diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde.
- D – Não sei

3. A faixa de variação **NORMAL** de glicose no sangue é de

- A – 70 – 110 mg/dl
- B – 70 – 140 mg/dl
- C – 50 – 200 mg/dl
- D – Não sei

4. A **MANTEIGA** é composta principalmente de

- A – Proteínas
- B – carboidratos
- C – Gordura
- D – Minerais e Vitaminas
- E – Não sei

5. O **ARROZ** é composto principalmente de

- A – Proteínas
- B – Carboidratos
- C – Gordura
- D – Minerais e vitaminas
- E – Não sei

6. A presença de **CETONAS NA URINA** é

- A – Um bom sinal
- B – Um mau sinal
- C – Encontrado normalmente em quem tem diabetes
- D – Não sei.

7. Quais das possíveis complicações abaixo **NÃO** estão geralmente associados à diabetes?

- A – Alterações na visão
- B – Alterações nos rins
- C – Alterações nos pulmões
- D – Não sei

¹⁹ Questionário traduzido em português por Torres, Hortale e Schall (2005).

8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma **TAXA ALTA DE AÇÚCAR NO SANGUE OU NA URINA**, assim como presença de cetonas, ela deve

A – Aumentar a insulina

B – Diminuir a insulina

C – Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta e fazer um exame de sangue e urina mais tarde

D – Não sei

9. **SE UMA PESSOA COM DIABETE** está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada

A – Ela deve parar de tomar insulina imediatamente

B – Ela deve continuar a tomar insulina

C – Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabete em vez da insulina

D – Não sei

10. Se você sente que a **HIPOGLICEMIA** está começando, você deve

A – Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente

B – Deitar-se ou beber algo doce

C – Comer ou beber algo doce imediatamente

D – Não sei

11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes **ALIMENTOS**:

A – Maçã

B – Alface e agrião

C – Carne

D – Mel

E – Não sei

12. A **HIPOGLICEMIA** é causada por

A – Excesso de insulina

B – Pouca insulina

C – Pouco exercício

D – Não sei

Para as próximas perguntas, haverá **2 RESPOSTAS CERTAS**. Marque-as

13. Um **QUILO** é

A – Uma unidade de peso

B – Igual a 1000 gramas

C – Uma unidade de energia

D – Um pouco mais que duas gramas

E – Não sei

14. Duas das seguintes substituições são **CORRETAS**

A – Um pão francês é **IGUAL** a quatro (4) biscoitos de água e sal

B – Uma ovo é **IGUAL** a uma porção de carne moída

C – Um copo de leite é **IGUAL** a um copo de suco de laranja

D – Uma sopa de macarrão é **IGUAL** a uma sopa de legumes

E – Não sei

15. Se eu não estiver com vontade de **COMER O PÃO FRANCÊS** permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso

A – Comer quatro (4) biscoitos de água e sal

B – Trocar por dois (2) pães de queijo médios

C – Comer uma fatia de queijo

D – Deixar para lá

E – Não sei

ANEXO E

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES- QAD	
1.1 ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ATIVIDADE FÍSICA	
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA	
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo enfermeiro ou médico?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. CUIDADOS COM OS PÉS	
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	0 1 2 3 4 5 6 7
6. MEDICAÇÃO	
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos):	0 1 2 3 4 5 6 7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0 1 2 3 4 5 6 7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
7. TABAGISMO	
7.1 Você fumou um cigarro -ainda que só uma tragada- durante os últimos SETE DIAS? (0)Não (1)Sim []	
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____	
7.3 Quando fumou o seu último cigarro? [] (0) Nunca fumou (1) Há mais de dois anos atrás (2) Um a dois anos atrás (3) Quatro a doze meses atrás (4) Um a três meses atrás (5) No último mês (6) Hoje	
O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo nº destes; os resultados (médias) são expressos em dias por semana.	

ANEXO F

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES

CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNIVATES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE PROMOVEM A QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Pesquisador: Claudete Moreschi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42472215.7.0000.5310

Instituição Proponente: Centro Universitário UNIVATES

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 997.286

Data da Relatoria: 20/03/2015

Apresentação do Projeto:

"O estudo será desenvolvido com as pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no SIAB/e-SUS no ano de 2014 e com os profissionais de saúde que trabalham com essa população no período que ocorrerá a coleta de dados."

O texto acima foi extraído do projeto apresentado ao Coep/Univates.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar as ações desenvolvidas pelos integrantes das ESFs para promover a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus.

Objetivo Secundário:

- Descrever as ações desenvolvidas pelos integrantes das equipes das ESFs para promover a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus;
- Identificar as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas em ESFs;
- Analisar o conhecimento sobre a doença, as medidas de adesão ao tratamento e as atividades de autocuidado das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas em ESFs;

- Avaliar a qualidade de vida das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas em ESFs.
- Comparar as ações desenvolvidas pelos integrantes das ESFs para promover a qualidade de vida das pessoas com DM com a percepção dessas pessoas acerca do que é feito pelas ESFs para promover sua qualidade de vida."

O texto acima foi extraído do projeto apresentado ao Coep/Univates.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previsíveis apresentados estão adequados a metodologia proposta na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem mérito, aborda um tema de interesse social e está bem delineada do ponto de vista ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados ao Coep/Univates os documentos previstos na Resolução 466/2012: folha de rosto, carta de anuência, TCLE, instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Salienta-se que a forma de recrutamento foi explicada na carta-resposta anexada ao projeto, mas essas informações devem ser inseridas também na plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi analisado pelo Coep/Univates conforme as diretrizes e normas descritas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Visando manter a ética do processo de avaliação, a coordenação do Coep/Univates não tem alterado o texto dos pareceristas-relatores no que se refere a gramática.