UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Francielle Silva Ferreira

**Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com Diabetes
mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de
Uberaba, 2007**

Ribeirão Preto
2008

Francielle Silva Ferreira

**Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com Diabetes
mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de
Uberaba, 2007**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos.

Ribeirão Preto
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Francielle Silva

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com Diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, 2007. Ribeirão Preto, 2008.

136 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Santos, Claudia Benedita.

1. Qualidade de vida. 2. Diabetes mellitus. 3. Promoção da Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Francielle Silva Ferreira

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com Diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, 2007

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais pelo apoio e incentivo à busca de novos conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar meus caminhos.

Aos meus pais por estarem sempre ao meu lado com exemplos de perseverança e fé.

À minha irmã Lucinere e ao meu sobrinho Pablo pelo carinho.

*Ao Roberto, meu namorado e companheiro, que muitas vezes abdicou de minha presença
para a finalização deste trabalho.*

*Aos meus avós, em especial à minha Vovó Delmute que partiu quando este trabalho estava
sendo concluído. Obrigada pelo apoio, incentivo e exemplos de perseverança.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Cláudia Benedita dos Santos, orientadora deste estudo, pela dedicação, conhecimento, ensinamento e incentivo, para que a realização deste se tornasse possível. Obrigada pela confiança e apoio durante esta caminhada!

À Professora Doutora Rosana Aparecida Spadoti Dantas pela valiosa contribuição e ensino.

À Professora Doutora Ana Emília Pace por contribuir na construção do meu conhecimento.

Ao Professor Doutor Pedro Fredemir Palha por colaborar com sua experiência na elaboração deste trabalho.

Ao Professor Doutor Vanderlei Haas pela valiosa atenção dada durante a discussão dos resultados.

À Professora Doutora Sybelle de Souza Castro Miranzi pela atenção, colaboração e por aceitar compor a banca avaliadora deste estudo.

Aos profissionais da Equipe de Saúde da Família, do município de Uberaba-MG, que não mediram esforços para colaborar com este estudo.

Aos indivíduos que participaram do desenvolvimento desta pesquisa, o meu muito obrigado por terem contribuído com a busca do meu objetivo e a construção do conhecimento.

Obrigada a todos!

***“O saber é a razão da existência do
homem na Terra, é a primeira e última
de suas tarefas”.
(Autor desconhecido)***

RESUMO

Ferreira, F. S. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com Diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, 2007.** 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.

Introdução: Atualmente, observa-se um aumento na incidência e prevalência de condições crônicas, como o diabetes mellitus (DM). Estudos mostram seu impacto negativo na Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos, visto que as alterações no estilo de vida, impostas pela condição, podem comprometer alguns aspectos relevantes da vida tais como convívio familiar, capacidade funcional, aspectos físicos e emocionais, vitalidade, entre outros. Conhecer o impacto do DM, sobre cada um destes aspectos, possibilita planejar e implementar ações de enfermagem voltadas às estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde, resultando na melhoria da QV. **Objetivos:** Descrever o perfil dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Uberaba, no período de março a junho de 2007, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas, e avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) destes indivíduos. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com 68 indivíduos adultos, portadores de DM, tipo 1 e 2, de ambos os sexos em acompanhamento por uma equipe da ESF, no município de Uberaba-MG, no período de março a junho de 2007. Os dados foram coletados por meio de um instrumento contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas e de outro para avaliação de QV, denominado Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF – 36), durante as visitas domiciliares. **Resultados:** Dentre os 68 entrevistados, 48 (70,6%) são do sexo feminino com igual porcentagem para indivíduos casados, 50% não exerciam atividade profissional e 25% realizavam apenas atividades referentes ao lar. A idade apresentou média de 57,1 anos e desvio-padrão de 10,9 anos. Em relação à escolaridade, 16 (23,5%) relataram não ter estudo e 23 (33,8%), de 1 a 3 anos de estudo, 54 (79,4%) possuíam outro problema de saúde, sendo que, destes, 46 (43,8%) relataram hipertensão arterial e 22 (21,0%), problemas cardiovasculares. No que se refere à glicemia, 38 (55,9%) apresentaram glicemia alterada. Em relação à consistência interna do SF-36, medida pela estatística alfa de Cronbach, as dimensões que apresentaram maiores valores para α foram: Capacidade Funcional ($\alpha = 0,90$), Aspectos Emocionais, Aspectos Físicos e Dor ($\alpha = 0,89$) e Saúde Mental ($\alpha = 0,77$). Em três dimensões esta foi inferior a 0,70: Estado Geral de Saúde ($\alpha = 0,66$), Vitalidade ($\alpha = 0,62$) e Aspectos Sociais ($\alpha = 0,42$). Em relação à avaliação da QVRS dos indivíduos com DM, as dimensões que apresentaram maiores escores médios foram: Aspectos Sociais (63,8), Dor (53,0) e Estado Geral de Saúde (51,1). Já as que obtiveram menores escores médios foram: Saúde Mental (49,9), Vitalidade (48,6), Capacidade Funcional (48,2), Aspectos Emocionais (46,6) e Aspectos Físicos (38,6). **Discussão:** Os resultados obtidos neste estudo mostraram um impacto negativo do DM, na QVRS dos indivíduos que participaram das entrevistas, perceptível pelos escores médios obtidos em cada dimensão do SF-36. Ressalta-se a importância das ações de promoção da saúde voltadas a este grupo de indivíduos, de forma a capacitá-lo a escolhas saudáveis em seu cotidiano, com vistas à melhoria das condições de saúde. Além da necessidade de repensar as ações de saúde, direcionadas aos indivíduos com DM, há a necessidade do levantamento das reais necessidades de saúde de tal grupo.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Diabetes mellitus. Promoção da saúde.

SUMMARY

Ferreira, F.S. **Health-related quality of life of individuals with Diabetes mellitus seen by a 'Family Health Team of Uberaba city, 2007.** 136 f. (Dissertação Mestrado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.

INTRODUCTION: Nowadays, it can be observed an increase of incidence and prevalence of chronic conditions, as diabetes mellitus (DM). Studies show its negative impact on the Quality of Life (QV) of individuals, whereas the alterations in lifestyle imposed by its condition can compromise some relevant aspects of life such as: family life, functional capacity, physical and emotional aspects, vitality, among others. Knowing the impact of diabetes mellitus on each of these aspects makes it possible to plan and implement nursing actions towards the prevention strategies, promotion and recovery of health, leading to improved quality of life (QV). **OBJECTIVES:** To describe the profile of individuals with diabetes mellitus seen by a Strategy Family Health (ESF) of Uberaba city, from March to June of 2007, according to social-demographic and clinic variables and to evaluate the Quality of Life Related to Health (QVRS) related to these individuals. **METHODOLOGY:** Cross-sectional study done with 68 adult individuals, having DM, type 1 and 2, both sexes, followed up by a team of ESF in Uberaba city-MG, from March to June of 2007. The data were collected through an instrument containing the socialdemographic and clinic variables and through another one for QV evaluation, called Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36), during home visits. **RESULTS:** Of the 68 interviewed, 48 (70.6%) are feminine sex with same percentage for married individuals, 50% did not have any professional activity and 25% only performed household chores. The age showed average of 57.1 years old and standard deviation of 10.9 years. Regarding education, 16 (23.5%) reported not having education and 23 (33.8%) of 1 to 3 years of education, 54 (79.4%) had another health problem, 46 of which (43.8%) reported hypertension and 22 (21.0%) cardiovascular problems. Regarding to glycemy, 38 (55.9%) showed altered glycemy. Regarding to SF-36 internal consistency, measured by α Cronbach statistic, the measurements that showed higher values to α were: Functional Capacity ($\alpha=0.90$), Emotional Aspects, Physical Aspects and Pain ($\alpha=0.89$) and Mental Health ($\alpha=0.77$). In three measurements, this was inferior to 0.70: General State of Health ($\alpha=0.66$), Vitality ($\alpha=0.62$) and Social Aspects ($\alpha=0.42$). Regarding to QVRS evaluation of individuals with DM, the measurements that showed higher average scores were: Social Aspects (63.8), Pain (53.0) and General State of Health (51.1). On the other hand, those who showed lower average scores were: Mental Health (49.9), Vitality (48.6), Functional Capacity (48.2), Emotional Aspects (46.6) and Physical Aspects (38.6). **DISCUSSION:** The results obtained in this study showed a negative impact of DM on QVRS of patients who participated in the interviews, which can be seen through average scores obtained from each SF-36 measurement. It is highlighted the importance of health promotion actions towards this group of patients in order to enable them to make healthy choices in every day life, leading to improved health conditions. Besides the necessity of reconsidering the health actions towards individuals with DM, there is the necessity of setting up the real health necessities of such group.

Key-words: Health-related quality of life. Diabetes mellitus. Health Promotion.

RESUMEN

Ferreira, F.S. **Calidad y vida relacionada a la salud de las personas con Diabetes Mellitus atendidos por un equipo de la comarca de Uberaba, 2007.** 136 f. (Dissertação Mestrado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.

Introducción : Actualmente, se observa um aumento em la incidencia y permanencia de las condiciones crónicas, como la diabetes mellitus (DM). Estudos muestran su impacto negativo em la Calidad de Vida (QV-Qualidade de Vida) de las personas, viéndose que las alteraciones em el estilo de vida impuestas por la condición , pueden comprometer algunos de los aspectos relevantes de la vida tales como el convivir familiar, capacidad funcional, aspectos físicos y emocionales, vitalidad, entre otros. Conocer el impacto de la DM sobre cada uno de estos aspectos, nos permite planear y ejecutar acciones de enfermería volcadas a estrategias de prevención, renovación y recuperación de la salud, resultando em la mejoría de la calidad de vida QV. **Objetivos:** Describir el perfil de las personas con diabetes mellitus atendidos por el equipo de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) de la comarca de Uberaba, em el periodo de marzo a junio de 2007, según las variables sociodemográficas y clínicas para poder determinar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (QVRS) de éstos personas. **Metodología:** Estudio transversal realizado con 68 individuos adultos portadores de diabétes mellitus, tipo 1 y 2, tanto femenino como masculino por un equipo de la ESF em la comarca de Uberaba-MG, em el periodo de marzo a junio de 2007. Los datos fueron recogidos por un instrumento conteniendo las variables socio-demográficas y clínicas,también de otros para determinar la QV, denominado Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF – 36), durante las visitas a domicilio. **Resultados:** Entre los 68 entrevistados, 48 (70,6%) son del sexo femenino con igual porcentaje para individuos casados, 50% no ejercían trabajos profesionales y el 25% realizaban apenas trabajos em sus hogares. La edad presentó un promedio de 57,1 años y un desvío-patrón de 10,9 años. Em relación a la esolaridad, 16(23,5%) relataron que no tenían estudio y 23 (33,8%) de 1 a 3 años de estudio, 54 (79,4%) tenían otro problema de salud, siendo que de éstos 46(43,8%) relataron tener hipertensión arterial y 22 (21%) problemas cardiovasculares. Lo que se refiere a la glucemia, 38 (55,9%) presentaron glucemia alterada. Em relación a la consistencia interna del SF-36, medida por la estadística alfa de Cronbach las dimensiones que presentaron mayores valores para α fueron: Capacidad Funcional ($\alpha=0,90$), Aspectos Emocionales, Aspectos Físicos y Dolor ($\alpha=0,89$) y Salud Mental ($\alpha=0,77$). Em tres dimensiones ésta fué inferior a 0,70: Estado General de la Salud ($\alpha=0,66$), Vitalidad ($\alpha=0,62$) y Aspectos Sociales ($\alpha=0,42$). Em relación a los datos de la QVRS de las personas con DM, las dimensiones que presentaron valores mayores medios fueron: Aspectos Sociales (68,8), Dolor (53) y Estado General de Salud (51,1), Ya las que obtuvieron menores valores medios fueron: Salud Mental (49,9), Vitalidad (48,6), Capacidad Funcional (48,2), Aspectos emocionales (46,6) y Aspectos físicos (38,6). **Discusión:** Los resultados obtenidos em este estudio mostraron un impacto negativo de la DM em la QVRS de las personas que participaron de las entrevistas, es perceptible em los valores medios obtenidos em cada dimensión del SF-36. Es resaltada la importancia de las acciones de renovación de la salud volcadas a éste grupo de personas, y de esta forma poder capacitarlos a saber elegir mas saludablemente su día a día, y futuramente mejorar sus condiciones de salud. Además de la necesidad de repensar las acciones de la salud, hacia l las personas con DM, hay una necesidad em el levantamiento de las reales necesidades de la salud de este grupo.

Palabras llave: Calidad de Vida Relacionada a la Salud. Diabetes mellitus. Renovación de la Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Instrumentos de mensuração de QV específicos para o diabetes.....	40
Quadro 2 - Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde segundo Teixeira, 2001.....	49
Quadro 3 – Abrangência dos Serviços de saúde por Distritos Sanitários.....	62
Quadro 4 – Consolidado do Programa Hiperdia distribuído por patologias.....	64
Quadro 5 - Classificação da pressão arterial, de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos) – V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).....	83
Figura 1 - Amplitude e quartis padronizados dos escores obtidos em cada uma das dimensões do SF-36, entre indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007.....	88

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas. Uberaba-MG, 2007.....70
- Tabela 2** - Valores médios, respectivos desvios-padrão, mínimo, máximo, e quartis das variáveis sociodemográficas dos 68 indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007.72
- Tabela 3** - Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo anos de estudo. Uberaba-MG, 2007.....73
- Tabela 4** - Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo variáveis clínicas. Uberaba-MG, 2007.....74
- Tabela 5** - Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo variáveis clínicas. Uberaba-MG, 2007.....78
- Tabela 6** - Valores médios, respectivos desvios-padrão, mínimo, máximo e quartis das variáveis clínicas dos 68 indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007.....80
- Tabela 7** - Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo a glicemia (mg/dl). Uberaba-MG, 2007.....84
- Tabela 8** - Valores padronizados médios, respectivos desvios-padrão, intervalo obtido, quartis e valores de alfa de Cronbach das dimensões do SF-36 entre os indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007.....86
- Tabela 9** - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Sociais do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.....89

Tabela 10 - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Dor do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.....	90
Tabela 11 - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Estado Geral de Saúde do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.....	91
Tabela 12 - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Saúde Mental do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.....	93
Tabela 13 - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Vitalidade do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.....	94
Tabela 14 – Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Capacidade Funcional do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.....	96
Tabela 15 - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Emocionais do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.....	98
Tabela 16 - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Físicos do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.....	99
Tabela 17 – Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo a classificação de sua saúde atual. Uberaba-MG, 2007.....	100

LISTA DE SIGLAS

ADDQOL	<i>Audit of Diabetes Dependent QoL</i>
AE	Aspectos Emocionais
AEI	Amputação de extremidades inferiores
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
CF	Capacidade Física
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DALY	<i>Disability Adjusted Life of Years</i>
DM	Diabetes mellitus
DP	Desvio-padrão
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EGS	Estado Geral de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GJA	Glicemia de Jejum Alterada
IMC	Índice de Massa Corporal
IQV	Índice de Qualidade de Vida
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PS	Promoção da saúde
PSN	Perfil de Saúde de Nottingham
QOLS	Escala de Qualidade de Vida de Flanagan

QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF-36	Medical Outcomes Study-36 – Item Short-Form Health
SMs	Salário mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
VIT	Vitalidade
VS	Vigilância da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDG	Tolerância Diminuída à Glicose
WHO	<i>World Health Organization</i>
YLL	<i>Years of Life Lost</i>
YLD	<i>Years Lived with Disability</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
1. OBJETO DO ESTUDO.....	20
1.1 Qualidade de vida: aspectos conceituais.....	21
1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	27
1.3 Aspectos gerais do Diabetes Mellitus.....	28
1.4 Instrumentos de mensuração de QV/QVRS.....	35
2. RELEVÂNCIA.....	43
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	44
3.1 Vigilância da Saúde.....	45
3.2 Promoção da Saúde.....	52
4. OBJETIVOS.....	58
5. METODOLOGIA.....	59
5.1 Tipo de estudo.....	60
5.2 Grupo de estudo.....	60
5.3 Período e local de coleta de dados.....	61
5.4 Variáveis de estudo.....	64
5.5 Forma de coleta de dados.....	65
5.5.1 Instrumento de coleta de dados.....	65
5.5.1.1 Escalas ou componentes de avaliação do SF-36.....	66
5.6 Desenvolvimento do estudo-piloto.....	67
5.7 Análise dos dados.....	67
5.8 Aspectos éticos.....	68
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	69
6.1 Perfil sociodemográfico da população.....	70
6.2 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com diabetes mellitus.....	85
7. CONCLUSÕES.....	103
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICES	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O interesse em realizar este estudo partiu da convivência diária, há três anos como enfermeira de uma equipe da Estratégia Saúde da Família no município de Uberaba/MG, junto aos indivíduos com diabetes mellitus que realizam acompanhamento contínuo das condições de saúde.

O diabetes mellitus é uma doença crônica que exige dos indivíduos além da adesão ao tratamento medicamentoso, a alteração do estilo de vida relacionada à dieta, à realização de atividades físicas, ao controle e ao acompanhamento contínuo e freqüente dos níveis glicêmicos. Por estes fatores, a adesão ao tratamento está dificultada e com isso as chances de se desenvolverem complicações aumentam consideravelmente. O diagnóstico do diabetes, a necessidade de tratamento e a presença de complicações advindas da doença podem ter impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos com diabetes, a qual é de grande importância para a saúde das pessoas.

Como meio de promover a adesão ao tratamento pelos indivíduos, destacam-se as ações de educação em saúde que visam à promoção da saúde, à prevenção de complicações e conseqüentemente à melhoria da qualidade de vida.

O trabalho do enfermeiro da equipe de saúde da família, junto aos indivíduos com diabetes mellitus e à população que apresenta fatores de riscos para desenvolver a doença, é fundamental para a promoção da saúde, capacitando os indivíduos a fazer escolhas saudáveis na prevenção de complicações, pelo incentivo à adesão ao tratamento, resultando em melhor controle metabólico e reabilitação dos indivíduos, de modo que estes busquem pela melhoria do estado de saúde.

A atuação do enfermeiro deve estar embasada na realização de ações educativas, referentes à passagem de informações ao paciente relacionadas ao tratamento (cuidados com os pés, dieta, atividade física, etc.), procurando auxiliá-los a se sentirem

responsáveis e capazes de cuidar de si mesmos e um último fator relacionado ao treinamento e à capacitação da equipe para a prestação de uma assistência de qualidade.

A partir de então, observei a necessidade e importância de conhecer os aspectos negativos, bem como os positivos, relacionados ao cotidiano dos indivíduos com diabetes mellitus acompanhados por uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Uberaba-MG, para planejar e implementar ações de saúde direcionadas a este grupo de indivíduos, visando a melhoria da qualidade de vida destes.

1 OBJETO DO ESTUDO

1.1 Qualidade de vida: aspectos conceituais

Ao longo da história, o conceito de qualidade de vida (QV) tem sido destinado a diversas áreas como a sociologia, economia, política, psicologia e saúde, que atribuem ao termo múltiplos significados relacionados ao conhecimento e aos valores individuais ou coletivos divergentes em diferentes épocas, locais e histórias (HOLMES, 2005; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Inicialmente QV era considerada como oportunidade de aquisição de bens materiais, posteriormente foi apresentada como forma de avaliação do desenvolvimento econômico de determinada sociedade e, mais tarde, como medida de desenvolvimento social (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

O termo qualidade de vida foi mencionado, pela primeira vez, por Pigou¹ (1920 apud WOOD-DAUPHINEE, 1999), em um livro sobre economia e bem-estar onde o autor trouxe questões tais como o suporte governamental às classes mais baixas e o impacto deste na vida dessas pessoas e sobre a questão financeira do Estado. Desde então só foi retomado após a Segunda Guerra Mundial (WOOD-DAUPHINEE, 1999), tornando-se importante constructo para se avaliar o padrão de vida da população.

Com interesse das Nações Unidas em avaliar as condições de vida de comunidades diversas e distintas, observou-se a utilização do termo qualidade de vida em discursos de cunho científico e político, desde a década de 1960 (MACIEL, 2006).

¹ PIGOU (WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal Clinincal Epidemiology*, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.

Em 1964, o termo foi utilizado por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, despertando assim o interesse de cientistas sociais, filósofos e políticos e levando a um movimento que vai além de parâmetros como diminuição das taxas de mortalidade, buscando uma valorização para parâmetros mais amplos (FLECK, 1999a).

Apesar do crescente interesse sobre o tema nos dias atuais, ainda não houve um consenso entre os pesquisadores sobre a definição do termo QV.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Grupo de Qualidade de Vida (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1403), define o termo qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Outros autores, Martins, França e Kimura (1996), relatam que “a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual”.

Para Souza et al. (1997), o conceito de qualidade de vida “depende de todo um contexto de vida pessoal, relacionando-se também a fatores como sexo, idade, inserção social, padrão cultural, entre outros”.

Kimura (1999, p. 3) relata ainda que:

qualidade de vida é um conceito multidimensional e embora haja controvérsias sobre o real significado dessa expressão, há concordância entre os autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à situação econômica, centradas na avaliação subjetiva dos indivíduos. Assim, a qualidade de vida apresenta-se como um constructo multifatorial, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde.

Qualidade de vida, para Minayo, Hartz e Buss (2000), é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaços e histórias diferentes.

A relação da noção de QV com o individual tem três fóruns de referência: o primeiro é o histórico, ou seja, o parâmetro de qualidade de vida em uma determinada sociedade hoje é diferente daquele considerado em outra época; o segundo é o cultural que se caracteriza pelos valores e tradições de cada civilização e o terceiro se refere à estratificação ou classes sociais, onde, nas sociedades em que as desigualdades são muito fortes, as concepções de qualidade de vida também são estratificadas (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

De acordo com Lentz (2000, p. 7),

qualidade de vida é uma dimensão complexa para ser definida e sua conceituação, ponderação e valorização vêm sofrendo uma evolução, que por certo acompanha a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças.

Para Velarde-Jurado e Figueroa (2002, p. 350),

em sua concepção mais ampla, a qualidade de vida recebe influência de fatores como, por exemplo, habitação, acesso a serviços públicos, informações, urbanização, criminalidade, poluição do ambiente e outros que compõem o entorno social e que influenciam o desenvolvimento humano de uma comunidade.

De acordo com Holmes et al. (2005), sociólogos têm incluído no conceito de QV fatores como: *status* socioeconômico, interesses financeiros, metas pessoais, emprego e suporte social, e em algumas conceitualizações incluem bem-estar, felicidade/ satisfação com a vida espiritual, focando na fé em determinada religião e em Deus. A dificuldade está centrada em identificar o que constitui felicidade e/ou satisfação com a vida,

reconhecendo as diferenças que existem em diferentes culturas em termos de expectativas e aceitação individual comum.

Embora a definição do termo qualidade de vida não seja um consenso entre pesquisadores e estudiosos, um grupo de *experts* de culturas diferentes aponta três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas como, por exemplo, a mobilidade e negativas exemplificadas pela dor (FLECK, 1999a).

Para alguns pesquisadores, mesmo na ausência de uma definição universal para o termo qualidade de vida em qualquer lugar do mundo, as pessoas são familiarizadas com o termo e entendem o que ele compreende (FAYERS; MACHIN, 2000).

O significado de qualidade de vida considerado pelo mundo ocidental está próximo de ser utilizado em todo o planeta e envolve valores como: conforto, boa alimentação, bens materiais e tecnologias e valores não materiais como: amor, liberdade e felicidade, e o desemprego, violência e exclusão social são fatores de negação da qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; FAYERS; MACHIN, 2000).

Em relação à sua mensuração, Katsching² (apud FLECK, 1999a), ao citar, relata que “a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos indivíduos que tinham sua sobrevivência aumentada com os tratamentos propostos, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar “anos à vida”, era deixada de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos”.

Pesquisadores como Rocha et al. (2000) observaram que conceituar QV é um desafio contínuo e que medi-la assume contornos ainda mais pretensiosos, sendo que a

² KATSCHING H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Current Opinion in Psychiatry; v.10, p. 337-345, 1997.

viabilidade da vida exige o mínimo de qualidade e que esta é de estilo cultural, mais que tecnológico; artístico, mais que produtivo; sábio, mais que científico.

As formas de avaliação da QV passaram de objetivas para subjetivas englobando a percepção das pessoas em relação às suas vidas e não se restringindo ao desenvolvimento socioeconômico (PASCHOAL, 2004).

Na avaliação de qualidade de vida, tem-se um crescente olhar para o enfoque dos determinantes sociais de condição de vida e desenvolvimento, devido a mudanças no conceito saúde-doença (ROCHA et al., 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

Gill e Feinstein (1994) relatam que o crescimento da mensuração de QV, acompanhado desde a década de 1970, é comparável à diferença entre uma pequena indústria e uma grande empresa. Concomitantemente a este crescimento, se dá o desenvolvimento de instrumentos de mensuração de qualidade de vida. Estes têm se tornado mais complexos e estão agora caracterizados com multiplicidade de tempo consumido para preenchimento e intenso trabalho tal como seleção de itens, redução de itens, pré-teste e avaliação quantitativa de reprodutividade e validade.

A maioria dos instrumentos de mensuração de QV tem sido desenvolvida nos Estados Unidos e Inglaterra, e eles diferem em sua forma de aplicação, extensão e conteúdo (KIMURA, 1999).

Uma análise da literatura realizada por Seidl e Zannon (2004) revela que os instrumentos mais usados para avaliar qualidade de vida são os questionários, sendo os métodos de aplicação mais frequentes a auto-aplicação e a entrevista, e que respostas dadas por outros respondentes, que não fosse pelo paciente, mostraram diferenças relevantes, quando comparados com escores dos próprios indivíduos.

Existem dois tipos de campos de aplicação de medidas de qualidade de vida. Tais medidas podem ser classificadas em: **genéricas** destinadas para uso geral de base

populacional, independentemente da doença ou condição do paciente, bem como para indivíduos saudáveis e **específicas**, que são destinadas ao estudo da qualidade de vida de indivíduos, doentes ou com agravos, e/ou submetidos a intervenções médicas (FAYERS; MACHIN, 2000).

Fayers e Machin (2000) citam diversos instrumentos genéricos e específicos. Dentre os genéricos: o WHOQOL (FLECK, 1999a; WHOQOL, 1998) que foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original e para isso foram selecionados centros, de forma a incluir países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros, o Sickness Impact Profile (SIP) (GILSON, 1979), o Nottingham Health Profile (NHP) (HUNT et al., 1980; TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004), o Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) (CICONELLI et al., 1999; WARE et al., 1986), e o EuroQol (EQ-5D) (BADIA; ROSSET; HERDMAN, 1999); já dentre os específicos: o European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 (GROENVOLD; KLEN; SPRANGERS, 1997), o EORTC Disease or Treatment-Specific Modules (SPRANGERS; BJORDA, et al., 1993) e o Quality of Life Epilepsy (QOLIE-89) (FAYERS; MACHIN, 2000; FLECK et al., 2000; STAVEM; BJORNAES; LOSSIUS, 1999).

O crescente interesse em ampliar os conhecimentos acerca da definição e mensuração de QV pode ser exemplificado pela edição do periódico “Quality of Life Research” na década de 1990 pela *International Society for of Life Research*, o qual reúne trabalhos científicos de diversas áreas do saber. As informações sobre QV têm sido utilizadas tanto para avaliar a eficácia de determinados tratamentos de doenças e agravos à saúde quanto para avaliar o impacto físico e psicossocial destes (SEIDL; ZANNON, 2004).

Frente ao exposto, concordamos com Kimura ao afirmar que, em relação ao conceito de QV, apesar de se ter certa compreensão do termo pela população, ele ainda é complexo, possui múltiplos significados, métodos diversos de avaliação além de permitir diferentes enfoques (KIMURA, 1999).

1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Fica claro, então, que QV pode ter diferentes significados para diferentes pessoas e diferentes áreas de aplicação. No contexto da avaliação de resultados de ensaios clínicos e da prática clínica, raramente o conceito de QV é utilizado em seu sentido mais amplo, interessando somente avaliar o impacto da doença ou do tratamento, em diferentes aspectos da vida. Essa abordagem pode incluir também consequências indiretamente relacionadas à doença, tais como desemprego ou dificuldades financeiras (FAYERS; MARCHIN, 2000; SMELTZER; BARE, 2005;).

Martins, França e Kimura (1996) observaram que a presença de doenças crônicas pode ter impacto negativo na QV dos indivíduos, em estudo realizado em São Paulo, onde os participantes apresentaram comprometimento de fatores que os mesmos consideram importantes para se ter QV, como capacidade física, no trabalho/estudo/atividades do lar e na auto-estima.

Para evitar ambigüidade e distinguir entre QV em seu senso mais amplo e a sua aplicação específica na medicina clínica e nos estudos clínicos, o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é freqüentemente utilizado (FAYERS; MARCHIN, 2000; SMELTZER; BARE, 2005;).

A avaliação de QVRS inclui aspectos como: saúde em geral, capacidade física, sintomas físicos, fatores emocionais, função cognitiva e bem-estar social (FAYERS; MARCHIN, 2000) e envolve aspectos diretamente associados às enfermidades ou às formas de tratamento. QVRS está mais precisamente voltada à avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligada ao impacto das condições de saúde do paciente sobre sua capacidade de viver plenamente (FLECK et al., 1999a).

O termo QVRS tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, inclui aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SAES, 1999).

Para Cleary, Wilson e Fowler (1995), QVRS refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para sua QV; para Guiteras e Bayés (1993), QVRS está relacionada ao valor subjetivo, dado pelo paciente a diversos aspectos da vida, relacionando-os ao próprio estado de saúde.

Patrick e Erickson (1993 apud EBRAHIM, 1995, p. 1384), destacam que QV é o “valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde”.

1.3 Aspectos gerais do Diabetes Mellitus

Neste tópico, destacaremos o diabetes mellitus (DM), no contexto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), bem como sua importância no quadro de morbimortalidade e como ele impacta a QV dos indivíduos com diabetes mellitus.

No final do século passado, especificamente a partir da década de 1960, o país passou por mudanças nas características das doenças que acometiam a população. Tais modificações ocorreram devido aos processos da Transição Demográfica, Epidemiológica e Nutricional pelos quais passa o mundo. O primeiro resultou na mudança do perfil de morbimortalidade que ocorreu devido o advento da urbanização, do acesso aos serviços de saúde e da alteração no modo de vida, o segundo desencadeou significativa queda das taxas de fecundidade e natalidade e expressivo aumento da expectativa de vida, já o terceiro resulta em aumento de sobrepeso e obesidade devido às alterações dos hábitos alimentares e sedentarismo (BRASIL, 2005; MALTA et al., 2006; SHRAMN et al., 2004).

Segundo padrões da OMS, estima-se que, em 2025, mais de 15% da população brasileira terá mais de 60 anos de vida, passando o Brasil de país considerado jovem a estruturalmente envelhecido (OMS, 1999).

Estas mudanças resultaram no aumento da prevalência das DCNTs que se caracterizam pelo longo período de duração e pela demanda contínua dos serviços de saúde, refletindo em aumento dos gastos do Ministério da Saúde destinados ao tratamento e controle destas doenças (MALTA et al., 2006).

A OMS (2003a) aborda o termo “condições crônicas” como agravos que perduram por anos ou décadas, necessitando para seu controle de cuidados contínuos. Abrange doenças transmissíveis como HIV/AIDS e não transmissíveis como doenças cardiovasculares, asma, câncer e diabetes. Embora, aparentemente, não evidenciem semelhança, envolvem ainda as incapacidades estruturais como amputações, perda total da visão, e agravos das articulações e distúrbios mentais como a depressão.

As dez causas que foram líderes de morte no Brasil, em 2004, segundo dados da OMS (2003a), foram: agravos cerebrovasculares (10,14%), infarto agudo do miocárdio

e doenças isquêmicas do coração (9,67%), agressões (5,39%), diabetes mellitus (4,38%), pneumonias (4,19%), acidentes de transporte (3,98%), doenças hipertensivas (3,94%), doenças pulmonares obstrutivas crônicas (3,37%), insuficiência cardíaca, complicação e doenças mal definidas do coração (3,07%) e cirrose e enfermidades não infecciosas do fígado (2,51%).

Entre as DCNTs destaca-se, no presente estudo, o diabetes mellitus definido como “síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações” e está entre as principais causas de morte, responsável por 27,1 mortes para cada 100 mil habitantes (OMS, 2006).

Dados do MS indicam que o número de indivíduos com DM está aumentando rapidamente. Observou-se, em pouco mais de uma década (1985-1998), que o número de indivíduos com DM no mundo aumentou de 30 milhões para 143 milhões. A estimativa é que, em 2030, esta cifra ultrapasse os 300 milhões. O Brasil é considerado o sexto país do mundo em número de pessoas com DM. Em 2006, o número destes era de seis milhões, acredita-se que, em 2010, esse número chegará a 10 milhões. Dentre os fatores que contribuem para esse aumento, destacam-se envelhecimento da população, hereditariedade, alimentação inadequada, obesidade e estilo de vida cada vez mais sedentário (BRASIL, 2001b, 2006a; WILD et al., 2004).

Estudo sobre a prevalência do diabetes mellitus, realizado entre 1986 e 1988, estimou uma prevalência de 7,6% na faixa etária de 30 a 69 anos (MALERBI; FRANCO, 1992).

A ocorrência de DM tem sido uma preocupação do Ministério da Saúde (MS), que, em 2001, realizou a Campanha Nacional visando a diagnosticar casos novos desta doença em pessoas com idade acima de 40 anos, e dos 22,1 milhões de adultos

participantes, 16% apresentaram glicemia alterada, sendo então orientados a realizar novo exame para confirmação do diagnóstico (TOSCANO, 2004).

Em seu estudo, os autores Wild et al. (2004) observaram que o DM é um problema de saúde que afeta a população mundial e que representa uma pesada carga econômica tanto para o indivíduo quanto para o país.

O DM representa um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares que constituem a principal causa de morbimortalidade da população brasileira. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e sociedade (BRASIL, 2001a).

Scheffel et al. (2004), comparando pessoas com DM tipo 2 com as não portadoras, informaram que os primeiros têm duas a quatro vezes mais propensões de morrer por doença cardíaca e quatro vezes mais chances de ter doença vascular periférica e acidente vascular cerebral.

As complicações crônicas do DM são classificadas como microvasculares – retinopatias (principal forma de cegueira irreversível no Brasil), nefropatia (também comum e devastadora) e neuropatia (é a complicação mais comum do DM que afeta o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico) – e macrovasculares – doença cardiovascular (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (BRASIL, 2006a).

O Hiperdia é um sistema de informação importante para se conhecer a magnitude da hipertensão arterial e diabetes mellitus na população brasileira, permitindo um melhor redirecionamento na forma de capacitação de profissionais para que estes estejam aptos a prestar assistência adequada em relação às condições crônicas e aos investimentos em tratamento dos casos existentes. No entanto tal estratégia não

garante a diminuição do aparecimento de casos novos, pois é uma forma de atenção prestada a indivíduos que procuram o serviço sem, contudo, realizar ações reais de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2002a).

Em busca realizada no *site* Datasus (BRASIL, 2008), o número de pessoas cadastradas com diabetes mellitus no Hiperdia, no Brasil, entre o início de 2002 e o fim do ano de 2004, correspondia a 1.003.883 pessoas, do início de 2002 ao final de 2007, este número passou para 1.672.798 pessoas com diabetes mellitus

O estudo de prevalência do DM demonstrou que aproximadamente 50% dos indivíduos desconhecem o diagnóstico, fazendo-o tardiamente (MALERBI; FRANCO, 1992). Esses fatos permitem observar que o diagnóstico tardio aumenta as chances de complicações resultantes desta patologia, não trazendo para o cenário nacional a sua verdadeira importância epidemiológica que permita um planejamento adequado às necessidades desta população (OMS, 1994). Algumas vezes o diagnóstico não é realizado, antes da manifestação de sinais de complicações (BRASIL, 2006a).

Litvoc e Brito (2004) destacam que o DM pode se manifestar, inicialmente, como angina, acidente vascular cerebral, neuropatias, nefropatias, entre outras, decorrentes de complicações em órgãos-alvo. Aproximadamente metade dos indivíduos com DM não apresenta sintomas ou os relaciona aos outros acometimentos normais do envelhecimento. No entanto, os efeitos da hiperglicemia, em estado não diabético, podem comprometer vasos e nervos, o que contribui para as complicações presentes no momento do diagnóstico.

Segundo dados da OMS (2003a) e da Federação Internacional de Diabetes, o DM está associado à redução da esperança de vida, morbidade significativa devido às especificidades microvasculares, aumento do risco de complicações macrovasculares e diminuição da qualidade de vida.

Para Modeneze (2004), o DM é um dos mais importantes problemas de saúde pública, pois com muita frequência está associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de envolver gastos financeiros em seu tratamento. Embora possa ser controlado, as próprias restrições que o tratamento impõe podem corresponder a uma alteração drástica no estilo de vida dos indivíduos (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Tais alterações, adoção de terapêutica medicamentosa, presença de complicações, entre outras, são alguns dos fatores relacionados ao DM que podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

Souza et al. (1997), ao avaliarem a QV de 46 indivíduos, verificaram que para 39 (84,8%) destes relataram que, de alguma forma, o DM trouxe alterações em sua QV, e os demais, sete (15,2%), não apresentaram nenhuma alteração. Quinze (38,5%) indivíduos referiram alterações nas áreas relacionadas ao trabalho, estudo e atividades do lar, 10 (25,6%) apontaram a Capacidade Física como a principal alteração.

Rubin e Peyrot (1999), em um estudo acerca da Qualidade de Vida e Diabetes verificaram que vários autores (ROSE et al., 1998; STEWART et al., 1994; VICKREY et al., 1994) constataram que indivíduos com DM possuem pior QV comparados à população geral, especialmente no que se refere à capacidade funcional e bem-estar e que estes referiram melhor QV, quando comparados a indivíduos portadores de múltiplas doenças crônicas.

Em estudo realizado por Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos em 2003, com 316 indivíduos com DM, avaliou-se a QV relacionada à presença de complicações crônicas. Os resultados demonstraram que a relação entre os domínios que avaliaram QV e a quantidade de complicações que acomete cada paciente diabético é

estatisticamente positiva, ou seja, quanto maior o número destas, advindas do DM, pior é sua avaliação quanto à QV.

Shramn et al. (2004), realizaram um estudo objetivando descrever os diferenciais epidemiológicos no Brasil e grandes regiões por meio do indicador DALY (Disability Adjusted Life of Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) que mede, concomitantemente, o impacto da mortalidade e morbidade que interferem na QV das pessoas. Mensura tanto os anos de perdidos seja por morte prematura (YLL - Years of Life Lost - Anos de Vida perdidos por morte prematura) ou incapacidade (YLD- Years Lived with Disability – Anos de vida vividos com incapacidade) relacionados a uma expectativa de vida alta, tendo como padrão o Japão.

Os autores encontraram uma prevalência de 59% para o grupo de doenças não-transmissíveis, com taxa referente ao YLD igual à 74,7%. Em relação ao DM, este ocupou a nona posição no *ranking* final do DALY, quinta e décima posição, respectivamente, para YLL e YLD (SHRAMN et al., 2004).

Estudo ocorrido no Japão examinou a associação entre diabetes mellitus e QVRS em uma comunidade rural, utilizando como instrumento o SF-36 (SAITO et al., 2006). Os autores encontraram influência do diabetes mellitus, nos indivíduos em tratamento, sobre a QVRS, principalmente como consequência da saúde física que estava relacionada ao tempo de diabetes mellitus.

Tapp et al. (2006), ao estudarem a associação entre metabolismo de glicose prejudicado e QV observaram gradual decréscimo desta relacionado ao nível de tolerância à glicose, evidentemente demonstrado pela dimensão física da escala. Ainda no estudo, encontraram que o diagnóstico do DM, realizado anteriormente, e a presença de complicações foram associados à redução da QV em cada dimensão.

Para se reduzir o impacto do DM na saúde da população é necessário que medidas preventivas sejam implementadas e direcionadas principalmente a pessoas que apresentem tolerância diminuída à glicose (TDG) e glicemia de jejum alterada (GJA). A prática de atividade física, a dietoterapia e o uso de antidiabéticos orais podem ser eficazes no tratamento (LYRA et al., 2006).

Frente ao exposto, ressalta-se a relevância de conhecer a percepção da QV de indivíduos com diabetes mellitus, para que se possam planejar e implementar as ações em saúde, em especial na atenção de enfermagem, voltada à prevenção, à promoção da saúde, ao tratamento e à reabilitação. No presente estudo, o enfoque é a qualidade de vida relacionada à saúde, uma vez que busca analisar os aspectos da QV dos indivíduos com diabetes mellitus mais comprometidos pela doença e pelo tratamento.

1.4 Instrumentos de mensuração de QV/QVRS

Como anteriormente mencionado, QV está relacionada a fatores como época e cultura. Cada sociedade tem características próprias como crenças, costumes, atitudes, comportamentos e hábitos sociais, o que torna difícil o desenvolvimento de instrumentos válidos para mensurar QV (CICONELLI, 1997).

A maioria dos instrumentos foi desenvolvida na Europa (FLECK, 2000), portanto para que sejam utilizados em culturas diferentes devem ser submetidos ao processo de tradução e, posteriormente, validados, isto dificulta seu uso em outras culturas (CICONELLI, 1997).

O levantamento dos instrumentos de mensuração de QV/QVRS foi realizado nos *sites* proqolid (www.proqolid.org) e mapi research (www.mapiresearch.fr) e nas bases

de dados PubMed, Scielo e Medline. Os descritores utilizados foram: *quality of life*; diabetes, diabetes mellitus, *Brazil*, *assessment*, *validity*, *questionnaires*, *instruments*, *languages and type of instruments*.

Utilizando tais descritores, foram encontrados 27 instrumentos genéricos (Apêndice D) e 10 instrumentos específicos para mensuração de QV para indivíduos com diabetes mellitus.

Instrumentos genéricos têm sido utilizados para mensurar QV de condições gerais ou específicas, sendo que estes são menos apropriados para medidas dentro de um tipo de doença e mais apropriados para comparação entre grupos com diferentes patologias (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Em relação aos genéricos no Brasil, a *World Health Organization* (WHO) desenvolveu um questionário de mensuração da qualidade de vida, o WHOQOL-100 o qual possui seis (06) domínios: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, os quais são avaliados por facetas, e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida, totalizando assim 100 questões (FLECK et al., 1999a).

O WHOQOL-bref, versão abreviada do WHOQOL-100, é composto por quatro (04) domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, 26 questões. Este instrumento já foi validado no Brasil, preenchendo os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste (FLECK, 2000; FLECK et al., 1999b).

Com o intuito de avaliar a atuação dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, ao mensurar a QV de idosos e a necessidade de adicionar facetas que avaliem de forma adequada a QV de tal população, desenvolveu-se o módulo OLD. Tal

módulo permite avaliar a interferência de intervenções sobre diversas alterações físicas e psiquiátricas decorrentes do envelhecimento (OMS, 2008).

Outro instrumento traduzido para o português e utilizado no Brasil, em estudo de mensuração de QV, é a versão adaptada da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (QOLS), desenvolvida pelo psicólogo John Flanagan, que primeiramente originou um instrumento com 15 itens distribuídos por 05 domínios: bem-estar físico e mental, relações com outras pessoas e atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação, usando uma escala de 05 pontos. Posteriormente foi sugerido o uso de uma escala de 07 pontos, variando de sete (completamente satisfeito) a um (completamente insatisfeito) (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003).

Flanagan acreditava que uma adaptação seria necessária para avaliar QV de pessoas com doenças crônicas, permitindo, então, em 1981 que Carol S. Burckhardt, enfermeira americana, realizasse a adaptação. Um total de 240 americanos com doenças crônicas foram questionados sobre o que consideravam mais importante para sua QV, a partir desse estudo foi adicionado à QOLS o item independência para realização de atividades. A versão adaptada foi validada e adaptada para o sueco, norueguês e chinês (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003). Hashimoto (1996) realizou a tradução do EQVF para a língua portuguesa e, posteriormente, Gonçalves (1999) verificou, em seu estudo com idosos, a boa confiabilidade do instrumento.

Um quinto instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers (1985), foi traduzido e validado, no Brasil, por Kimura (1999), a partir de um estudo delimitado na análise de sua validação interna, ou seja, da confiabilidade das medidas, ao ser traduzido e aplicado em nosso meio a uma amostra de 52 indivíduos egressos de Unidade de Terapia Intensiva, com

um tempo médio de administração de 30 minutos. O IQV é composto por 68 itens, distribuídos em duas partes, que medem o nível de satisfação e a importância atribuída pelo respondente a cada um dos itens. Cada parte corresponde a quatro domínios: 1. Saúde/funcionamento, 2. Socioeconômico, 3. Psicológico/espiritual e 4. Família.

O Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), escrito e desenvolvido em inglês, por Hunt et al., em 1980, e adaptado no Brasil por Teixeira-Salmela et al., (2004) também é um instrumento genérico desenvolvido para mensurar qualidade de vida de indivíduos portadores de doenças crônicas, o qual fornece medidas de saúde física, social e emocional. O instrumento contém 38 itens organizados em 06 categorias as quais englobam: nível de energia, dor, reações emocionais, sono, relações sociais e habilidades físicas. As respostas são caracterizadas como positivas (sim) e negativas (não), sendo atribuídos escores de um (1) e zero (0), respectivamente.

A versão adaptada para idosos e portadores de hemiplegia e doença de Parkinson foi analisada, segundo suas propriedades psicométricas, através da análise Rasch que buscou as possíveis limitações de seu uso em nosso meio. Os participantes do estudo foram compostos por 170 idosos assintomáticos, 15 indivíduos portadores da doença de Parkinson e 30 portadores de hemiplegia por Acidente Vascular Cerebral, estes com tempo de evolução superior a nove meses, com ausência de déficit de compreensão e capazes de deambular com ou sem o uso de órteses de auxílio (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004).

O PSN foi submetido ao processo de tradução e retrotradução e aplicado individualmente por examinadores treinados. Após a análise dos dados, concluiu-se que os itens apresentaram validade de constructo, pois apenas dois itens se classificaram como erráticos, mas houve problemas quanto à validade clínica por ser a escala muito fácil, não mensurando todo o contínuo de qualidade de vida e dividindo os indivíduos

somente em dois níveis de habilidade. Sendo assim, para se obterem informações úteis, será necessária a aplicação do PSN associado a uma avaliação funcional e/ou entrevista semi-estruturada (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004).

Segundo Ware et al. (1986), a história do desenvolvimento do Medical Outcomes Study-36 – Item Short-Form Health (SF-36), a origem de itens específicos e a lógica fundamentada na sua seleção estão resumidos, e o conteúdo e as características do SF-36 são comparados ao SF-20 Medical Outcomes Study short-form.

É um questionário multidimensional formado por 36 itens englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (04 itens), dor (02 itens), estado geral de saúde (05 itens), vitalidade (04 itens), aspectos sociais (02 itens), aspectos emocionais (03 itens) e saúde mental (05 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Foi traduzido e validado no Brasil por Ciconelli, et al. (1999).

Em estudo de revisão bibliográfica realizado por Dantas, Sawada e Malerbo (2003) acerca da temática “qualidade de vida” em quatro universidades públicas do Estado de São Paulo, foi observado que, dentre os instrumentos genéricos usados pelos pesquisadores, os mais utilizados foram o Medical Outcomes Study-36 – Item Short-Form Health e o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.

Em relação aos instrumentos de mensuração de QV específicos para o diabetes, nenhum dos 10 instrumentos específicos encontrados para mensuração da QV foi validado no Brasil.

No Quadro 1, estão descritas as características de cada instrumento específico para mensurar QV de indivíduos com diabetes.

Quadro 1 - Instrumentos de mensuração de QV específicos para o diabetes.

Instrumento		Autor	Local	Data	Nº ítems	Idioma	Forma de administração
<u>ADDQoL</u>	Audit of Diabetes Dependent QoL	BRADLEY C, TODD C, SYMONDS E, MARTIN A, PLOWRIGHT R	EUA	1999	13	Inglês	Auto-administrado
<u>ADS</u>	Appraisal of Diabetes Scale	CAREY MP, JORGENSEN, R.S., WEINSTOCK, R.S., SPRAFKIN, R.P., LANTINGA, L.J., CARNRIKE, C.L.M ET. AL.	EUA	1991	7	Inglês	Auto-administrado
<u>DCP</u>	Diabetes Health Profile	MEADOWS, K., STEEN, N., MACCOLL, E., ECCLES, M., SHIELDS, C., HEWISON, J., HUTCHINSON, A.	EUA	1996	32	Inglês	Auto-administrado
<u>Diabetes 39</u>	Diabetes 39	BOYER, J.G., EARP, J.A.	EUA	1997	39	Inglês	Auto-administrado Administrado por telefone
<u>DIMS</u>	Diabetes Impact Measurement Scales	HAMMOND, G.S., AOKI, T.T.	EUA	1992	44	Inglês	Auto-administrado
<u>DMH</u>	Diabetes Quality of life measure	GODDIJIN, B.H., MEADOWS, K., GROENIER, K., FESKENS, E., MEYBOOM-DE-JONG, B.	EUA	1996	46	Inglês	Auto-administrado
<u>DQLCTQ</u>	Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire	SHEN, W., J.G. KOTSANOS, W.J. HUSTER, S.D. MATHIAS, C.M. ANDREJASICH, D.L. PATRICK	EUA	1999	142	Inglês	Auto-administrado
<u>DQOL</u>	Diabetes Quality of Life	PARKERSON, G.R., CONNIS, R.T., BROADHEAD, W.E.	EUA	1993	46	Inglês	Entrevistador Auto-administrado
<u>DSQOLS</u>	Diabetes specific quality of life scale	BOTT, U., MUHLHAUSER,, OVERMANN, H., BERGER, M.	Alemanha	1998	45	Inglês	Auto-administrado
<u>WBQ</u>	Well-Being Enquiry for diabetics	MANNUCCI, E., RICCA, V., BARDINI, G., ROTELLA, C.M.	Itália	1996	50	Inglês	Auto-administrado

Um dos instrumentos específicos para mensurar QV em indivíduos com diabetes muito utilizado é o *Audit of Diabetes Dependent QoL* (ADDQOL) (Quadro 3). Com o

intuito de desenvolver um instrumento de mensuração da percepção do impacto do diabetes na qualidade de vida, a *British Diabetic Association* (BDA) e o *Research Unit of the Royal College of Physicians* (RCP) estabeleceram um grupo de trabalho para desenvolver o ADDQoL o qual vem com a proposta de avaliar os efeitos do diabetes e do seu tratamento na QV de indivíduos, incluindo aspectos da vida nos quais o diabetes pode afetar para melhor ou pior (BRADLEY et al, 1999).

Para o desenvolvimento do ADDQOL, o grupo se baseou nos instrumentos existentes, em informações de profissionais de saúde e de indivíduos com diabetes. Os dados foram analisados com o SPSS, ficando demonstradas consistência interna, evidência da validade e indicação de sua sensibilidade a alterações (BRADLEY et al, 1999).

O ADDQoL permite o paciente indicar os aspectos da vida que se aplicam a eles, assim como a importância de cada um deles na própria qualidade de vida e se o impacto do diabetes é positivo ou negativo (GÓMEZ, 2004).

Face à carência de instrumentos validados no Brasil, o que mais se aproxima de nossos objetivos é o Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey (SF-36) que é um instrumento genérico de mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, sendo então o instrumento escolhido para a realização desta pesquisa.

2 RELEVÂNCIA

O diabetes mellitus é uma DCNT que exige, para seu tratamento e controle, algumas alterações no estilo de vida dos indivíduos com DM. A própria condição, bem como tais mudanças, poderão comprometer alguns aspectos relevantes da vida tais como, convívio familiar, capacidade funcional, aspectos físicos e emocionais, vitalidade, entre outros, se os indivíduos não forem orientados, corretamente, quanto à doença e à necessidade de adesão ao tratamento medicamentoso, à dieta, à atividade física e a hábitos saudáveis de vida para obter melhor controle glicêmico e prevenir complicações. Sendo assim, conhecer o impacto do DM sobre cada um destes aspectos, possibilita planejar e implementar ações de enfermagem voltadas às estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Vigilância da saúde

Os enfoques desenvolvidos, no decorrer da história da Saúde Pública, foram evoluindo a partir da noção de “eliminação do inimigo” através da erradicação, seguindo para a noção de controle. Com o avanço do conhecimento no campo da bacteriologia e parasitologia, há uma associação das ações de erradicação com as de vigilância epidemiológica, a qual teve sua atuação ampliada a partir da década de 1950. Com o surgimento do conceito de risco e da busca pela identificação dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de doenças, surgem as necessidades de mudanças e reorganização das ações em saúde (TEIXEIRA, 2001).

Em 1987, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), há uma reavaliação da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista e do sanitarista ainda presentes no SUS. O primeiro, voltado para o modelo curativista, atende o paciente doente, fato que compromete a atenção que busca pela efetividade e equidade, voltada para o atendimento das necessidades reais de saúde. O segundo objetiva atender aos agravos específicos de saúde e populações com necessidades específicas, o que também compromete a atenção integral à saúde da população (TEIXEIRA, 2002).

Na década de 1980, objetivando reestruturar o Sistema Nacional de Saúde, acontece a Reforma Sanitária que pode ser conceituada como “um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde (SUS), constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social,

da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema” (MENDES, 1995).

A Reforma Sanitária destaca três aspectos fundamentais: o conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e propõe uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde, instituindo o SUS (MENDES, 1995).

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (nº8.080/90 e nº8.142/90) criam e regulamentam o Sistema Único de Saúde que se caracteriza por ser um sistema de saúde que ainda necessita de mudanças (MENDES, 1996).

A partir da década de 1990, é presenciada uma preocupação em reorganizar as práticas e ações de saúde em todos os níveis do sistema, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) 001/96 e 001/2002 que incentivam a descentralização das ações de saúde, como vigilância epidemiológica e a sanitária e a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além da gestão da atenção básica e plena do sistema (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

A implantação da Estratégia Saúde da Família ganhou impulso, a partir de 1996. A ESF vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, através dos seus principais objetivos que são: prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2000).

A expansão da ESF busca a equidade e a universalidade da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde, pois as equipes são implantadas, prioritariamente, em comunidades que antes não tinham acesso aos serviços de saúde (ALVES, 2005).

Essas equipes estão capacitadas para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade pela qual é responsável, através de visitas domiciliares, até o

acompanhamento de casos diagnosticados de doenças como: tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dentre outras, não tendo, assim, suas ações restritas à assistência curativa, mas buscando executar ações preventivas e de promoção da saúde (ALVES, 2005).

As discussões relacionadas ao modelo assistencial do SUS apontaram a importância da análise da situação de saúde da população relacionada às condições de vida e saúde, o que possibilitaria a reorganização das ações de saúde (TEIXEIRA, 2002).

A preocupação principal era reorganizar as formas de prestação de serviços com a proposta de “organização da oferta” ou “oferta programada”, ou seja, as ações de saúde deveriam ter como alicerce a real necessidade da população. No 3º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, o termo “vigilância à saúde” (VS) surge com duas formas de concepção: a primeira restrita, onde a VS é vista como resultante da integração entre vigilância sanitária e epidemiológica, não objetivando a reorganização das ações de saúde com intervenção nos determinantes de saúde da população, e a segunda de forma ampliada que traz consigo a possibilidade de reorganização do modelo de assistência à saúde, com atenção voltada à promoção, prevenção e recuperação da saúde (TEIXEIRA, COSTA, 2003).

Dando continuidade às discussões acerca da definição da VS, no 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, três vertentes foram descritas: Vigilância da Saúde como Análise de Situações de Saúde, Vigilância da Saúde como proposta de “integração” institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária e a Vigilância da Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias (PAIM, 2003; TEIXEIRA; COSTA, 2003).

Na primeira, Vigilância da Saúde como Análise de Situações de Saúde, não há incorporação de ações voltadas ao enfrentamento dos problemas de saúde da população (PAIM, 2003; TEIXEIRA; COSTA, 2003)..

Na segunda vertente, onde se tem a Vigilância da Saúde como proposta de “integração” institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária, as ações são direcionadas para o controle de epidemias e endemias (PAIM, 2003; TEIXEIRA; COSTA, 2003).

Já na terceira, Vigilância da Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias observa-se uma articulação dos diversos níveis de prevenção e de organização das ações de atenção à saúde, através do desenvolvimento de políticas intersetoriais e ações voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde da população. As características desta vertente são: intervenção sobre os problemas de saúde, considerando danos, riscos e/ou determinantes de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território concreto e intervenção sob forma de operações (PAIM, 2003; TEIXEIRA; COSTA, 2003).

Com o crescimento dos conhecimentos acerca dos determinantes envolvidos no processo saúde-doença, há modificações relacionadas ao objeto que passa a ser ampliado, enfocando os grupos e não as doenças (TEIXEIRA, 2002).

De acordo com Teixeira (2001), a Vigilância da Saúde propõe o envolvimento de diferentes sujeitos, ou seja, da população organizada, que vai para além do conjunto de profissionais de saúde; amplia o objeto de intervenção, envolvendo os determinantes sociais associados às condições de vida da população além dos determinantes clínico-epidemiológicos individuais e coletivos e não se limita em utilizar conhecimentos e

tecnologias médico-sanitárias, abordando as diferentes formas de comunicação para capacitar os diversos grupos populacionais para a promoção da saúde. O local privilegiado pelo Modelo médico-assistencial é o hospital, pelo sanitarista são as unidades de saúde, e o da VS ultrapassa o espaço dos sistemas de serviços de saúde e envolve setores e órgãos governamentais e não-governamentais. O Quadro 2, mostra as diferenças entre a Vigilância da Saúde e os modelos assistenciais vigentes.

Quadro 2 – Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde segundo Teixeira, 2001.

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de organização
Modelo médico-assistencial-privatista	Médico <ul style="list-style-type: none"> Especialização Complementariedade (paramédicos) 	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde
Modelo sanitarista	Sanitarista <ul style="list-style-type: none"> auxiliares 	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância de Saúde	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA, 2001, p. 75.

Para a construção e implementação das práticas da VS, é necessário que esta tenha como base três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade.

Como conceito de território, há duas correntes de pensamento, uma tem a conceituação delimitada pelos aspectos geopolíticos (território-solo), a outra baseada nas ações de VS caracteriza o território como um espaço em construção contínua que resulta de sujeitos sociais que se inter-relacionam social, econômica e politicamente. Segundo Mendes (1996), “o território-processo pode ser apreendido na sua dinâmica, por uma configuração gráfica interativa com os problemas que se distribuem, no território, segundo as condições de vida dos diferentes conjuntos sociais, isto é, por meio de mapas inteligentes”.

Os problemas de saúde são representados por condições de vida e saúde da população que divergem do que é instituído como normal, se distribuem de forma diferenciada pelo território e acometem indivíduos com condições de vida semelhantes, com tendência a ocupar um determinado espaço (MENDES, 1996). A partir do conhecimento acerca dos problemas de saúde da população, é possível planejar e programar ações que atuem sobre os problemas reais de saúde da população de determinado território (TEIXEIRA; PAIM; VILABÔAS, 1998).

A intersetorialidade se caracteriza através das ações articuladas intersetorialmente, na busca pela solução dos problemas de saúde, visto que ação não se completa com atuação de um setor único, mas sim de diversos setores (MENDES, 1996).

Mesmo após uma década da implantação da Estratégia Saúde da Família, o objetivo de alcançar a integralidade da atenção à saúde ainda não havia sido concretizado. Para isto observa-se a necessidade de mudanças tanto em âmbito político-

gerencial, como no organizacional e no técnico-assistencial, o que possibilitará a implementação da assistência voltada para a prevenção e promoção da saúde, intervindo diretamente nos determinantes de doença e/ou agravos à saúde da população e de diversos grupos sociais (TEIXEIRA, 2002).

Dessa forma, as ações de Vigilância da Saúde (VS) ganham importância, pois incluem o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e nutricional dirigidas a grupos de risco; a vigilância à saúde do trabalhador, considerando os locais de trabalho e os riscos ocupacionais; a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, e a reorientação das ações no âmbito da prevenção de riscos e de recuperação da saúde, desenvolvidas pela assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar (PAIM, 2003).

Pela ocorrência dos processos de Transição Demográfica, Epidemiológica e Nutricional e o aumento expressivo das DCNTs o Ministério da Saúde incluiu as ações de vigilância às estas. Por serem as doenças crônicas não-transmissíveis passíveis de prevenção a ação primordial da VS é o monitoramento dos fatores de risco que possibilita a programação e implementação das ações voltadas à prevenção (MALTA et al., 2006).

No ano de 2003 foi realizado o primeiro inquérito nacional para fatores de risco para DCNTs a partir do qual se estabeleceu uma linha de base. Diante do perfil epidemiológico, resultante deste inquérito, foi criada a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) com a função de criar e implantar a vigilância de DCNTs no SUS (BRASIL, 2005; MALTA et al., 2006).

A partir de então houve realização de eventos com vistas à capacitação de gestores e recursos humanos e indução da incorporação destas ações. As ações de vigilância das DCNTs permite conhecer o perfil das doenças na população pela sua

distribuição quanto à regiões, faixa etária, classe social dentre outras, sua magnitude e tendência, fundamentais para a implementação de ações preventivas (BRASIL, 2005; MALTA et al., 2006).

3.2 Promoção da Saúde

O tema qualidade de vida tem no conceito de Promoção da Saúde (PS) seu foco mais relevante, sendo que o mínimo estabelecido para se falar em qualidade de vida refere-se à satisfação das necessidades elementares do ser humano que são: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; e que desemprego, exclusão social e violência, são, de forma objetiva, a negação da qualidade de vida (BUSS, 2000).

O responsável por conceituar inicialmente a promoção da saúde foi Henry Sigerist, em 1945, ao definir: a promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação do doente e reabilitação como funções primordiais da medicina do século XX (CAMPOS, 2002).

Para Candeias (1997, p. 211),

a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde visa a provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente porém não exclusivamente, por meio da legislação.

A promoção da saúde “como todo campo em constituição” se caracteriza pela multiplicidade de significados e definições e ações direcionadas a diversas perspectivas constituídas por atores diferentes entre si, tanto pela formação quanto pela ideologia. Sua concepção tem sido ampliada, destacando a determinação dos inúmeros determinantes da saúde e considerando as características individuais bem como as

características ambientais, sócioeconômicas e culturais. Assim as ações relacionadas à PS “incluem os indivíduos, suas famílias, as condições de trabalho, renda, alimentação, estilo de vida, lazer e ações que decorrem da formulação de políticas públicas”, capacitando e permitindo aos indivíduos fazer escolhas saudáveis (PEDROSA, 2004).

Esta nova concepção da PS, como política de governo, tem seu marco inicial com o Relatório Lalonde, em 1974, elaborado pelo então ministro do Canadá que questiona os altos gastos com assistência curativa às doenças crônicas ao lado dos resultados pouco significativos. O informe foi precursor do *slogan* “Saúde para todos no ano 2000” resultante da Assembléia Mundial de Saúde realizada em 1977, e se fundamenta nos considerados determinantes de saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e forma de organização da assistência à saúde e conclui, que para se ter resultados promissores, é preciso atuar nas origens dos problemas (BUSS, 2000; PEDROSA, 2004).

A partir de então vários momentos importantes para a ampliação do conceito da PS como campo de saber e de intervenção foram acontecendo como a 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em Alma Ata no ano de 1978, onde a saúde é reconhecida como direito de todos, e a melhor forma de atuação em saúde é intersetorial (BUSS, 2000).

As bases conceituais da promoção da saúde surgiram a partir de quatro Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. Na primeira que aconteceu em Ottawa (1986), participaram 38 países, foi elaborada a Carta de Ottawa que definiu saúde como:

o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (BUSS, 2000; p. 170).

A Carta de Ottawa apresenta como estratégias fundamentais para a promoção da saúde: a defesa da saúde, buscando o fortalecimento dos fatores favoráveis a ela; capacitação, para que cada indivíduo alcance a melhor condição de saúde e tenha igualdade de acesso aos meios convenientes a isso e mediação entre os diferentes interesses na saúde (ADRIANO et al., 2000).

No que se refere aos campos de ação, cinco áreas são contempladas: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento das habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde (ADRIANO et al. 2000; BUSS, 2003).

Prosseguindo as discussões acerca da promoção da saúde, tendo como referência as orientações contidas na Carta de Ottawa, aconteceu a 2ª Conferência Internacional em Adelaide, abordando como tema central as políticas públicas saudáveis que trazem como preocupação e interesse de maior importância a saúde e a equidade no âmbito das demais políticas públicas, bem como a responsabilidade pelo impacto destas na saúde da população. Como campo de ação para as políticas públicas saudáveis, a Conferência de Adelaide apontou o apoio à saúde da mulher; a alimentação e nutrição; o tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis (BUSS, 2000; 2003).

A 3ª Conferência Internacional sobre PS aconteceu em Sundswall (1991), sendo a primeira a tratar da interdependência entre saúde e ambiente, enfocando os seguintes aspectos para um ambiente saudável e favorável à promoção da saúde: dimensão social, política, econômica e cultural (BUSS, 2000).

A 4ª Conferência Internacional que ocorreu em Jacarta (1997), diferentemente das demais, foi realizada em um país em desenvolvimento e atualizou a discussão referente ao reforço da ação comunitária enfatizando

o surgimento de novos determinantes de saúde, destacando os fatores transnacionais: a integração da economia global, os mercados

financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação, assim como a continuação da degradação ambiental, apesar de todos os alertas internacionais feitos sobre este tema em particular (BUSS, 2003, p. 31).

Em Jacarta são demarcados como campos para PS: promover a responsabilidade social com a saúde, aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diversos setores em todos os níveis do governo e da sociedade, aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos e assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde (BUSS, 2003).

As discussões sobre a conceituação e as políticas de PS ocorridas nas conferências internacionais representam um desafio para os profissionais que atuam na promoção da saúde.

A PS voltada para sua extensão social se norteia em princípios de participação da população nos serviços de saúde, em suas diferentes formas de organização. Nos dias atuais, o conceito de PS ainda não está claro e bem definido para os profissionais de saúde que, muitas vezes, o define como práticas de prevenção a agravos e/ou ações de educação em saúde.

Para Mello (2000, p. 1149)

a promoção da saúde, em seus aspectos ideológicos, é um empreendimento de natureza holística que, conectado a dinâmicas de transformação social, demanda estratégias articuladas às necessidades sentidas, percebidas e desejadas pela população.

Para Buss (2000), promover saúde tem um significado além do fato de prevenir doenças e aumentar os anos de vida, é garantir condições que proporcionem o desenvolvimento de capacidades pelos indivíduos para optar por uma vida saudável e aumentarem o seu padrão de bem-estar.

O campo da PS tem como base a intersetorialidade e a busca pela participação popular, contemplando três níveis de institucionalização “os pressupostos e princípios

teóricos orientadores de políticas nacionais de saúde, a presença de organizações e serviços produtores de ações organizadas em programas e projetos de promoção da saúde e ações específicas da sociedade” (PEDROSA, 2004, p. 619).

A promoção da saúde tem como precursores a medicina social, a saúde pública e a saúde coletiva que originam amplos espaços de atuação envolvendo famílias, grupos, comunidades e países, bem como do objeto e da ciência relacionados às ações de saúde que promovem a participação da comunidade, de forma a desenvolver sua autonomia. Suas ações antecedem à doença, não demandam tecnologia complexa e têm como principal ferramenta a educação em saúde, possibilitando aos indivíduos um maior número de informação. A PS repercute para além dos serviços de saúde, buscando por modificações na elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis (PEDROSA, 2004).

O estado de saúde da população é reflexo do estilo de vida adotado pelas pessoas e “a promoção da saúde pode ser definida como aquelas atividades que auxiliam os indivíduos no desenvolvimento de recursos que manterão ou estimularão o bem-estar e melhorarão sua qualidade de vida” (SMELTZER; BARE, 2005, p. 57).

A PS está fundamentada em princípios como: auto-responsabilidade, alimentação saudável, diminuição do estresse e adesão às práticas de atividade física, capacitando o indivíduo a fazer escolhas que aumentem seu bem-estar, objetivando a promoção ou manutenção de sua saúde (SMELTZER; BARE, 2005).

4 OBJETIVOS

- ❖ Descrever o perfil dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, no período de março a junho de 2007, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas;
- ❖ Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde destes indivíduos.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se por ser transversal. Estudos seccionais ou de corte transversal são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado, sendo de grande utilidade para realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde. A sua designação precisa é estudo individualizado, observacional e seccional (ALMEIDA; ROUQUAYROL, 2002). O termo “estudo seccional”, no contexto metodológico da epidemiologia, pretende dar uma idéia de seccionamento transversal, um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as suas características e correlações naquele momento.

5.2 Grupo de estudo

O grupo estudado foi constituído por indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família no município de Uberaba-MG, satisfazendo os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

CrITÉRIOS de inclusão

Indivíduos de ambos os sexos em acompanhamento por uma Equipe de Saúde da Família, no município de Uberaba-MG, no período de março a junho de 2007. Os indivíduos participantes do estudo são adultos, com idade superior a 18 anos e portadores de diabetes mellitus tipos 1 e 2.

Critérios de exclusão

Ficaram excluídos do presente estudo:

- 1 - Indivíduos com diabetes mellitus que estejam em trânsito, ou seja, que estão realizando acompanhamento temporariamente ou por tempo determinado, vindos de outra região, município, Estado ou outro país, por motivo de viagem, trabalho, passeio ou outros.
- 2 - Aqueles com alguma incapacidade de resposta, ou entendimento das questões, diagnosticados segundo prontuário, relato médico ou de cuidador.

Através de informações obtidas junto à Equipe de Saúde da Família e às fichas de cadastros de indivíduos no Hiperdia, encontrou-se um total de 94 indivíduos com DM. Destes, 68 responderam ao questionário, 04 foram excluídos do estudo por não atender aos critérios de inclusão, 13 não foram localizados, 04 mudaram de endereço e 04 foram a óbito.

5.3 Período e local de coleta de dados

Os dados foram coletados, no período de outubro a dezembro de 2007, junto aos indivíduos atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba-MG.

No município de Uberaba-MG, a Estratégia Saúde da Família foi implantada no ano de 1997 com enfoque na atenção primária, ou seja, atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Em 1997, Uberaba contava com apenas duas equipes e uma cobertura populacional de 2,77%, em 2000, o programa alcançou um total de 22 equipes

Os profissionais que compõem a equipe são: uma enfermeira, um cirurgião dentista, um médico, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório odontológico e seis agentes comunitários de saúde.

Dentre as atividades voltadas aos indivíduos com diabetes mellitus estão: os grupos de educação em saúde que acontecem semanalmente; visitas domiciliares, para acompanhamento de indivíduos com dificuldade de deambulação; cadastramento e acompanhamento mensal de indivíduos com diabetes no Hiperdia e consulta médica, de enfermagem e odontológica.

A equipe atende hoje um total de 94 indivíduos com diabetes mellitus, sendo que 24 são portadores de DM tipo 1 e fazem uso de insulina; e 70 de DM tipo 2 e realizam tratamento com hipoglicemiante oral, dieta e atividade física.

Segundo informações do Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Município de Uberaba-MG na Campanha Nacional realizada pelo MS em 2001, foram diagnosticados no município, dentre o total de 28.930 participantes, 4.748 (16,5%) casos novos. Observa-se, portanto, a necessidade premente da reorganização da assistência à saúde, especialmente dirigida a esta população.

Segundo o consolidado do Hiperdia, realizado pelas Equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, de novembro de 2007, o número de indivíduos com diabetes mellitus tipo 1 e 2, cadastrados no município de Uberaba, é de 2.095 e com diabetes e hipertensão associados, 6776, o que representa, respectivamente, 0,73% e 2,35% da população do município.

O Quadro 4, apresenta o Consolidado do Programa Hiperdia distribuído por patologias.

Quadro 4 – Consolidado do Programa Hiperdia distribuído por patologias.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Uberaba-MG, 2008.

5.4 Variáveis de estudo

São consideradas variáveis do estudo: sexo, idade, peso, altura, pressão arterial, glicemia, procedência, estado civil, anos de estudo, atividade profissional, renda familiar, tempo de diabetes, formas de tratamento, presença de problemas para realizar o tratamento, presença de outros problemas de saúde, presença de amputação e alterações nos pés. Os valores da glicemia capilar e da pressão arterial sistêmica dos indivíduos foram obtidos através do prontuário, sendo considerados os dados referentes à avaliação realizada na última consulta.

Além destas variáveis sociodemográficas e clínicas, também são consideradas as variáveis de Qualidade de Vida segundo o Instrumento SF-36: Capacidade Funcional,

Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

5.5 Forma de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação, pela própria pesquisadora, de um instrumento contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas (ANEXO A), e de outro para avaliação de Qualidade de Vida, o questionário SF – 36, Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (WARE; SHERBOURNE, 1992) (ANEXO B), durante as visitas domiciliares. Somente participaram do estudo aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

5.5.1 Instrumento de coleta de dados

Da análise da bibliografia consultada e tendo em vista a necessidade de um instrumento já traduzido e validado, optou-se em utilizar o Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey (SF-36), para mensurar a QVRS da população em estudo. O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS, o qual foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992), para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população.

O SF-36 avalia tanto aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os aspectos positivos (bem-estar) (WARE; SHERBOURNE, 1992). Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao

melhor estado de saúde, sendo analisada cada dimensão em separado. Propositamente, não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não se identificarem os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo de subestimá-los (WARE et al., 1986; 1993).

Este instrumento foi traduzido, validado e adaptado culturalmente no Brasil por Ciconelli (1997), através da aplicação deste em um estudo realizado com indivíduos portadores de artrite reumatóide na Divisão de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo. Foi desenvolvido um protocolo para tradução e validação do SF-36, de acordo com algumas etapas propostas pelos coordenadores do IQOLA (International Quality of Life Assessment Project) e também em trabalhos da literatura que abordam a metodologia da tradução de questionários para outros idiomas.

5.5.1.1. Escalas ou Componentes de Avaliação do SF-36

A classificação dos indivíduos avaliados pelo SF-36 por Ware et al. (1993) propôs a distribuição das escalas em dois grandes componentes: Componente Físico, abrangendo as dimensões Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde e o Componente Mental, envolvendo as dimensões Saúde Mental, Aspectos Emocionais, Aspectos Sociais e Vitalidade, embora os componentes Estado Geral de Saúde e Vitalidade também possam estar de forma indireta relacionados ao outro componente. Tal distribuição objetiva visualizar, de forma genérica, estes dois grandes componentes que podem estar envolvidos de maneira distinta nas diversas patologias.

5.6 Desenvolvimento do estudo-piloto

O estudo-piloto foi realizado com 15 indivíduos com diabetes mellitus, os quais foram entrevistados em seus domicílios pela própria pesquisadora. No primeiro momento, era entregue ao paciente o TCLE, sendo então realizados esclarecimentos quanto à pesquisa e ao sigilo das informações. Somente após a leitura e assinatura do termo, pelo paciente, é que foram realizadas as entrevistas. No estudo-piloto alguns indivíduos idosos apresentaram dificuldade no entendimento das questões do questionário, o que resultou em maior tempo de aplicação do mesmo.

5.7 Análise dos dados

Os resultados obtidos com a aplicação do SF-36 e com o levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos foram dispostos em um banco de dados, utilizando-se a técnica da dupla verificação, com a finalidade de minimizar os possíveis erros. As medidas estatísticas descritivas foram obtidas, utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 10.1.

A consistência interna de um instrumento pode ser medida por diversos indicadores e corresponde à homogeneidade dos itens que compõem cada uma das escalas. Neste estudo utilizou-se o coeficiente de alfa de Cronbach que poderá ter seu valor classificado entre zero e um, sendo que quanto mais próximo de um, maior será a consistência interna do instrumento. Os valores de alfa aceitáveis são aqueles iguais ou maiores que 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2007).

5.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Protocolo nº 0625/2005) (Anexo B). Todos os participantes do estudo, inclusive os do estudo-piloto, leram e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo um ficado em sua posse e outra em posse do pesquisador responsável por este trabalho.

Com a finalidade de solicitar a autorização para a realização da pesquisa, junto aos indivíduos atendidos pela Equipe de Saúde da Família no município de Uberaba/MG, o projeto foi encaminhado à Coordenação da Estratégia Saúde da Família do município. Posteriormente à liberação pelo então secretário de saúde do município (Apêndice B), a enfermeira da Equipe de Saúde da Família foi contatada, e foi agendada uma data para apresentação dos objetivos da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico da população

As entrevistas foram realizadas em tempo médio de 14 minutos e 42 segundos, com desvio-padrão de quatro minutos e 30 segundos, com tempo mínimo de 10 minutos e máximo de 30 minutos. A seguir são apresentados os resultados sobre o perfil sociodemográfico, variáveis clínicas e de QVRS.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, Uberaba-MG, segundo variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas. Uberaba-MG, 2007.

Variáveis Sociodemográficas (N=68)	n	%
Sexo		
Feminino	48	70,6
Masculino	20	29,4
Estado civil		
Casado(a)/ Amasiado(a)	48	70,6
Viúvo(a)	11	16,2
Solteiro(a)	7	10,3
Desquitado(a) ou divorciado(a)	2	2,9
Atividade profissional		
Autônomo	17	25,0
Do lar	13	19,1
Trabalhador assalariado	4	5,9
Não exerce atividade profissional	34	50,0

Conforme a Tabela 1, do total de 68 indivíduos que participaram do estudo, 48 (70,6%) são mulheres e 20 (29,4%), homens.

Em estudo sobre prevalência do DM realizado por meio de busca ativa de indivíduos com diabetes em São Paulo (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; COSTA et al., 2003), encontrou-se diferença entre os sexos.

O fato de pesquisas observarem um maior número de mulheres com DM está relacionado à maior procura destas pelos serviços de saúde (CONSENDEY; SOUZA, 2004).

Ainda, em relação ao estado civil, 48 (70,6%) são casados. Acredita-se que indivíduos que convivem com um companheiro tenham melhor resultado no tratamento do DM, pois o apoio da família favorece a aceitação do paciente às mudanças impostas e necessárias, quanto ao estilo de vida e hábitos alimentares (OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007; PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003). A OMS (1984) considera que o estado civil influencia na dinâmica familiar, podendo ser um fator decisivo para o asilamento do idoso e para o estímulo ao autocuidado.

Em estudo realizado no Japão por Saito et al. (2006), com o objetivo de avaliar o impacto do diabetes mellitus na QVRS, foi observado que pessoas que vivem sozinhas ou desempregadas tinham níveis mais baixos de QV.

Quanto à variável atividade profissional, 50% não exercem atividade profissional e 25% apenas atividades referentes ao lar, fato que corrobora com a idade dos indivíduos participantes do estudo.

A Tabela 2 apresenta os resultados descritivos obtidos quanto à idade, aos anos de estudo e à renda familiar.

Tabela 2 - Valores médios, respectivos desvios-padrão, mínimo, máximo, e quartis das variáveis sociodemográficas dos 68 indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007.

Variáveis Sociodemográficas (N=68)	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Quartil 1	Mediana	Quartil 1	Máximo
Idade	57,1	10,9	26,9	51,2	57,1	64,8	78,7
Renda familiar (SMs)*	2,7	2,1	1	1	2	3	10
Anos de estudo	3,2	2,8	0	1	3	4,8	12

* SMs: salários mínimos

A idade foi obtida pela diferença entre a data na qual se realizou a entrevista e a data de nascimento do indivíduo, obtendo assim média de 57,1 anos (DP: 10,9 anos), com valores mínimos de 26,9 anos e máximo de 78,7 anos, apresentados na Tabela 2.

Os resultados obtidos corroboram com estudos que têm demonstrado uma maior prevalência de DM em pessoas com idade mais avançada e com dados do MS que mostram um maior número de pessoas, na década de 1980, com idade entre 60-69 anos (17%) acometidas pelo DM, quando comparados com a faixa etária de 30-39 anos (3%). Esta realidade está associada à perda da capacidade de execução de atividades ligadas ao trabalho ou ao dia-a-dia (ARAÚJO et al., 1999; BRASIL, 2006a; GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002; JOHNSON; NOWATZKI; COONS, 1996; MALERBI; FRANCO, 1992; OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007; SCHEFFEL et al., 2004).

Para a renda familiar, obtida pela soma das rendas individuais de todos os membros familiares economicamente ativos, o valor médio foi de 2,7 salários mínimos

(SMs.), apresentando desvio de 2,1 SMs e valores mínimos de um SMs e máximo de 10 SMs. Destaca-se que 23 (33,8%) apresentam renda de um S. Mín. e meio ou menos (Tabela 2). Dessa forma uma maior renda poderia ser fator facilitador na adesão ao tratamento do DM, o que resultaria em melhor controle metabólico.

Em relação a anos de estudo, pode-se observar na Tabela 3, que a média foi de 3,2 anos e desvio-padrão de 2,8 anos. Dos 68 participantes, 16 (23,5%) relataram não ter estudado e sete (10,3%) relataram ter apenas um ano de estudo, fator que os autores Guimarães e Takayanagui (2002) consideram dificultador no processo de adesão ao tratamento, bem como para a compreensão das orientações relacionadas a este.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos indivíduos entrevistados, segundo anos de estudo.

Tabela 3 – Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo anos de estudo. Uberaba-MG, 2007.

Anos de estudo	n	%
0	16	23,5
1 a 3	23	33,8
4 a 6	22	32,3
7 a 9	5	7,4
10 a 12	2	3,0
Total	68	100

A Tabela 4 mostra a distribuição dos indivíduos, segundo variáveis clínicas.

Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo variáveis clínicas. Uberaba-MG, 2007.

Variáveis clínicas (N=68)	n	%
Forma de tratamento		
Dieta e antidiabético oral	14	20,6
Somente antidiabético oral	13	19,1
Antidiabético oral e exercícios físicos	8	11,8
Dieta e insulina	8	11,8
Dieta, antidiabético oral e exercícios físicos	7	10,3
Somente insulina	4	5,9
Dieta, antidiabético oral e insulina	4	5,9
Antidiabético oral e insulina	3	4,4
Insulina e exercícios físicos	2	2,9
Dieta, antidiabético oral, insulina e exercícios físicos	2	2,9
Somente dieta	1	1,5
Dieta, insulina e exercícios físicos	1	1,5
Outra - Não faz	1	1,5
Problemas para realizar o tratamento		
Sim	28	41,2
Não	40	58,8
Quais são os problemas (n=40)		
Seguir dieta	17	42,5
Financeiro	17	42,5
Locomoção	4	10,0
Dificuldade em auto-aplicar insulina	1	2,5
Desânimo	1	2,5

Segundo a Tabela 4, ao serem questionados quanto ao tratamento do diabetes mellitus, um (1,5%) paciente relatou não fazer uso de medicamento para o tratamento, um (1,5%) não faz tratamento, 13 (19,1%) fazem uso apenas de antidiabético oral e 14 (20,6%) associam antidiabético oral e dieta. Vinte indivíduos (29,4%) associam exercício físico junto a outras formas de tratamento, e os demais 48 (70,6%) não praticam atividade física. Agregar dieta ao tratamento do DM foi observado em 37 (54,4%) dos entrevistados.

Para o tratamento, é fundamental não apenas o uso de medicamentos, mas a alteração do estilo de vida associado a hábitos saudáveis. A adesão à prática de atividade física, dieta, não consumir bebidas alcoólicas, não fumar são exemplos de mudanças que devem ser incorporadas ao tratamento medicamentoso da doença.

O tempo de diagnóstico do diabetes mellitus variou de 1 a 36 anos, com média de 8,9 anos e desvio-padrão de 6,7 anos, segundo a Tabela 6.

Na população brasileira, grande porcentagem dos indivíduos com diabetes desconhece o diagnóstico, ocorrendo este, na maioria das vezes, já na presença de complicações. Tal condição resulta em maior número de hospitalizações, além de elevar os gastos destinados ao tratamento de incapacidades advindas da doença (SOUZA et al., 1997).

Estudo sobre as orientações recebidas do serviço de saúde por indivíduos, para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2 no momento do diagnóstico, mostrou que apenas 17,2% destes referiram a dieta, atividade física e uso de medicamentos, 82,8% dos demais grupos de orientações não incluíram a prática de exercícios físicos. A maioria das informações iniciais foi sobre tratamento medicamentoso, sendo que apenas 27% dos sujeitos tiveram orientação quanto à dieta antes do início da

medicação, e 3,4% dos participantes não receberam informação alguma (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Dentre os problemas citados para a realização do tratamento, destacam-se a dificuldade para seguir a dieta para 17 (25%) dos entrevistados e a dificuldade financeira para igual proporção. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no Centro Educativo de Enfermagem para adultos e idosos – Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, onde dos 24 participantes, sete (28,3%) referiram dificuldade de seguir a dieta (PÉREZ et al., 2007).

Já no estudo de Pace, Nunes e Ochoa-Vigo (2003) intitulado “O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus” dos 24 familiares entrevistados, 14 (58,3%) apontaram a dieta como a principal dificuldade apresentada pelos indivíduos em relação ao tratamento do diabetes mellitus, e sete (29,3%) relataram dificuldade financeira.

A dificuldade financeira foi citada pelos indivíduos como um dos problemas para a realização do tratamento, como mostra a Tabela 4. Foi possível perceber, durante as entrevistas, que os indivíduos relacionaram o não-seguimento da dieta à falta de recursos financeiros, o que implica na dificuldade em adquirir alimentos saudáveis como frutas e verduras.

A adesão ao tratamento constitui um das dificuldades enfrentadas pelo serviço de saúde no que se refere ao tratamento e prevenção das complicações relacionadas às condições crônicas (PÉREZ et al., 2007).

O diagnóstico da doença traz consigo a necessidade de mudança no estilo de vida pessoal como um todo, mudança de costumes que estão relacionados a fatores culturais, sociais e econômicos, ou seja, “a mudança de hábitos de vida, dessa forma é um processo lento e difícil” (PÉREZ et al., 2007).

No estudo de Saito et al. (2006), as pessoas com DM que modificaram o estilo de vida para fins de tratamento apresentaram pior nível de saúde mental. Para o autor, embora a razão para tal resultado não seja clara, é possível que indivíduos que necessitem modificar seu estilo de vida para melhorar as condições de saúde, como restrição da ingestão alimentar ou realização de atividades físicas, possam sentir-se deprimidos, por sua saúde não ser melhor.

Com o intuito de estimular a adoção de hábitos mais saudáveis de vida bem como a prática da atividade física, o MS instituiu pela Portaria nº 1.893/GM, de 15 de outubro de 2001, o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física, “Agita Brasil”, que orienta a população sobre a importância da atividade física para a saúde e que 30 minutos desta prática trazem grandes benefícios (BRASIL, 2002b).

Em estudo realizado por Lyra et al. (2006), os autores comprovaram que a alteração comportamental dos indivíduos com DM tipo 2, como perda de peso, educação alimentar e prática de exercícios físicos, reflete diretamente na diminuição da incidência de tal patologia.

Para a variável presença de outros problemas de saúde, na Tabela 5, 54 (79,4%) responderam possuir e 14 (20,6%) não possuir. Das co-morbidades citadas, 46 (43,8%) relataram hipertensão arterial e 22 (21,0%), problemas cardiovasculares. Comumente encontramos HAS associada ao DM representando maior risco para o desenvolvimento de complicações macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica).

A Tabela 5, a seguir, mostra a distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus em relação à presença de outros problemas de saúde, amputação e alteração nos pés.

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo variáveis clínicas. Uberaba-MG, 2007.

Variáveis clínicas (N=68)	n	%
Apresenta outro problema de saúde		
Sim	54	79,4
Não	14	20,6
Quais são os outros problemas de saúde (n=105)		
Hipertensão arterial	46	43,8
Problemas cardíacos	22	21,0
Artrose	7	6,7
Coluna	6	5,7
Chagas	3	2,9
Problema renal	2	1,9
Outros	19	18,1
Presença de amputação		
Sim	3	4,4
Não	65	95,6
Presença de alterações nos pés		
Sim	22	32,4
Não	46	67,6
Alterações nos pés (n=30)		
Dormência	12	40,0
Dor	4	13,3
Queimação	3	10,0
Formigamento	2	6,7
Edema	2	6,7
Falta de sensibilidade	2	6,7
Outros	5	16,7

Estudiosos relatam que indivíduos com DM, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2, têm maior risco de desenvolver doença cardiovascular e, quando em relação ao risco

de morrer por problemas cardiovasculares, os indivíduos com DM têm maior risco que os não portadores desta (SIQUEIRA; ALMEIDA-PITITTO; FERREIRA, 2007).

Mediante informações relacionadas à prevalência da hipertensão em indivíduos com diabetes, observa-se que esta “é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral”, estando assim relacionada ao desenvolvimento de complicações como: nefropatia em indivíduos com DM tipo 1 e a síndrome de resistência à insulina e o risco cardiovascular elevado em portadores de DM tipo 2 (BRASIL, 2006b).

Outra questão investigada foi a presença de amputação, a qual foi referida por três (4,4%) participantes, em membros inferiores (Tabela 5). Estudo sobre amputações de extremidades inferiores (AEI) por DM, objetivando detectar fatores relacionados à AEI em indivíduos com diabetes e as possíveis ações preventivas, identificou a presença de retinopatia e nefropatia diabética, tabagismo e hipertensão arterial como fatores que conferem risco aumentado para a ocorrência de AEI (GAMBA et al., 2004).

Dentre os participantes, 22 (32,4%) afirmaram ter alterações nos pés, sendo que 12 (40,0%) delas relacionadas à presença de dormência, quatro (13,3%), à dor e três (10,0%), à “queimação” nos pés. Segundo o Consenso da Sociedade Brasileira de diabetes e Consenso Brasileiro de Oftalmologia (GROSS; NEHME, 1999), os indivíduos com diabetes têm risco aumentado em 100 vezes para amputações de membros inferiores.

Para prevenção das AEIs, o acompanhamento contínuo por profissional capacitado, controle glicêmico e adesão a comportamentos positivos ao tratamento do DM são de suma importância. O autor ressalta, ainda, que além da realização de ações de educação em saúde para promover a adesão ao tratamento e autocuidado, o exame dos pés dos indivíduos com diabetes pelos profissionais de saúde, no momento da

consulta, é uma ação fundamental para a prevenção das amputações, mas que tal prática ainda não tem sido incorporada pelos serviços de saúde (GAMBA et al., 2004).

A Tabela 6 apresenta valores médios, respectivos desvios-padrão, mínimo, máximo e quartis das variáveis clínicas dos indivíduos participantes do estudo.

Tabela 6 - Valores médios, respectivos desvios-padrão, mínimo, máximo e quartis das variáveis clínicas dos 68 indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007.

Variáveis clínicas (N=68)	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Máximo
Peso	76,5	19,7	42	62,6	74,3	85,7	140
Altura	1,6	0,08	1,4	1,6	1,6	1,7	1,8
IMC (Kg/m ²) *	29,5	6,5	16,2	24,5	29,4	33,1	51,4
PAS (mmHg) *	129,9	23,9	100	110	120	140	220
PAD (mmHg) *	81,8	13,2	60	80	80	80	130
Glicemia de jejum (mg/dl)	180,2	86,1	58	124,3	157,5	188,3	421
Glicemia pós-prandial (mg/dl)	175,9	83,2	74	121	138,5	226	420

*IMC: Índice de massa corporal; PAS: Pressão arterial sistêmica; PAD: Pressão arterial diastólica.

Conforme apresentado na Tabela 6, a média do Índice de Massa Corporal (IMC) foi de 25,9 Kg/m², com desvio-padrão (DP) de 6,5, e valor mínimo de 16,2 Kg/m² e o máximo de 51,4 Kg/m². Segundo dados da OMS (BRASIL, 2002a), considera-se IMC (peso/altura²) normal se este estiver entre 18,5 e 24,9 Kg/m², sobrepeso de 25 a 29,9 Kg/m², obesidade classe I de 30 a 34,9 Kg/m², obesidade classe II de 35 a 39,9 Kg/m² e obesidade classe III igual ou acima de 40 Kg/m². Dessa forma, vê-se que os entrevistados estão, em média, com valores acima do normal.

A ocorrência crescente da obesidade, nos dias atuais, é resultante da Transição Nutricional que ocorre concomitante à Transição Demográfica e Epidemiológica, caracterizada por mudanças nos padrões alimentares da população, determinadas pelos avanços econômicos, sociais e demográficos e constituindo um dos fatores predisponentes para desenvolvimento do DM. Está associada ao aumento no consumo de alimentos não saudáveis, redução das práticas de exercício físico e alteração nas formas de trabalho e lazer do mundo moderno (BRASIL, 2002a; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

As causas que levam ao excesso de peso da população, caracterizando a obesidade, constituem ainda objeto de estudo. Algumas suposições admissíveis são: susceptibilidade determinada por fatores genéticos, o que elucidaria o aumento da obesidade em populações de baixo nível socioeconômico, a diminuição do gasto energético relacionada às formas de trabalho e lazer do mundo moderno e associada à alimentação não-saudável ou como resposta do organismo à desnutrição, por alterações que facultariam o armazenamento corporal de gorduras (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A maior incidência está relacionada a populações economicamente mais avançadas, alcançando aproximadamente 10% da população dos países desenvolvidos. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada em 1989, 8% da população adulta está obesa e 70% destes são do sexo feminino. No Brasil, verificou-se que famílias de estratos sociais mais desfavorecidos são as que absorvem maior concentração dos casos de obesidade (ARAÚJO et al., 1999; BRASIL, 2003; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Dados do MS mostram o aumento da obesidade na população, em 1975 havia prevalência de desnutrição em relação à obesidade em todas as faixas etárias e sem

distinção nas diversas regiões do país, já em 1997 ocorre o inverso, prevalecendo a desnutrição apenas em crianças carentes de zero a cinco anos (BRASIL, 2002a).

A obesidade aumentou mais no sexo feminino que no masculino e, em 1975, representava 6% da população feminina, passando para 10,9% em 1989, enquanto na masculina foi de 2,1% para 4,1% (BRASIL, 2002a).

De acordo com a estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde, “a obesidade e o excesso de peso são fatores de risco relevantes para o surgimento de doenças crônicas, como diabetes tipo 2, cardiopatias, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais e certos tipos de câncer” (OMS, 2003b, p. 29).

Avaliando os níveis pressóricos apresentados pelos indivíduos, observou-se que, para pressão arterial sistólica (PAS), a média foi de 129,9 mmHg, com DP de 23,9 mmHg e, para a pressão arterial diastólica (PAD), obtiveram-se valores iguais a 81,8 mm Hg para a média e 13,2 mm Hg para o DP, com máxima de 220 mmHg para a PAS e de 130 para a PAD (Tabela 6).

Segundo a classificação da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), apresentada no Quadro 5, a PAS é considerada normal para valores abaixo de 130 mmHg e a PAD é normal, quando há valores inferiores a 85 mmHg.

Em relação aos níveis pressóricos dos participantes do estudo, 33 (48,5%) tiveram os níveis pressóricos referentes à PAS menor ou igual a 130 mmHg e à PAD menor ou igual a 80 mmHg, os demais 35 (51,5%) apresentaram níveis pressóricos alterados para PAS e/ou PAD. Frente a esses resultados, observa-se que a maioria dos indivíduos teve os valores da pressão arterial dentro dos níveis considerados normais.

O Quadro 5, apresenta a classificação da pressão arterial, de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos) (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006),

Quadro 5 – Classificação da pressão arterial, de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos) – V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	> ou =180	> ou =110
Hipertensão sistólica isolada	> ou =140	<90

Fonte: V DIRETRIZES Brasileiras de hipertensão arterial (2006).

*Quando as pressões sistólicas e diastólicas de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus têm risco aumentado para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares, bem como o de nefropatia diabética nos casos de hipertensão associada ao DM tipo 1. Para tratamento da hipertensão arterial em indivíduos com DM não há contra-indicações de nenhum dos anti-hipertensivos.

Estudos têm revelado que o maior controle dos níveis pressóricos resulta na redução do risco de desenvolvimento de qualquer complicação relacionada ao DM,

principalmente de doenças cardiovasculares (SIQUEIRA; ALMEIDA-PITITTO; FERREIRA, 2007).

No que se refere à glicemia dos 68 entrevistados, na Tabela 9, 44 apresentaram informações quanto à glicemia capilar em jejum, apresentando média de 180,2 mg/dl (DP= 86,1 mg/dl), e os demais, 24 indivíduos, glicemia capilar pós-prandial com média correspondente a 175,9 mg/dl (DP = 83,2 mg/dl).

A Tabela 7 mostra a distribuição dos indivíduos em relação aos níveis glicêmicos apresentados pelos participantes.

Tabela 7 – Distribuição dos indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo a glicemia (mg/dl). Uberaba-MG, 2007.

Glicemia	n	%
Glicemia em jejum	44	64,7
110-126 mg/dl	14	31,8
>126 mg/dl	30	68,2
Glicemia pós-prandial	24	35,3
Até 160 mg/dl	16	66,7
>160 mg/dl	8	33,3

Quanto aos níveis glicêmicos dos indivíduos que tiveram glicemia em jejum, 68,2% (30) apresentaram valores acima de 126 mg/dl, para os indivíduos com valores de glicemia pós-prandial, 66,7% (16) apresentaram níveis glicêmicos de até 160 mg/dl. Tais resultados mostram que 55,9% (38) dos indivíduos apresentaram glicemia alterada (Tabela 9).

O controle glicêmico constitui-se objetivo predominante no tratamento do DM. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus define valores normais, para glicemia em jejum, aqueles entre 110 e 126 mg/dl e, para glicemia pós-prandial, de 140 a 160 mg/dl (BRASIL, 2001a). Comparando os resultados apresentados pelos indivíduos com os valores descritos acima, se observa que os 68,2 % dos que apresentaram glicemia em jejum e os 33,3% que apresentaram glicemia pós-prandial tiveram valores considerados alterados.

6.2 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com diabetes mellitus

A seguir são apresentados os resultados relacionados às oito dimensões do SF36. Como poderá ser verificado, julgou-se importante ressaltar, para alguns casos, particularidades de itens tais como dificuldade de entendimento ou certa complexidade nas categorias de resposta, percebidas para os indivíduos com DM.

Para cada paciente, obtiveram-se, segundo cada uma das dimensões do SF-36, os escores brutos e também os padronizados com valores entre zero e 100, caracterizando, respectivamente, maior e menor impacto negativo do diabetes mellitus na QV.

Os valores padronizados médios, respectivos desvios-padrão, intervalo obtido, quartis e valores de alfa de Cronbach das dimensões do SF-36 entre os indivíduos estão apresentados na Tabela 8, a seguir.

Tabela 8 - Valores padronizados médios, respectivos desvios-padrão, intervalo obtido, quartis e valores de alfa de Cronbach das dimensões do SF-36 entre os indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007.

Dimensões SF-36/ Questões	Média (DP)	Intervalo obtido	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	alfa Cronbach
Aspectos sociais 6 ^a + 10	63,8 (30,7)	0 - 100	50	62,5	100	0,42
Dor 7 ^b + 8 ^b	53,0 (31,1)	0 -100	22	51	72	0,89
Estado geral de saúde 1 ^b + 11 (a + b ^a + c + d ^a)	51,1 (26,6)	0 - 97	22	50	72	0,66
Saúde mental 9 (b + c + d ^a + f + h ^a)	49,9 (26,0)	0 -100	32	48	71	0,77
Vitalidade 9 (a ^a + e ^a + g + i)	48,6 (24,3)	0 -100	31,3	50	70	0,62
Capacidade funcional 3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	48,2 (31,2)	0 -100	20	45	75	0,90
Aspectos emocionais 5 (a+b+c)	46,6 (45,4)	0 - 100	0	33,3	100	0,89
Aspectos físicos 4 (a+b+c+d)	38,6 (42,4)	0 - 100	0	25	100	0,89

^a Questões reversas. ^b Questões recodificadas.

A consistência interna do SF-36 foi inferior a 0,70 para três dimensões: Estado Geral de Saúde ($\alpha = 0,66$), Vitalidade ($\alpha = 0,62$) e Aspectos Sociais ($\alpha = 0,42$). Nos

demais componentes, variou de 0,77 a 0,90. A dimensão que apresentou maior valor para o alfa de Cronbach foi Capacidade Funcional ($\alpha = 0,90$), precedida pelas dimensões Aspectos Emocionais, Dor e Aspectos Físicos que apresentaram valores iguais ($\alpha = 0,89$) e Saúde Mental ($\alpha = 0,77$).

Em relação aos escores padronizados, segundo dimensões do SF-36, os valores médios variaram entre 38,6 e 63,8. Os que apresentaram maiores escores médios foram: Aspectos Sociais (63,8) e Dor (53), já os que apresentaram os menores escores médios foram: Aspectos Emocionais (46,6) e Aspectos Físicos (38,6).

No estudo realizado no sudeste do México, utilizando SF-36 para pessoas com condições crônicas, obteve-se maior valor para a dimensão Capacidade Funcional e o menor valor para escore da dimensão Estado Geral de Saúde. Para o grupo controle, no qual um dos critérios de inclusão era não ter condição crônica, o mais elevado foi para Aspectos Físicos e o menor valor foi para Estado Geral de Saúde (ZÚNICA et al., 1999).

Outro estudo constatou que indivíduos idosos obtiveram pior escore para as dimensões Capacidade Funcional e Aspectos Físicos, devido a problemas físicos e problemas emocionais. O aumento da idade também foi associado com piores escores relacionados aos aspectos sociais. O acréscimo do número de co-morbidades associadas às condições crônicas foi significativamente correlacionado com a menor pontuação de cinco das oito dimensões do SF-36: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais, Saúde Mental e Aspectos Sociais (JOHNSON; NOWATZKI; COONS, 1996).

A Figura 1 representa a amplitude e quartis padronizados dos escores obtidos em cada uma das dimensões do SF-36, entre os indivíduos com diabetes mellitus

atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007, em cada domínio do SF-36.

Figura 1: Amplitude e quartis padronizados dos escores obtidos em cada uma das dimensões do SF-36, entre os indivíduos com diabetes mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família. Uberaba-MG, 2007.

A dimensão **Aspectos Sociais (AS)** analisa a participação dos indivíduos em grupos sociais e se esta foi comprometida por problemas de saúde (CICONELLI, 1997). Ela é composta pelas questões QV6: Durante as últimas quatro semanas, de que maneira a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, amigos ou ao grupo? (reversa) e QV10: Durante as últimas quatro semanas, quanto do seu tempo, a sua saúde física ou problemas emocionais interferem com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.).

No presente estudo, como anteriormente mostrado, foi essa a dimensão menos impactada negativamente pelo DM. As distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Sociais do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão estão na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Sociais do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.

QV6 ^a (1;5)		QV10 (1;5)	
Média: 3,8 DP: 1,5	%	Média: 3,3 DP: 1,6	%
De forma nenhuma	55,9	Todo tempo	20,6
Ligeiramente	4,4	A maior parte do tempo	13,2
Moderadamente	8,8	Alguma parte do tempo	13,2
Bastante	22,1	Uma pequena parte do tempo	17,4
Extremamente	8,8	Nenhuma parte do tempo	35,3

^a Questão reversa

Apesar do DM apresentar menor impacto na dimensão AS, ressalta-se que o valor para a estatística alfa de Cronbach foi baixo ($\alpha=0,49$), podendo indicar falta de consistência nas respostas dos indivíduos. De fato ao analisar a Tabela 9, observou-se que, na QV6, 55,9% responderam que sua saúde ou problemas emocionais não interferem “de forma nenhuma” em suas atividades sociais, frente à escolha desta opção de resposta, o esperado era que os mesmos (55,9%) optassem por responder na questão QV10 “nenhuma parte do tempo”, mas apenas 35,3% dos participantes escolheram esta

resposta. Este fato pode indicar que não houve entendimento dos participantes quanto às perguntas, respondendo de forma aleatória.

A dimensão referente à **Dor** avalia sua intensidade e como ela interfere nas atividades do dia-a-dia dos indivíduos (CICONELLI, 1997). Ela é composta pelas questões QV7 e QV8, ambas recodificadas e foi a segunda menos impactada negativamente pelo DM neste estudo. As distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Dor, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão estão apresentados pela Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Dor do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.

QV7^a (1;6)		%	QV8^a (1;5)		%
Média: 3,5	DP: 1,6		Média: 3,8	DP: 1,7	
Nenhuma		20,6	De forma nenhuma		20,6
Muito leve		1,5	Um pouco		23,5
Leve		13,2	Moderadamente		17,6
Moderada		29,4	Bastante		5,9
Grave		26,5	Extremamente		23,5
Muito grave		8,8			

^a Questões recodificadas.

Observou-se, através das respostas à QV7, que mesmo tendo a maioria (64,7%) dos indivíduos referido dor de moderada ou mais, também a maioria (61,7%) referiu que a dor interfere moderadamente ou menos com seu trabalho normal. Tal fato pode significar que, apesar dos indivíduos relatarem sentir dor, essa não interferiu na QV. Essa afirmação pode ser verificada pelos valores médios onde QV7 possui menor média, portanto pior impacto na QV.

A dimensão **Estado Geral de Saúde (EGS)** avalia a percepção dos indivíduos quanto à sua saúde (CICONELLI, 1997) e é composta pelas questões QV1: Em geral como você diria que sua saúde é? (recodificada) e QV11: O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? que contêm quatro itens QV11A: Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas, QV11B: Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço (reversa), QV11C: Eu acho que minha saúde vai piorar e QV11D: Minha saúde é excelente (reversa).

As alternativas QV1 e QV11D, relacionadas à percepção do indivíduo quanto à sua saúde, foram as que tiveram menores médias, 2,9 e 2,8, respectivamente. Na Tabela 11, estão as distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Estado Geral de Saúde do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão.

Tabela 11 – Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Estado Geral de Saúde do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.

QV1 ^b (1;5)		QV11(1;5)		QV11A	QV11B ^a	QV11C	QV11D ^a
Média: 2,9				Média: 3,2	Média: 3,0	Média: 3,3	Média: 2,8
DP: 1,0				DP: 1,8	DP: 1,8	DP: 1,7	DP: 1,7
				%	%	%	%
Excelente	4,4	Definitivamente verdadeiro	32,4	35,3	27,9	27,9	
Muito Boa	2,9	A maioria das vezes verdadeiro	8,8	10,3	8,8	17,6	
Boa	55,9	Não sei	8,8	10,3	16,2	5,9	
Ruim	25	A maioria das vezes falso	2,9	7,4	2,9	8,8	
Muito Ruim	11,8	Definitivamente falso	47,1	36,8	44,1	39,7	

^a Questões reversas. ^b Questão recodificada.

Ao serem questionados com as questões referentes à QV11, foi observada dificuldade dos indivíduos tanto em relação às perguntas, que se apresentam na primeira pessoa como “Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço” quanto às opções de respostas: definitivamente verdadeira, a maioria das vezes verdadeira, não sei, a maioria das vezes falsa e definitivamente falsa.

Em seu estudo da QVRS de indivíduos com hipertensão, utilizando como instrumento de mensuração o SF-36, Silqueira (2005) encontrou a mesma dificuldade ocorrida neste estudo com relação às questões que avaliaram a escala EGS.

Avaliando o impacto de condições crônicas na qualidade de vida relacionada à saúde da população de oito países, através do SF-36, observou-se notável impacto do DM, no escore da dimensão relacionada ao EGS (ALONSO et al., 2004).

A dimensão **Saúde Mental (SM)** avalia a presença de angústia e bem-estar psicológico, é constituída pelos itens QV9B: Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?, QV9C: Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?, QV9D: Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? (reversa), QV9F: Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?, QV9H: Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? (reversa) da questão nove.

As opções da referida dimensão que obtiveram menores médias, QV9D e QV9B, respectivamente iguais a 3,1 e 3,2.

As distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Saúde Mental do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão estão abaixo apresentados pela Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Saúde Mental do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.

QV9 (1;6)	QV9B	QV9C	QV9D ^a	QV9F	QV9H ^a
	Média: 3,2 DP: 1,9 %	Média: 3,8 DP: 1,8 %	Média: 3,1 DP: 1,7 %	Média: 3,8 DP: 1,7 %	Média: 3,4 DP: 1,9 %
Todo tempo	27,9	20,6	13,2	11,8	25,0
A maior parte do tempo	17,6	5,9	11,8	14,7	7,4
Uma boa parte do tempo	11,8	10,3	14,7	13,2	16,2
Alguma parte do tempo	5,9	14,7	14,7	16,2	10,3
Uma pequena parte do tempo	20,6	29,4	26,5	25,0	19,1
Nunca	16,2	19,1	19,1	19,1	22,1

^a Questões reversas.

Em estudo sobre a QVRS associada com condições crônicas, realizado em oito países (“International Quality of Life Assessment Project”) através do SF-36, uma comparação das amostras dos diferentes países permitiu a observação de um impacto negativo e significativo das condições crônicas nos Aspectos Físicos e um moderado impacto sobre a saúde mental dos participantes do estudo (ALONSO et al., 2004).

Wee et al. (2005), ao estudarem o impacto do DM e outras condições crônicas na QVRS, sendo que o primeiro estudo mostra a combinação de diabetes e uma segunda patologia crônica, concluíram que tal associação pode afetar negativamente as dimensões que compõem o componente Saúde Mental do SF-36 medido pela Vitalidade, Saúde Mental e Aspectos Sociais.

A **Vitalidade (VIT)** é avaliada pelo nível de energia e fadiga (CICONELLI, 1997). As alternativas que avaliaram a dimensão Vitalidade foram QV9A: Quanto

tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?, QV9E: Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?, QV9G: Quanto tempo você tem se sentido esgotado? e QV9I: Quanto tempo você tem se sentido cansado?.

A questão nove foi a que os indivíduos demonstraram maior dificuldade para responder, o que pode ter acontecido devido às opções de respostas oferecidas pelo questionário: todo tempo, a maior parte do tempo, uma boa parte do tempo, alguma parte do tempo, uma pequena parte do tempo e nunca.

Tal dificuldade pode estar relacionada ao grau de escolaridade dos entrevistados (média: 3,2 anos) e a idade (média: 57,1 anos), e pelas opções de resposta serem parecidas entre si. Na Tabela 13, estão apresentadas as distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Vitalidade do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão.

Tabela 13 – Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Vitalidade do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.

QV9 (1;6)	QV9A ^a	QV9E ^a	QV9G	QV9I
	Média: 3,37 DP: 1,74	Média: 3,30 DP: 1,75	Média: 3,82 DP: 1,74	Média: 3,22 DP: 1,90
	%	%	%	%
Todo tempo	22,1	16,2	13,2	33,8
A maior parte do tempo	4,4	13,2	16,2	7,4
Uma boa parte do tempo	17,6	17,6	11,8	8,8
Alguma parte do tempo	11,8	7,4	13,2	16,2
Uma pequena parte do tempo	32,4	29,4	25,0	20,6
Nunca	11,8	16,2	20,6	13,2

^a Questões reversas

Silva et al. (2003), ao estudarem a QV e complicações crônicas do DM, observaram que houve correlação estatisticamente significativa entre as dimensões do SF-36 e a presença de complicações e que “quanto maior o número de complicações crônicas que os doentes apresentem pior é a sua qualidade de vida”. Das dimensões que avaliaram QV no estudo, a de Aspectos Físicos, Capacidade Funcional e Vitalidade foram as mais afetadas na presença da maioria das complicações.

No estudo realizado por Martín et al. (2006), com objetivo de avaliar o DM tipo 2 e a QVRS, as dimensões que obtiveram menores escores foram EGS e VIT.

A dimensão **Capacidade Funcional (CF)** avalia a presença das limitações físicas e como estas interferem na capacidade física dos indivíduos (CICONELLI, 1997). É composta pela questão QV3: Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?; a qual contém dez itens QV3A: Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos, QV3B: Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa, QV3C: Levantar ou carregar mantimentos, QV3D: Subir vários lances de escada, QV3E: Subir um lance de escada, QV3F: Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se, QV3G: Andar mais de um quilômetro, QV3H: Andar vários quarteirões, QV3I: Andar um quarteirão e QV3J: Tomar banho ou vestir-se.

A questão que obteve maior média foi a QV3J (2,5) que avaliou as limitações dos indivíduos para tomar banho ou vestir-se. As questões com menor média foram a QV3A (1,5) que mensura a dificuldade de realizar atividades que exigem muito esforço, onde 70,6% dos indivíduos responderam ter muita dificuldade, e a QV3D (1,5) que avaliou as limitações para “subir vários lances de escada”, onde 69,1% dos entrevistados responderam ter muita dificuldade. Ao analisar as médias das referidas

questões, fica evidente que os indivíduos apresentam dificuldade considerável para a realização de atividades que exigem maior esforço físico.

A Tabela 14 mostra as distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Capacidade Funcional do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão.

Tabela 14 – Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Capacidade Funcional do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.

QV3	QV3A	QV3B	QV3C	QV3D	QV3E	QV3F	QV3G	QV3H	QV3I	QV3J
(1;3)	Média: 1,5 DP: 0,8	Média: 2,3 DP: 0,9	Média: 2,0 DP: 0,90	Média: 1,5 DP: 0,84	Média: 2,0 DP: 0,89	Média: 1,7 DP: 0,9	Média: 1,8 DP: 0,9	Média: 1,9 DP: 0,9	Média: 2,4 DP: 0,8	Média: 2,5 DP: 0,7
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Sim, dificulta muito	70,6	26,5	41,2	69,1	39,7	57,4	52,9	47,1	20,6	14,7
Sim, dificulta um pouco	11,8	17,6	20,6	8,8	22,1	16,2	14,7	11,8	14,7	17,6
Não, não dificulta de modo algum	17,6	55,9	38,2	22,1	38,2	26,5	32,4	41,2	64,7	67,6

No estudo de Souza et al. (1997), onde se avaliaram aspectos relacionados à QV e ao grau de satisfação com a mesma, 38,5% dos indivíduos referiram influência do DM nas atividades do dia-a-dia (trabalho/ estudo/ atividades do lar), através de limitações físicas, problemas visuais, dentre outros. A CF mostrou estar afetada pelo DM em 25,6% dos entrevistados.

Silva et al. (2003), ao estudarem QV e complicações crônicas do DM, encontraram resultados que destacaram o comprometimento negativo da percepção da saúde atual comparada a um ano atrás, seguida das dimensões Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Capacidade Funcional e Dor.

A dimensão **Aspectos Emocionais (AE)** avalia as limitações na forma e quantidade de trabalho e como tais limitações interferem nas atividades diárias dos indivíduos (CICONELLI, 1997). Essa dimensão é pontuada através da questão cinco (QV5: Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional?) que avalia a influência de problemas emocionais no trabalho ou alguma atividade diária regular, composta por três itens: QV5A: Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?, QV5B: Realizou menos tarefas do que você gostaria? e QV5C: Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?.

As distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Emocionais do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão estão apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Emocionais do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.

QV5 (1;2)	QV5A Média: 1,5 DP: 0,5 %	QV5B Média: 1,4 DP: 0,5 %	QV5C Média: 1,5 DP: 0,5 %
Sim	51,5	57,4	51,5
Não	48,5	42,6	48,5

Sendo essa a segunda dimensão mais impactada negativamente pelo DM, conforme indicaram as respostas, que de certa forma os problemas emocionais interferem no trabalho e atividades da vida diária dos indivíduos com DM, de acordo com os resultados apresentados na Tabela 15.

Ainda no estudo que avaliou o impacto do diabetes mellitus na QVRS na população do Japão, verificou-se que as pessoas que realizavam tratamento medicamentoso para tal doença têm riscos significativamente aumentados para a menor pontuação de Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Estado Geral de Saúde, em comparação com os indivíduos com DM ou a aqueles que alteraram apenas o estilo de vida (SAITO et al., 2006).

Quanto à dimensão **Aspectos Físicos (AF)** que também avalia as limitações na forma e quantidade de trabalho e como tais limitações interferem nas atividades diárias dos indivíduos (CICONELLI, 1997), as opções da questão quatro (QV4: Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da sua saúde física?) tiveram média abaixo de 1,50.

A QV4 é composta pelos itens QV4A: Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?, QV4B: Realizou menos tarefas do que você gostaria?, QV4C: Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? e QV4D: Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?

Neste trabalho, essa foi a dimensão com maior impacto negativo do DM. A Tabela 16 exhibe os valores, das distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Emocionais do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão.

Tabela 16 - Distribuições das respostas dos indivíduos, segundo cada item que compõe a dimensão Aspectos Físicos do SF-36, e seus respectivos intervalos possíveis de escores, valores médios e desvios-padrão. Uberaba-MG, 2007.

QV4 (1;2)	QV4A Média: 1,4 DP: 0,5 %	QV4B Média: 1,3 DP: 0,5 %	QV4C Média: 1,4 DP: 0,5 %	QV4D Média: 1,5 DP: 0,5 %
Sim	60,3	70,6	60,3	54,4
Não	39,7	29,4	39,7	45,6

Analisando os dados da Tabela 16 observa-se a interferência da saúde física na realização do trabalho ou atividades diárias regulares.

No presente estudo, dos 68 participantes, 54 (79,4%) relataram ter outro problema de saúde, fato que pode ter influenciado negativamente no escore da dimensão AF que obteve menor valor dentre as demais dimensões do SF-36.

A segunda pergunta do questionário compara as condições de saúde atual e as de um ano atrás; 25 (36,8%) indivíduos responderam “quase a mesma coisa”, precedida de 13 (19,1%) indivíduos que responderam “um pouco pior agora do que um ano atrás”.

Em estudo desenvolvido no México, com indivíduos portadores de condições crônicas, as maiores porcentagens de resposta também foram para as opções: “quase a mesma coisa de um ano atrás” e “pior agora do que um ano atrás” (ZÚNICA et al., 1999).

Na Tabela 17, está a distribuição dos indivíduos para cada opção de resposta.

Tabela 17 – Distribuição dos indivíduos atendidos por uma Equipe de Saúde da Família, segundo a classificação de sua saúde atual. Uberaba-MG, 2007.

Comparada a um ano atrás, como você		
classificaria sua saúde em geral, agora?	n	%
Muito melhor agora do que a um ano atrás	10	14,7
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás	12	17,6
Quase a mesma coisa de um ano atrás	25	36,8
Um pouco pior agora do que a um ano atrás	13	19,1
Muito pior agora do que a um ano atrás	8	11,8

7 CONCLUSÕES

Em relação à **caracterização sociodemográfica e clínica** do grupo de indivíduos deste estudo (n=68), observou-se maioria do sexo feminino, 48 (70,6%), obtendo igual porcentagem para indivíduos casados, 48 (70,6%), onde 50% do total de entrevistados não exercem atividade profissional e 25% apenas atividades referentes ao lar. A idade apresentou média de 57,1 anos e DP igual a 10,9 anos. Em relação à escolaridade, 16 (23,5%) dos indivíduos relataram não ter estudo e 23 (33,8%), de 1 a 3 anos.

Quanto ao tratamento do DM, 20 (29,4%) indivíduos associam exercício físico junto a outras formas de tratamento, e 37 (54,4%) associam a dieta ao tratamento medicamentoso. Para o tratamento do DM, é fundamental não apenas o uso de medicamentos, mas a alteração do estilo de vida associada a hábitos saudáveis. A adesão à prática de atividade física, dieta, não consumir bebidas alcoólicas, não fumar são exemplos de mudanças que devem ser incorporadas ao tratamento medicamentoso da doença.

A média obtida para o tempo de diagnóstico do DM foi de 8,9 anos e DP igual à 6,7 anos. Dentre os problemas citados para a realização do tratamento, destacam-se a dificuldade para seguir a dieta para 17 (25%) dos entrevistados e a dificuldade financeira para igual proporção, 54 (79,4%) possuem outro problema de saúde, sendo que destes 46 (43,8%) relataram hipertensão arterial e 22 (21,0%) problemas cardiovasculares. Três (4,4%) indivíduos têm de amputação em membros inferiores, 22 (32,4%) afirmaram ter alterações nos pés, sendo que 12 (40,0%) delas relacionadas à presença de dormência, quatro (13,3%), à dor e três (10,0%), à “queimação” nos pés.

Os indivíduos, em média, apresentaram valores relacionados ao IMC acima do normal (Média: 29,5 e o DP= 6,5). Em relação aos níveis pressóricos dos participantes do estudo, 33 (48,5%) tiveram os níveis pressóricos referentes à PAS menor ou igual a

120 mmHg e à PAD menor ou igual a 80 mmHg. No que se refere à glicemia, 55,9% (38) dos indivíduos apresentaram glicemia alterada.

Em relação à **avaliação da QVRS** dos indivíduos com diabetes mellitus, a consistência interna do SF-36 foi inferior a 0,70 para três dimensões: Estado Geral de Saúde (0,66), Vitalidade (0,62) e Aspectos Sociais (0,42). As dimensões que apresentaram maiores valores para o alfa de Cronbach foram: Capacidade Funcional (0,90), Aspectos Emocionais (0,89), Aspectos Físicos (0,89), Dor (0,89) e Saúde Mental (0,77).

As dimensões que apresentaram maiores escores médios foram: Aspectos Sociais (63,8) e Dor (53,0), já as que apresentaram os menores escores médios foram: Aspectos Emocionais (46,6) e Aspectos Físicos (38,6).

Apesar de AS apresentar menor impacto na QV dos indivíduos deste estudo, ressalta-se que o valor para a estatística alfa de Cronbach foi baixo ($\alpha=0,49$), podendo indicar falta de consistência nas respostas dos indivíduos, o que pode indicar que não houve entendimento dos participantes quanto às perguntas, respondendo de forma aleatória.

A dimensão referente à Dor apesar dos indivíduos relatarem sentir dor, esta pode não interferir diretamente na QV. Essa afirmação pode ser verificada pelos valores médios onde QV7 possui menor média, portanto pior impacto na QV.

Na dimensão Estado Geral de Saúde, foi notável uma percepção não muito positiva dos indivíduos em relação à saúde, mas foi avaliada por questões que apresentaram certa dificuldade aos indivíduos para serem respondidas.

Para a dimensão Saúde Mental, as questões que obtiveram menores médias foram a QV9B e QV9D, que questionam “quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito

nervosa?” e “quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?”. Mostra-se, assim, um impacto negativo do DM na saúde mental dos participantes.

A Vitalidade quanto ao nível de energia e fadiga dos indivíduos foi afetada negativamente, a questão que obteve maior média foi a QV9G, onde os indivíduos podem não ter entendido o que significa “esgotado”.

Quanto à Capacidade Funcional, observou-se que os indivíduos têm dificuldade considerável para realizar atividades que exigem um nível de esforço elevado, o que mostra a presença de limitações físicas e impacto do DM nessa dimensão.

Para Aspectos Emocionais (AE), houve indicação que de certa forma os problemas emocionais interferem no trabalho e nas atividades da vida diária das pessoas com diabetes mellitus. Em estudo realizado por Saito et al. (2006) em pessoas que tinham DM há mais de 10 ou 20 anos, a modificação do estilo de vida devido ao diabetes resultou em menor pontuação geral para a AF e AE.

Quanto à dimensão Aspectos Físicos, observa-se a interferência da saúde física na realização do trabalho ou atividade diária regular.

No presente estudo, dos 68 participantes, 54 (79,4%) relataram ter outro problema de saúde, fato que pode ter influenciado negativamente no escore da dimensão AF que obteve menor valor dentre as demais dimensões do SF-36.

A segunda pergunta do questionário compara as condições de saúde atual e as de um ano atrás; 25 (36,8%) indivíduos responderam “quase a mesma coisa”, precedida de 13 (19,1%) indivíduos que responderam “um pouco pior agora do que um ano atrás”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes tem-se constituído, constantemente, objeto de estudo, por ser uma doença crônica que exige, para tratamento e controle dos níveis metabólicos, adesão ao tratamento. Este inclui desde o uso de medicamentos até o seguimento da dieta, realização de atividade física e adoção de hábitos saudáveis de vida que podem, adicionalmente à própria condição, interferir negativamente na QV das pessoas com diabetes mellitus na medida em que se impõem mudanças em seu cotidiano e estilo de vida.

O impacto do diabetes mellitus na QV dos indivíduos portadores desta patologia tem sido estudado por alguns autores (ROSE et al., 1998; RUBIN; PEYROT, 1999; SAITO, et al., 2006; SOUZA et al., 1997; STEWART et al., 1994; VICKREY et al., 1994).

Neste estudo, observou-se a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de complicações advindas do DM, bem como a dificuldade de adesão ao tratamento, uma vez que este exige alterações no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis.

Para a avaliação da QVRS, utilizou-se o instrumento genérico SF-36, aplicado a 68 indivíduos com diabetes mellitus, cadastrados e acompanhados por uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, no município de Uberaba/MG.

Os resultados mostraram um impacto negativo do diabetes mellitus na QVRS dos indivíduos que participaram das entrevistas, perceptível pelos escores médios obtidos em cada dimensão do SF-36, principalmente nos aspectos relacionados aos Aspectos Físicos, Emocionais, Capacidade Funcional e Vitalidade.

Dessa forma, conhecer as dimensões mais negativamente impactadas pelo DM possibilita o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção voltadas a este grupo, de forma a capacitá-lo para escolhas saudáveis em seu cotidiano, com vistas à melhoria da QV.

Ressaltamos, ainda, que apesar do SF-36 ser um instrumento válido e confiável, este apresentou algumas limitações ao ser aplicado neste estudo. Acreditamos que tais limitações, muito provavelmente relacionadas às características sociodemográficas e culturais dos indivíduos não interferem de forma significativa nos resultados aqui apresentados, no entanto julgamos oportuno aqui mencioná-las.

Além disso, frente à existência de inúmeros determinantes de saúde, estudos futuros complementares a este devem ser realizados, para que subsidiem e auxiliem na implementação das ações de enfermagem voltadas a atender às reais necessidades de saúde dos indivíduos.

Esperamos que os resultados apresentados neste estudo contribuam para que, com base nas ações de promoção da saúde, haja melhoria da QV dos indivíduos com DM participantes.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. R.; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, R. C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.

ALMEIDA, F. N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ALONSO, J.; FERRER, M.; GANDEK, B.; WARE, J. E.; AARONSON, N. K.; MOSCONI, N. K. R.; BULLINGER, M.; FUKUHARA, S.; KAASA, S.; LEPLÉGE, A.; IQOLA PROJECT GROUP. Health-related quality of life with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **Quality of Life Research**, v. 13, p. 283-98, 2004.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ARAÚJO, R. B.; SANTOS, I.; CAVALETI, M. A.; COSTA, J. S. D. da; BÉRIA, J. U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 24-32, 1999.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1; p. 88-95, 2001.

BADIA, V.; ROSSET, M. M.; HERDMAN, M.; Feasibility, validity EUROQOL 5D. **Quality of Life Research**, v.18, p. 41-43, 1999.

BRADLEY, C.; TODD, C.; GORTON, T.; SYMONDS, E.; MARTIN, A.; PLOWRIGHT, R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. **Quality of Life Research**, v. 8, p. 79-91, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT-** no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Investigação do Departamento de atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. **Informe de Atenção Básica**. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil**.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 36 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Promoção da Atividade Física**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 63. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 Abr 2008.

BURCKHARDT, C. S.; ANDERSON, K. L. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, n. 1, p. 60-66, 2003.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, M. V. **O conceito de prevenção no discurso da Organização Pan-Americana da Saúde**. 2002. 181f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 219-213, 1997.

CASTRO, M. de; CAIUBY, A. V. S.; DRAIBE, S. A.; CANZIANI, M. E. F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF –36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, n.3, p.245-249, 2003.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. 1997. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CICONELLI, R. M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil, SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, 1999.

CLEARY, P. D.; WILSON, P. D.; FOWLER, F. J. Health-related quality of life in HIV –infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. (Ed.). **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995; p.191-204.

COSENDEY, C. H.; SOUZA, S. R. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, vol.1. 2004.

COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; MENEZES, A. M. B. Prevalência de diabetes mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 542-545, 2003.

DANTAS, R. A. S; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-538, 2003.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Social Science & Medicine**, Leicester, v.41, p.1383-94, 1995.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Chichester: Wiley & Sons, 2000.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **The assessment, analysis and interpretation of patient – reported outcomes**. 2 ed. Second Edition; Englewood, 2007.

FERRANS, C. E., POWERS, M. J, Quality of life index: development and psychometric properties. **Advances Nursing Science**, v. 8, n.1, p.15-24, 1985.

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”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n.1, p.19-28, 1999a.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL –100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.2, p.198-205, 1999b.

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

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

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A Critical appraisal of the quality-of-life of quality-of-life measurements. **JAMA**, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

GILSON, B. C.; GILSON, J. S.; BERGNER, M.; BOBBITT, R. A.; KRESSEL, S.; POLLARD, W. E.; VESSELAGO, M. The sickness impact profile: development of an outcome measure of health care. **American Journal Public Health**, v. 12, p. 1304-1310, 1975.

GONÇALVES, L. H. T, DIAS, M. M, LIZ, T. G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo a proposta de avaliação de Flanagan. **O mundo da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 214-220, 1999.

GÓMEZ, P. I. D. S. A. **Qualidade de vida em pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2**. 2004. 197f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.15, n. 1, p. 37-44, 2002.

GUITERAS, A.F.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida em enfermedades crônicas. In: FORNS M.; ANGUERA, M. T. (Orgs.). **Aportaciones recientes a la evaluación psicológica**. Barcelona: Universitat, 1993. p. 175-95.

GROENVOLD, M.; KLEN, M.C.; SPRANGERS, M. A. G. Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. **Journal Clinical Epidemiology**, v. 50, p. 441- 450, 1997.

GROSS, J. L.; NEHME, M. Detecção e tratamento de complicações crônicas do diabetes mellito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Consenso Brasileiro de Oftalmologia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Porto Alegre, v. 45, n. 3, p. 279-84, 1999.

HASHIMOTO, H, GUEDES, SL, PEREIRA, VC. **O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da QV proposta por Flanagan**. São Paulo, 1996. 37p. Monografia (Especialização em Estomatoterapia). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

HOLMES, S. Assessing the quality of life - reality or impossible dream? A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, n. 4, p. 493-501, 2005.

HUNT, S. M.; McKENNA, S. P.; McEWEN, J.; BACKETT, E. M.; WILLIAMS, J.; PAPP, E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study **Journal Epidemiology Community Health**, v. 34, p. 281-286, 1980.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **What is diabetes?** 2006. Disponível em: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2>. Acesso em: 25 fev. 2008.

JOHNSON, J. A.; NOWATZKI, T. E. P.; COONS, S. J. Health-related Quality of Life of Diabetic Pima Indians. **Medical Care**, v. 34, n. 2, p. 97-102, 1996.

KATSCHING, H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? **Current Opinion in Psychiatry**; v.10, p. 337-345, 1997.

KAWAKAME, P, M, G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 164-72, 2005.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life Index” de Ferrans e Powers**. 1999. 85f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LYRA, R.; OLIVEIRA, M.; LINS, D.; CAVALCANTI, N. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia & Metabologia**, Botucatu, v. 50, n. 2, p. 239-249, 2006.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. de. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. 226 p.

LENTZ, R. A.; COSTENARO, R. G. S.; GONÇALVES, L. H. T. O Profissional de Enfermagem e a Qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000.

MACIEL, E. S. **Qualidade de vida: análise do consumo de alimentos e estilo de vida**. 2006. 188 f. Dissertação (Mestrado em Ciências. Área de concentração: Ciência e Tecnologia de alimentos) - Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”. Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2006.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. and the Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, v. 15, n. 1, p. 509-16, 1992.

MALTA, D. C.; CEZARIO, A. C.; MOURA, L. de; NETO, O. L. M.; SILVA JR. J. B. da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MARTÍN, F. J. M.; ESCUDERO, J. C. M.; BLANCO, F. S.; CASADO, B. J.; ARES, J. L. C. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estúdio Hortega. **Anales de Medicina Interna**, Madrid, v. 23, n. 8, p. 357-360, 2006.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MELLO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1149-1149, 2000.

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

MODENEZE, D. M. **Qualidade de vida e diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico**. 2004. 98 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo científico sobre la epidemiología del envejecimiento. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Ginebra, 1984. (Série de informes técnicos, 706).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complication**. Geneva, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**. Ano I- nº1- Agosto, 2006.56p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Oficina informaciones 100 millones de diabéticos antes del año 2000. **Revista Médica de Chile**, Santiago; v. 122, p. 236, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para as condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial/ Organização Mundial de Saúde. Brasília, 2003a, 105p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. / Organização Pan-americana de Saúde. Brasília, 2003b, 60p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Manual WHOQOL-OLD. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2008.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, (número especial), p. 768-773, 2007.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p:312-9, 2003.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.161-174.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. 2004. 245p. Tese (Doutorado-Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PÉREZ, D. S.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L.; FERRONATO, A. A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1105-1112, 2007.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n.4, p.523:533, 2004.

ROCHA, A. D.; OKABE, I.; MARTINS, M. A.; MACHADO, P. H. B. MELLO, T. C.; Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 63-81, 2000.

ROSE, M.; BURKET, U.; SCHOLLER, G.; SCHIROP, T.; DANZER, G.; KLAPP, B. F.; Determinants of quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy. **Diabetes Care**, v. 21, n. 11, p. 1876-1883, 1998.

RUBIN, R. R.; PEYROT, M. Quality of life and diabetes. **Diabetes Metab Res Rev.**, v. 15, p. 205-18, 1999.

SAES, S. C. Alterações comportamentais em renais crônicos. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v. 2, n. 12, p. 17-9, 1999.

SAITO, I.; INAMI, F.; IKEBE, T.; MORIWAKI, C.; TSUBAKIMOTO, A.; YONEMASU, K.; OZAWA, H. Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 73, n. 1, p. 51-7, 2006.

SCHEFFEL, R. S.; BORTOLANZA, D.; WEBER, C. S.; COSTA, L. A.; CANANI, L. H.; SANTOS, K. G.; CRISPIM, D.; ROISENBERG, I.; LISBÔA, H. R. K.; TRES, G. S.; TSCHIEDEL, B.; GROSS, J. L. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes mellito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Porto Alegre, v. 50, n. 3, p. 293-267, 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SIQUEIRA, A. F. A.; ALMEIDA-PITITTO, B. de; FERREIRA, S. R. G. Doença Cardiovascular no Diabetes Mellitus: Análise dos Fatores de Risco Clássicos e Não-Clássicos. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 257-267, 2007.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos**. 2005. 117f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

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

SHRAMN, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SOUZA, T. T. de; SANTINI, L.; WADA, S. A.; VASCO, C. F.; KIMURA, M. Qualidade de vida da pessoa diabética. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 31, n. 1, p. 150-64, 1997.

SPRANGERS, M. A. G.; CULL, A.; BJORDAL, K.; et al.: The European Organization for Research and Treatment of Cancer: Approach to quality of life assessment—Guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. **Quality of Life Research**, v. 2, p. 287-295, 1993.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica**. 10^o ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. 2419p.

STAVEM, K.; BJORNAES, H.; LOSSIUS, M. I. Reability and validity of Norwegian version of the quality of the epilepsy inventory: QOLIE 89. *Epilepsia*, v. 41, p. 91-97, 1999.

STEWART, A. L.; HAYS, R. D.; WELLS, K. B.; ROGERS, W. H.; SPRITZER, K. L.; GREENFIELD, S. Long-term functioning and well-being outcomes associated with

physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 47, n. 7, p. 719-730, 1994.

TAPP, R. J.; DUNSTAN, D. W.; PHILLIPS, P.; TONKIN, A.; ZIMMET, P. Z.; SHAW, J. E. Association between impaired glucose metabolism and quality of life: results from the Australian diabetes obesity and lifestyle study. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 74, n. 2, p. 154-161, 2006.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; MAGALHÃES, L. DE C.; SOUZA, A. C.; LIMA, M. C.; LIMA, R. C. M.; GOULART, F. Adaptation of the Nottingham Health Profile: a simple measure to assess quality of life. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 905-914, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas: texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: ISC/ANVISA, 2003. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf. Acesso em: 07 abr. 2008.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F. **O Futuro da Prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 115p.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, 1998. 104p.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 10, p. 1403-1409, 1995.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

V DIRETRIZES Brasileiras de hipertensão arterial. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

VELARDE-JURADO, E.; FIGUEROA, C. A. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública de México**, v.44, n.4, p.349-361, 2002.

VICKREY, B. G.; HAYS, R. D.; RAUSCH, R.; SUTHERLING, W. W.; ENGEL, J. Jr.; BROOK, R. H. Quality of life of epilepsy surgery patients as compared with outpatients with hypertension, diabetes, heart disease, and/or depressive symptoms. **Epilepsia**, v. 35, p. 597-607, 1994.

WARE, J. E.; BROOK, R. H.; ROGERS, W. H.; et al. Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care. **The Lancet**, London, v.1, p.1017-22, 1986.

WARE, J. E. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center, Boston, 1993.

WARE, J.E.; Sherbourne, C. D. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, p. 473-83, 1992.

WEE, H. L.; CHEUNG, Y. B.; LI, S. C.; FONG, K. Y.; THUMBOO, J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related Quality of Life: Is the whole greater than the sum of its parts?. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 3, n. 2, 2005.

WILD, S.; ROGLID, G.; GREEN, A.; SICREE, R.; KING, H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n.5, p. 1047-1053, 2004.

WHOQOL, group. The World health organization quality of life assessment. (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v.46, n.12, p.1569-1585, 1998.

WOOD-DAUPHINEE S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **Journal Clinincal Epidemiology**, v.52, n.4, p.355-363, 1999.

ZÚNICA, M. A.; CARRILO-JIMÉNEZ, G. T.; FOS, P. J.; GANDEK, B.; MEDINA-MORENO, M. R. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares em México. **Salud Pública de México**. v.41, n.2, p. 110-118, 1999.

APÊNDICES

3 Trabalhador rural

6 Não exerce atividade profissional

19. Há quanto tempo tem diabetes? _____

20. De que forma o tratamento do diabetes tem sido feita?

- 1 Somenta dieta
- 2 Somenta antidiabético oral
- 3 Somenta insulina
- 4 Somenta exercícios físicos
- 5 Dieta e antidiabético oral
- 6 Dieta e insulina
- 7 Dieta e exercícios físicos
- 8 Antidiabético oral e insulina
- 9 Antidiabético oral e exercícios físicos
- 10 Insulina e exercícios físicos
- 11 Dieta, antidiabético oral e insulina
- 12 Dieta, antidiabético oral e exercícios físicos
- 13 Dieta, insulina e exercícios físicos
- 14 Antidiabético oral, insulina e exercícios físicos
- 15 Dieta, antidiabético oral, insulina e exercícios físicos
- 17 Outra. Qual?

21. Existe algum problema para realizar o tratamento? 1 Sim 2 Não

Se sim, especificar qual, ou quais, são os problemas.

22. O(A) Sr(a) apresenta algum outro problema de saúde? 1 Sim 2 Não

Se sim, especificar qual, ou quais, são os outros problemas de saúde.

23. Tem amputação?

1 Sim

2 Não

Se sim, especificar o local, ou os locais, de amputação.

24. Apresenta alterações nos pés?

1 Sim

2 Não

Se sim, favor especificar qual é, ou quais são, as alterações nos pés.

Obrigado pela colaboração!

Apêndice B – Autorização do Serviço

Ofício 001/ 2005

Uberaba, 04 de Novembro de 2005.

Para: Dr. Alaor Carlos de Oliveira Júnior
Secretário de Municipal de Saúde

De: Francielle Silva Ferreira
Enfermeira de Equipe de Programa Saúde da Família-Uberaba/MG

Prezado Senhor,

Eu, Francielle Silva Ferreira, enfermeira da Equipe Saúde da Família Costa Telles I, venho através deste pedir sua autorização para desenvolver um estudo, acerca da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes diabéticos atendidos por tal equipe, o qual fará parte do meu projeto de pesquisa submetido à avaliação e aprovado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, para mestrado- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto.

Certa de sua atenção desde já antecipo meus sinceros agradecimentos.

Atenciosamente,

Francielle Silva Ferreira

Apêndice C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos pacientes diabéticos atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, 2007.

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que será realizada na Equipe de Saúde da Família Costa Telles I, no município de Uberaba-MG. O objetivo desta pesquisa é saber como está a sua Qualidade de Vida e como está a sua saúde para que possamos ajudá-lo(a) com um bom atendimento de enfermagem. A sua participação será respondendo a dois questionários. No primeiro, que está sendo apresentado ao(à) senhor(a) agora, o(a) senhor(a) nos dará algumas informações como seu endereço, sua data de nascimento, sua cidade de nascimento, de qual cidade o(a) senhor(a) vem, sua escolaridade, sua profissão, sua renda, seu sexo, seu estado civil, conhecimento sobre sua doença, a data de início de seu tratamento e quais as dificuldades encontra para realiza-lo corretamente, como está sua situação atual. No segundo questionário que também está sendo apresentado ao(à) senhor(a) agora, o(a) senhor(a) deverá responder algumas questões relacionadas à sua Qualidade de Vida. Se concordar em participar, garantimos o sigilo das informações e o não aparecimento de seu nome. Também não haverá gastos sendo que poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe traga prejuízos. Obrigada pela colaboração.

Uberaba, _____ de _____ de 200__.

Pesquisadora Responsável: Francielle Silva Ferreira

Endereço: Rua Barão da Ponte Alta, 506
Telefone: (034) 33125042
Bairro: Abadia / Uberaba-MG

Após ter conhecimento dos objetivos da pesquisa e da forma de minha participação, concordo em participar.

Eu, _____, concordo com minha participação no estudo “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos pacientes diabéticos atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, 2007”, estando ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora responsável.

Assinatura Paciente

Uberaba, _____ de _____ de 200__.

Apêndice D – Instrumentos genéricos de mensuração de Qualidade de Vida

Instrumentos		Autor	Local	Data	Nº ítems	Idioma	Forma de administração
<u>15D</u>	15D	SINTONEN, H.	EUA	1994	15	Finlandês	Self and proxy
<u>ATD-PA</u>	Assistive Technology Device Predisposition Assessment	SCHERER MJ	EUA	2002	63	Inglês	Interviewer-administered Self-administered Telephone-administered
<u>CDC HRQOL-14</u>	Centers for Disease Control and Prevention Health-Related Quality of Life Measure	CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION	EUA	1999	14	Inglês	Computer-administered Interviewer-administered Telephone-administered
<u>COOP-C or COOP/WONCA</u>	COOP/WONCA Charts	NELSON E.C., LANDGRAF, J.M., HAYS, R.D., WASSON J.H., KIRK, J.W.	EUA	1990	8	Inglês	Self-administered
<u>DUKE</u>	Duke Health Profile	PARKERSON, G.R., BROADHEAD, W.E., CHIU-KIT, J.T.	EUA	1990	17	Inglês	Interviewer-administered Self-administered
<u>EAQVF</u>	Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan	CAROL BURCKHARDT	EUA	1981	16	Inglês	Self-administered
<u>EQ-5D</u>	Euroqol EQ-5D	BADIA, V., ROSSET, M.M., HERDMAN, M.	Canadá	1999	6	Inglês	Proxy-administered Self-administered Telephone-administered
<u>FSQ</u>	Functional Status Index	JETTE A.	EUA	1990	34	Inglês	Self-administered
<u>GHP</u>	General health perception	LALONIDE, L., CLARKE, A.E., JOSEPH, L., MACKENZIE, T., GROVER, S.A.	Canadá	1997	28	Inglês	Self-administered
<u>HALex</u>	Health and Activity Limitation Index	BRADLEY C ERIKSON P TORRANCE G	EUA	1998	4 ou 11	Inglês	Self-administered Telephone-administered

<u>HAQ</u>	Health Assesment questionnaire	LOVELL, D.J.	EUA	1992	22	Inglês	Interviewer-administered Self-administered Telephone-administered
<u>HUI</u>	Health Utilities Index	FEENY D, FURLONG W, TORRANCE GW.	EUA	1996	Self-administered format: 15, Interviewer-administered format: 40	Inglês	Caregiver-administered Interviewer-administered Proxy-administered Self-administered Telephone-administered
<u>HUI</u>	Health Utilities Index	FEENY D, FURLONG W, TORRANCE GW.	EUA	1996	Self- 15, Interviewer- 40	Inglês	Caregiver-administered Interviewer-administered Proxy-administered Self-administered Telephone-administered
<u>NHP</u>	Nottingham Health Profile	HUNT, S., MCEWEN, J., MCKENNA, SP.	Reino Unido	1987	38	Inglês	Self-administered
<u>MHIQ</u>	McMaster Health Index Questionnaire	CHAMBERS, LW, MACDONALD, LA, TUGWELL, P.	EUA	1982	59	Inglês	Interviewer-administered Self-administered Telephone-administered
<u>PGI</u>	Patient Generated Index	GARRATT ANDREW M RUTA DANNY A	EUA	2002	15	Inglês	Interviewer-administered Self-administered
<u>PQoL</u>	Perceived Quality of Life scale	KINNE, S., PATRICK, D.L., ENGELBERG, R.A., PERLLMAN.	EUA	2000	20	Inglês	Interviewer-administered Self-administered
<u>QLQ-E</u>	Quality of life questionnaire Evans	WENDY, C. DAVID, E.	EUA	1989	192	Inglês	Self-administered
<u>QOLI</u>	Quality of Life Inventory	TEUNISSEN, L.L, EURELINGS, M., NOTERMANS, N.C.	EUA	2000	36	Inglês	Interviewer-administered Self-administered

<u>QOLS</u>	Flanagan's Quality of Life Scale	FLANAGAN J (MODIFIED BY CAROL S BURCKHARDT)	EUA	1981	16	Inglês	Self-administered
<u>QLI</u>	Ferrans and Powers Quality of life Index	FERRANS, C.E; POWERS, M.J.	EUA	1985	4	Inglês	Self-administered
<u>QWB</u>	Quality of Well Being scale	CZYZEWSKI, D.I., MARIOTTO, M.J., BARTHOLOME W, L.K., LECOMPTE, SOCKRIDER, M.M.	EUA	1994	24	Inglês	Interviewer-administered Proxy-administered Telephone-administered
<u>SIP</u>	Sickness Impact Profile	BERGNER, M., BOBBIT, R.A., CARTER, W.B., GILSON, D.S.	EUA	1981	136	Inglês	Interviewer-administered Self-administered
<u>SF-12</u>	Medical Outcomes Study-12 – Item Short-Form Health	WARE, J.E	EUA	1990	12	Inglês	Caregiver-administered Interviewer-administered Self-administered Telephone-administered
<u>SF-36</u>	Medical Outcomes Study-36 – Item Short-Form Health	MCHORNEY, C.A, LU JFR Y COL., WARE, J.E	EUA	1994	36	Inglês	Computer-administered Interviewer-administered Self-administered Telephone-administered
<u>WhoQol</u>	World Health Organization Quality of Life Group	BONOMI, A.E., DONALD, P.L., BUSHNELL, D.M., MARTIN, M.	EUA	2000	WHOQOL-100: 100 items; WHOQOL-BREF: 26 items	Inglês	Interviewer-administered Self-administered
<u>WhoQol-Old</u>	World Health Organization Quality of Life Group	THE WHOQOL GROUP	EUA	2005	24	Inglês	Interviewer-administered Self-administered
<u>WHO-5</u>	WHO (Five) Well-Being Index	BH, P.	Dianamarca	1996	5	Dinamarquês	Self-administered

ANEXOS

Anexo A - Instrumento Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde

(SF-36)®

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder

1)- Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente..... 1
- Muito boa..... 2
- Boa..... 3
- Ruim..... 4
- Muito ruim..... 5

2)- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- Muito melhor agora do que a um ano atrás.....1
- Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
- Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
- Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3)-Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

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

4)- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da sua saúde física? (circule uma linha)

	Sim	Não
a- Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b- Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c- Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d- Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades(p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

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

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

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

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

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

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

- De forma nenhuma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

9)- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas: (circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a- Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b- Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c- Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d- Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e- Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f-Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g-Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h-Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i-Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10)- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferem com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.) (circule uma)

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

11)- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um numero em cada linha)

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

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0178/2005

Ribeirão Preto, 19 de dezembro de 2005.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua **82ª Reunião Ordinária**, realizada em 15 de dezembro de 2005.

Protocolo: nº **0625/2005**

Projeto: **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes Diabéticos Atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do Município de Uberaba, 2007**

Pesquisadores: **Claudia Benedita dos Santos** (Orientadora)
Francielle Silva Ferreira (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o **relatório final da pesquisa** e a **publicação de seus resultados**, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP