



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPGCS**

ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM
SEGUIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Macapá
2018

ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM
SEGUIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Macapá
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá

616.642

S586q Silva, Ananda Larisse Bezerra da.

Qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus em seguimento na estratégia saúde da família / Ananda Larisse Bezerra da Silva ; orientadora, Anneli Mercedes Celis de Cárdenas. -- Macapá, 2018.

80 f.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Diabetes mellitus. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde pública. I. Cárdenas, Anneli Mercedes Celis, orientadora. II. Fundação

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM SEGUIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, em cumprimento a requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Epidemiologia e Saúde Pública.

Data da Aprovação: 28/03/2018.

Banca Examinadora:

Examinadora: Prof^a Dr^a: Marluclena Pinheiro da Silva
Universidade Federal do Amapá-UNIFAP

Examinadora: Prof^a Dr^a: Silvana Rodrigues da Silva
Universidade Federal do Amapá-UNIFAP

Examinadora: Prof^a Dr^a: Francineide Pereira da Silva Pena
Universidade Federal do Amapá-UNIFAP

Orientadora: Prof^a Dr^a: Anneli Mercedes Celis de Cárdenas
Universidade Federal do Amapá-UNIFAP

DEDICATÓRIA

A Deus, por não me deixar desistir nos momentos de turbulências.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Maria Lúcia, pelo apoio aos meus projetos, confiando e acreditando em mim, mais do que eu mesma. Por compreender a minha ausência nos últimos anos. A você agradeço por tudo que concretizei em minha vida.

Ao meu pai, Carlos Alberto, que de sua maneira transmiti e carinho e preocupação com suas filhas. Obrigado por acreditar nos meus sonhos.

Às minhas irmãs, Alana, Aline e Alene, por transmitirem carinho e afeto a mim, desde que nasci. Vocês fazem parte dessa vitória.

Aos meus sobrinhos, Thayline, Gabrieli, Maria Eduarda, Aaron, Alice e Aluízio, que são os amores da minha vida e por eles sigo nesta caminhada.

Ao meu namorado, César Junior, por estar ao meu lado em todos os momentos, por me dar forças quando preciso, por compartilhar comigo nossas alegrias e tristezas. A você todo meu amor.

Aos 308 participantes deste estudo, sem vocês ele não aconteceria. Obrigado por me receberem em suas casas, me oportunizando a conclusão do mestrado.

À Cecília Salles, amiga de faculdade, de trabalho e de vida, que não mediu esforços em ajudar na elaboração deste trabalho. Nenhuma palavra é capaz de traduzir a gratidão e amizade que tenho por você.

À minha orientadora, Anneli Celis de Cárdenas pelas palavras de apoio e incentivo, e principalmente por participar e compartilhar deste projeto comigo. Meu muito obrigado.

À banca examinadora da qualificação, Professora Rosemary Andrade e Marluclena Pinheiro, pelas contribuições a este estudo, desde seu projeto inicial. Vocês foram essenciais na concretização deste sonho.

À professora Silvana Silva, por aceitar compor a banca examinadora de defesa dessa dissertação.

À Professora Francineide Pena, por ser uma das pessoas a qual admiro como profissional e amiga, e principalmente pelo carinho e respeito que tem pelos seus pacientes. Além de aceitar compor a banca examinadora deste trabalho, muito obrigado.

Em nome de Naiana Rodrigues e Camila Santa Rosa, agradeço aos meus colegas de turma do mestrado, pelo apoio e incentivo que cada um dispõe ao outro.

Aos meus amigos, que me deram força e incentivo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Macapá, por disponibilizar autorização e alguns dados que contribuíram para o sucesso deste trabalho.

À todos os profissionais de saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família de Macapá, em especial aos Agentes Comunitários em Saúde, que me acompanharam na coleta de dados, sou grata a cada um de vocês.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

(Cora Coralina)

RESUMO

O diabetes mellitus (DM), compõem uma das doenças crônicas não-transmissíveis que cada vez mais vem atingindo a população em geral em grandes proporções, sendo considerado como um problema de saúde pública. O tempo de evolução da doença tende a deteriorar o estado de saúde e acaba por surgir complicações derivadas do controle glicêmico inadequado, possivelmente acarretando uma diminuição na qualidade de vida da pessoa com DM. O estudo teve como objetivo avaliar a QV de pessoas com DM em seguimento nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Macapá-AP. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado com 308 pessoas com DM em segmento em 68 equipes de ESF, amostra composta através de amostra casual estratificada com partilha proporcional, sendo incluídas pessoas com idade igual ou maior de 18 anos, de ambos os sexos, todos com DM tipo 2. Coleta de dados realizada por meio de dois instrumentos, um composto por variáveis sociodemográficas e clínicas e outro para avaliação da QV, o Instrumento de Avaliação de Diabetes 39 (D-39). Predomínio de pessoas do sexo feminino (n=207;67%), com idade de 60 a 69 anos (n=95;31%), média de 60,6 anos (DP), casados (n=148;48%), aposentados (n=106;34%), com renda de 1 a 3 salários mínimos (n=221;72%) e com 1º grau incompleto (n=123;40%). A maioria não praticava exercício físico (n=225;73%), porém nega etilismo e/ou tabagismo (n=195;63%). A comorbidade prevalente foi a hipertensão (n=172;56%), com tempo de diagnóstico do DM há mais de 10 anos (n=119;39%), apresentando controle glicêmico inadequado (n=198;64%), com média de glicemia ao acaso de 218 mg/dl. À avaliação de QV, o domínio ansiedade e preocupação foi o mais afetado (40.2±11), sendo os domínios sobrecarga social (10.7±9.8) e funcionamento sexual (19±16) com os menores escores. As mulheres apresentaram uma QV mais afetada que os homens com média de 24±23 e 23±18 respectivamente. Os mais jovens apresentaram a QV mais afetada nos domínios controle do DM -0.2 (0.002), ansiedade e preocupação -0.1 (0.009), sobrecarga social -0.1 (0.0001), funcionamento sexual -0.2 (0.0001) e no escore total -0.1 (0.02). E aqueles com a glicemia ao acaso fora da meta terapêutica 0.1 (<0.05), o domínio funcionamento sexual 0.2 (0.04) e gravidade do DM 0.1 (<0.05) foram os mais afetados. Portanto, conhecer o perfil e avaliar a QV de pessoas com DM é primordial para o planejamento de ações de promoção da saúde realizadas por equipe multiprofissional voltadas a esse público, principalmente no âmbito da atenção primária a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus; Qualidade de Vida; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is one of the chronic noncommunicable diseases that is increasingly reaching population in general and in large proportions, being considered as a public health problem. The time of evolution of this disease tends to deteriorate health state and this provokes arising complications caused by an inadequate glycemic control, possibly leading to a decrease in the quality of life of the person with DM. This study has as an objective to evaluate the QV of people with DM in follow-up in the Family Health Strategy (ESF) teams in the city of Macapá-AP. A descriptive exploratory study with transversal delineating and a quantitative approach was carried out with 308 people with DM in attendance in 68 ESF teams, a sample composed by a random sample stratified with proportional sharing, and included people aged 18 years or over, of both genders, all with type 2 DM. The data were collected using two instruments, one composed of sociodemographic and clinical variables and the other for evaluation of QV, the Diabetes Assessment Tool 39 (D-39). Predominance of female individuals, aged 60 to 69 years (n=95;31%), average of 60.6 years, married (n=148;48%), retired (n=106;34%), with income of 1 to 3 minimum wages (n=221;72%) and with incomplete elementary school (n=123;40%). The most don't practice physical exercise (n=225;73%), but deny alcoholism and/or smoking (n=195;63%). The prevalent comorbidity was hypertension (n=172;56%), with a DM diagnosis time of more than 10 years (n=119;39%), presenting inadequate glycemic control (n=198;64%), with a mean glucose level of 218 mg / dl. At the evaluation of QV, the domain anxiety and worry was the most affected (40.2±11), being the domains social overload (10.7±9.8) and sexual functioning (19±16) with the lowest scores. Women had a higher QV than men with average 24±23 e 23±18 respectively. The youngest patients had the most affected QV in the DM control domains -0.2 (0.002), anxiety and worry 0.1 (0.009), social overload -0.1 (0.0001), sexual functioning -0.2 (0.0001) and total score -0.1 (0.02). And those with random glycemia outside the therapeutic target 0.1 (<0.05), the sexual functioning 0.2 (0.04) and severity of DM 0.1 (<0.05), were most affected. Therefore, knowing the profile and assessing the QV of people with DM is paramount for the planning of health promotion actions carried out by a multiprofessional team aimed at this public, mainly in the field of primary health care.

KEY WORDS: Diabetes Mellitus; Quality of life; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Ciclo de desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde	21
Quadro 2	Critérios utilizados para classificação dos Dados Antropométricos Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal	31
Quadro 3	Critérios utilizados para classificação da Pressão Arterial	31
Quadro 4	Dimensões que compõem a Escala de Qualidade de Vida – D-39	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das Equipes de Estratégia Saúde da Família, quantitativo de pessoas com Diabetes Mellitus por Estratégia Saúde da Família e quantitativo da amostra. Macapá-AP, Brasil, 2018. N=3.188	28
Tabela 2	Distribuição das Variáveis Sociodemográficas de Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá - AP, 2018. N=308	36
Tabela 3	Distribuição das Variáveis sobre Hábitos de Vida e Antecedentes Pessoais de Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá - AP, 2018. N=308	40
Tabela 4	Distribuição das Variáveis Clínicas quanto a Terapia medicamentosa de Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá-AP, 2018. N=308	44
Tabela 5	Caracterização das Pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com a Circunferência Abdominal. Macapá-AP, 2018. N=308	45
Tabela 6	Caracterização das Pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com a Classificação do Peso. Macapá - AP, 2018. N=308	46
Tabela 7	Caracterização das Pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com a Classificação de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica. Macapá - AP, 2017. N=308	47
Tabela 8	Caracterização de Pessoas com Diabetes Mellitus quanto a Taxa de Glicemia ao Acaso. Macapá - AP, 2018. N=308	48
Tabela 9	Distribuição por Domínio do Questionário Diabetes-39 de Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá - AP, 2018. N=308	50
Tabela 10	Avaliação Geral de Qualidade de Vida em Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá - AP, 2018. N=308	52
Tabela 11	Comparação entre o Escore Total do D-39 e o gênero feminino e masculino. Macapá - AP, 2018. N=308	53
Tabela 12	Correlações entre os Domínios do D-39 e as Variáveis Idade, e Glicemia ao Acaso. Macapá - AP, 2018. N=308	54
Tabela 13	Correlação de Pearson entre Escore total e os domínios. Macapá - AP, 2018	55
Tabela 14	Correlação de Pearson da Avaliação geral, Escore total e Domínios. Macapá- AP, 2018	56

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ACS	Agente Comunitário De Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
ADO	Antidiabético oral
APS	Atenção Primária a Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CA	Circunferência abdominal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão de Ética Nacional
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DQOL	Diabetes Quality Of Life Measure
D-39	Diabetes-39
GA	Glicemia ao acaso
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de massa corporal
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Pressão arterial diastólica

PAS	Pressão arterial sistólica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Polineuropatia
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

CAPITULO 1 – INTRODUÇÃO	15
1.1 DIABETES MELLITUS	17
1.2 DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMA DE SAUDE PUBLICA	19
1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	20
1.4 ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMILIA	24
1.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E DM	25
CAPITULO 2 - MATERIAIS E METODOS	27
2.1 AREA DE ESTUDO	27
2.2 TIPO DE ESTUDO	27
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	27
2.4 PERIODO DA COLETA DE DADOS	29
2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
2.5.1 Inclusão	29
2.5.2 Exclusão	29
2.6 TÉCNICA E ETAPAS DE COLETA DE DADOS	29
2.6.1 Instrumentos de coleta de dados	30
2.6.2 Formulário	30
2.6.2.1 Variáveis Sociodemográficas	30
2.6.2.2 Variáveis Clínicas	30
2.6.2.3 Variáveis Econômicas	31
2.6.2.4 Variáveis sobre hábitos de vida	31
2.6.3 Escala D-39	32
2.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	33
2.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34
CAPITULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA QUANTO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, HÁBITOS DE VIDA E CLINICAS	36
3.1.1 Variáveis Sociodemográficas	36
3.1.2 Variáveis sobre Hábitos de Vida	40
3.1.3 Variáveis Clínicas	43
3.2 IDENTIFICAÇÃO DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA	49

3.2.1 Caracterização das Correlações	53
CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	70
APÊNDICE A -FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLINICO, ECONÔMICO E SOBRE HÁBITOS DE VIDA	70
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE C- TERMO DE ANUÊNCIA	73
ANEXOS	74
ANEXO A - Escala D-39	74
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ (UNIFAP)	80

CAPITULO 1 - INTRODUÇÃO

Atualmente, no mundo 424,9 milhões de adultos têm Diabetes Mellitus – DM e 352-532 milhões têm tolerância à glicose alterada, com indicativo a desenvolver a doença no futuro. Há uma estimativa que no ano de 2045, o quantitativo de pessoas com DM alcance 628,6 milhões e as despesas com saúde que são relacionadas a doença será superior a 802 bilhões de dólares, caracterizando o DM como uma das maiores emergências sanitárias mundial no século XXI (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF, 2017).

Há mais pessoas com DM na área urbana (279,2 milhões) do que nas regiões rurais (145,7 milhões). Nos países de baixa e média renda, o número de pessoas com DM em áreas urbanas é 186,2 milhões enquanto 126,7 milhões nas áreas rurais. Em 2045, estima-se que essa diferença aumente, com 472,6 milhões de pessoas vivendo em áreas urbanas e 163,9 milhões em áreas rurais. Esse aumento reflete cada vez mais o estilo de vida não saudável vivenciado nos grandes centros urbanos (IDF, 2017).

Dentre os estudos de prevalência, o Censo de Diabetes destaca-se devido a sua abrangência, realizado no período de 1986 a 1988 em nove capitais brasileiras, a prevalência nacional foi de 7,4% (prevalência ajustada por idade), e para o município de São Paulo de 9,7%, sendo considerada a capital de maior magnitude de prevalência entre as capitais brasileiras investigadas (MALERBI; FRANCO, 1992).

A Pesquisa Nacional de Saúde referente ao ano de 2013 revelou que 6,2% da população maiores de 18 anos de idade referiram diagnóstico médico de DM, o que expressa um contingente de 9,1 milhões de pessoas. Dados levantados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2016). Mostrou dados das 27 capitais, constatou que prevalência de 8,9%, sendo menor entre homens (7,8%) que entre mulheres (9,9%). Esses dados evidenciam que o DM apresenta elevado aumento entre a população brasileira (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017a).

No Estado do Amapá, na capital Macapá, a VIGITEL revelou um percentual de 6,3% de DM autor referida, mostrando um aumento desse percentual quando comparado aos anos anteriores, 4,6% (2015) e 5,1% (2014). Porém, entre 2014 e 2015 há uma variação de 0,5% que evidência evidenciada (BRASIL, 2017a).

Dentre as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT, DM é uma das que apresentam maior grau de incapacidades e prejuízos tanto físicos, emocionais e psicológicos aos acometidos pela doença. Um estudo brasileiro estimou a carga da doença atribuível ao

DM tipo 2 e suas complicações crônicas no ano de 2008, e os resultados evidenciaram, que o DM tipo 2 representou 5% da carga de doença no Brasil (COSTA et al., 2017).

A maioria dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade – DALY concentrou-se na faixa etária entre 30 e 59 anos e foi majoritariamente constituído pelos anos de vida perdidos por conta da incapacidade – YLD. As maiores taxas de anos de vida perdidos por morte prematura – YLL e YLD concentraram-se nas regiões Nordeste e Sul, respectivamente. As complicações crônicas do DM tipo 2 representaram 80% do YLD. O estudo revelou também que o DM tipo 2 representou um dos principais agravos de saúde, colaborando com acentuadas parcelas de mortalidade e morbidade no Brasil em 2008 (COSTA et al., 2017).

O tempo de evolução do DM tende a deteriorar o estado de saúde e surge as complicações decorrentes do controle glicêmico inadequado. Esse quadro pode acarretar em uma diminuição da qualidade de vida (QV), influenciando em diferentes aspectos, podendo levar a ocorrência de debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores, falta de vitalidade, dificuldades no relacionamento social, instabilidade emocional, entre outros (SOUSA et al., 2005; FARIA et al., 2013).

Visto que o DM afeta grande parcela da população e que contribui para elevado número de complicações, é que surgiu o interesse deste estudo sobre a qualidade de vida de pessoas com DM, que pode estar afetada ou não. Nesse entendimento, constituiu-se o objeto deste estudo, a qualidade de vida de pessoas com DM, do qual surgiram as questões de pesquisa: Como se (está) evidencia (ou evidenciada) (ou representada) a Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Mellitus? Qual (ais) o (s) domínio (s) de maior evidência (ou mais representativos)?

A justificativa deste se sustenta na importância a acerca da temática QV e DM, em especial no município de Macapá, que se encontra a produção científica voltada a esta temática. Este fato associado a importância de estudar o construto QV na área da saúde.

A relevância científica/acadêmica e social está na importância do conhecimento acerca da QV das pessoas com diabetes, que quando utilizado como indicador para avaliação da influência do DM no dia a dia dessas pessoas, contribuirá para seguimento de pessoas eficiente relacionado a intervenções direcionadas aos dados do QV através do estudo dos componentes deste, dentre eles, funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental e também a percepção individual de bem-estar. Outra relevância é a evidência técnico científica para os serviços de saúde para as pessoas com DM vem ser a construção de um perfil da população estudada, com as diversas variáveis que compõem as características sócio-demográficas e clínicas. Os resultados que foram obtidos, servirão de subsídios para os

serviços de saúde. Os quais poderão contribuir para elaboração de linhas de cuidado para a pessoa com DM. Além da contribuição para as instituições gestoras, para que possam melhorar o acompanhamento/atendimento a este público, utilizando os dados encontrados na pesquisa.

Considerando as adversidades que acompanham a pessoa com DM, a família e a sociedade, e que ainda onera o setor de saúde, pois os custos para o tratamento, o manejo das complicações e as possíveis internações que podem ocorrer no percurso da doença, dão a esta pesquisa um novo espaço para repensar a linha de interesse do cuidado integral à pessoa com DM. Portanto, acredita-se que estudar a QV de pessoas com DM, contribuirá sobremaneira para o planejamento de práticas assistenciais e educativas pelos profissionais que atendem a este grupo de pessoas.

Assim, o objetivo geral da pesquisa foi avaliar a QV de pessoas com DM em seguimento nas equipes de Estratégia Saúde da Família no Município de Macapá-AP. E os objetivos específicos foram: caracterizar a população estudada segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas, e de hábitos de vida; identificar os domínios que influenciam a QV das pessoas com DM; relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas, econômicas e de hábitos de vida com os domínios de QV.

1.1 DIABETES MELLITUS

O DM, relatada como uma pandemia mundial e constitui um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como o sedentarismo, a alimentação inadequada e a obesidade são os grandes responsáveis por tornar esta uma emergência clínica em ascensão no país (BRASIL, 2017).

Tal patologia não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos e é associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Os principais sintomas e característica do DM são: polidipsia, poliúria, visão turva e a perda de peso, inicialmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1999; BRASIL, 2006a; IDF, 2016; BRASIL, 2017).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil a estimativa é de um número aproximado entre 12 a 15 milhões de pessoas com DM. Estima-se

que 90% dos casos sejam do tipo 2, que geralmente ocorre na idade adulta, enquanto 10% seriam do tipo 1 mais comum na infância (OMS, 2011).

O Ministério da Saúde com a colaboração da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD no final da década de 80 realizou o conhecido Censo de Diabetes, atualizando os dados encontrados para o CENSO-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/2010 da população brasileira com DM e chegou ao número estimado de diabéticos no Brasil: 12.054.827 (SBD, 2012).

A atual classificação do DM é baseada na etiologia, e não mais no tipo de tratamento, portanto, os termos, que anteriormente era utilizado, como DM insulino dependente e DM insulino independente devem ser banidos dessa categoria classificatória. De acordo com as diretrizes da SBD 2017-2018, embasada nos protocolos da OMS e pela Associação Americana de Diabetes – ADA, recomenda as quatro seguintes classes clínicas:

- Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)

Representa de 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição de células beta com consequente deficiência de insulina, sendo subdivido em tipos 1A e 1B. DM tipo 1A ou autoimune, é descrito como decorrente da destruição imunomediada de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina. Os marcadores de autoimunidade são os autoanticorpos anti-ilhota ou antígenos específicos da ilhota. DM tipo 1B ou idiopático, de acordo com nome, não se tem uma etiologia conhecida para essa forma de DM. Assim, caracteriza à minoria dos casos de DM1 e caracteriza-se pela ausência de marcadores de autoimunidade contra as células beta e a não associação a haplótipos do sistema do antígeno leucocitário humano – HLA (SBD,2017).

Como à avaliação dos autoanticorpos nem sempre se tem disponível nos centros de saúde, esse tipo de classificação etiológica do DM1 nas suas subcategorias autoimune e idiopática pode não ser sempre concluída.

- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

Presente em 90% a 95% dos casos e é caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina. Geralmente, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém, pode haver predomínio de um deles. É causada por uma associação de fatores genéticos e ambientais. Nas últimas décadas, foi possível identificar inúmeras variantes genéticas associadas a DM2, mas, ainda uma grande proporção da herdabilidade permanece sem explicação. Dentre os fatores caracterizados como ambientais, estão o sedentarismo, dietas ricas em gorduras e a biologia (SBD,2017).

- Diabetes gestacional

Trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação (SBD,2017).

- Diabetes Mellitus associado a outras condições ou síndromes

Incluem os defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, dentre outras condições (SBD,2017).

Ainda se tem duas categorias, mencionadas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e doenças cardiovasculares (DCV) (SBD, 2017).

O principal foco do tratamento do DM consiste em normalizar a ação da insulina e os níveis sanguíneos de glicose, para reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas. Em outras palavras, é conseguir os parâmetros normais de glicemia (euglicemia), sem a hipoglicemia e sem romper gravemente a atividade e o estilo de vida usual do paciente. Portanto, o tratamento do DM consiste em cinco componentes principais: o tratamento nutricional, exercício físico, monitoração, terapia farmacológica e educação (HINKLER; CHEEVER, 2015).

1.2 DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Alguns estudos publicados pela SBD revelam que a prevalência do DM e da intolerância à glicose na população urbana brasileira é de 15,4%. De tal modo, que se estima a existência de 8 milhões de brasileiros que necessitem de orientações específicas para o planejamento de mudanças de hábitos alimentares e no estilo de vida (SBD, 2003).

O DM é uma doença onerosa para as pessoas afetadas e suas famílias, bem como para o sistema de saúde. Esse fato se deve a sua natureza crônica, e à gravidade das complicações que essa provoca e os meios necessários para seu controle. Portanto, considera-se importante a inserção de pessoas rastreadas, e diagnosticados com DM no sistema de saúde, bem como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem que estar preparado para receber e comportar o grande número de novos casos diagnosticados e disponibilizar o seguimento adequado (WHO, 2002). Nos EUA, as estimativas dos custos com cuidados de saúde para uma pessoa com DM eram maiores em dobro ou triplo dos que não tinham DM (ADA, 2008).

Dependendo da sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível, os custos diretos com DM podem variar de 25% a 15% do orçamento anual da saúde. No Brasil os custos diretos no ano de 2015 foram de 22 bilhões de dólares, e as estimativas acerca dos custos para os próximos anos é crescente que poderá chegar em 29 bilhões em 2040,

países como Argentina e México tiveram seus gastos anuais em 0,8 bilhões e 2 bilhões respectivamente. É importante destacar que o Brasil é o 4º país com maior número de pessoas com diabetes mellitus, segundo os últimos dados da SBD (BARCELO et al., 2003; SBD, 2017).

Portanto, torna-se evidente que o DM é um importante problema de saúde pública, que necessita cada vez mais de pesquisas voltadas para o diagnóstico do DM, seu tratamento, educação e autocuidado de pessoas afetadas, bem como da QV dessas, uma vez que o número de casos de DM cresce de forma alarmante.

1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Em um contexto global, vários conceitos e definições são trazidos por diferentes autores sobre o conceito de Atenção Primária a Saúde (APS) e o seu papel na assistência voltada a comunidade, neste contexto Barbara Starfield (2002) ressalta que a APS como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas são exclusivas da atenção primária. (STARFIELD, 2002, p.28).

A atenção primária vem abordar os problemas mais comuns na comunidade, desta forma, oferece diversos serviços de prevenção de doença, cura e reabilitação, para elevar o nível de saúde e bem-estar. Organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002), apresenta alguns marcos históricos indispensáveis para o entendimento da APS, considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS em uma expectativa de organização sistemática regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica, sendo estes níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino.

O Relatório Dawson, foi preparado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, as concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde

britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (STARFIELD 2002; MENDES, 2012).

Declaração de Alma-Ata vem ser outro marco histórico na APS, na “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, ocorrida na cidade de URSS, em 1978. Em suas recomendações, enfatizou que os cuidados primários de saúde constituem a chave que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (BRASIL, 2002).

A APS no Brasil possui em sua história uma larga e extensa linha do tempo, nesse contexto Mendes (2012) a registra em ciclos, que denominou de ciclo de desenvolvimento da APS, para melhor compreensão, os fatos mais relevantes de cada ciclo estão elencados no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Ciclo de desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde:

1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	4º Ciclo	5º Ciclo	6º Ciclo	7º Ciclo
- Surgiu em 1924;	- Início nos anos 40;	- Instituído a partir da metade dos anos 60;	- Início nos anos 70;	- Início dos anos 80;	- Municipalização das unidades de APS;	- Implantação do PSF;
- Influência Dawsoniana;	- Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde;	- Desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde;	- Conferência de Alma Ata (1978);	- Crise da Previdência Social;	- Gestão dos municípios;	- Ciclo da atenção básica à saúde e que atualmente vigente.
- Educação sanitária;	- Inspirado no modelo sanitário americano;	- Focaliza suas ações na prevenção das doenças;	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, Nordeste (1976), demais regiões (1979)	- Instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS);	- Expansão dos cuidados primários;	- Influência de modelos de medicina de família e de comunidade;

- Corte nítido entre o campo da saúde pública e o campo da atenção médica;		- Programas de saúde pública;		- Cultura de atenção médica do INAMPS incluída dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública;		- Raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros.
--	--	-------------------------------	--	--	--	--

Fonte: Mendes (2012).

E em publicação posterior, Mendes defende o surgimento de um oitavo ciclo de desenvolvimento da APS, denominado ciclo da atenção primária à saúde, que segundo o autor, esse novo ciclo aproximará a APS do SUS da concepção de uma estratégia de reordenamento do sistema de atenção à saúde, superando, decididamente, as interpretações mais estritas da atenção primária seletiva e de um primeiro nível de atenção (a porta de entrada) (MENDES, 2015).

Atributos e funções também compõem a APS como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Starfield (2002) e Mendes (2012) elencam sete atributos e três funções essenciais da APS. E os quatro primeiros atributos são considerados essenciais e os três últimos derivados, são eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. E as três funções da APS são: resolubilidade, comunicação e responsabilização.

O primeiro contato vem ser um atributo que remete a procura a atenção à saúde, através de um problema qualquer. A longitudinalidade vem ser o suporte com a regularidade de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade além de outros significados, vem ser a prestação do serviço pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos.

A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção à saúde. A focalização na família considera a família como o sujeito da atenção, assim exigindo uma

comunicação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas de abordagem familiar. A orientação comunitária constitui o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem. A competência cultural vem ser a relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as diferenças culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002). Em relação aos atributos da APS, Mendes (2015, p.34) enfatiza:

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos”. Assim, tornando essencial o uso destes atributos na prática diária do serviço de atenção saúde.

A primeira função da APS, a resolubilidade, em suma, vem ser a função em ser objetiva em solucionar 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação significa ter competência de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre as diferentes instâncias das redes. A função de responsabilização sugere o conhecimento e o relacionamento pessoal, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população (MENDES, 2012).

A temática APS compõem diversos estudos científicos, que buscam resposta em relação a importância da APS para a sociedade e de seu funcionamento na Rede de Atenção à Saúde. Assim Gil (2006), realizou um estudo que utilizou como sinônimos os termos Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família, através de uma análise de tais conceitos em documentos oficiais do Ministério da Saúde, relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Recursos Humanos, da Norma Operacional Básica/Recursos Humanos e de textos disponibilizados on-line pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Constatou que os relatórios referentes as conferências nacionais evidenciam uma lacuna importante neste debate e os artigos publicados apresentam, na maioria, os conceitos de atenção primária e atenção básica com o significado de unidade de saúde ou serviço local. E já os artigos sobre Programa Saúde da Família se aludem a ele mais como um programa do que como uma estratégia. Abaixo se tem o tópico específico sobre esta temática.

1.4 ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, através de aprovação pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica – AB, para a **Estratégia Saúde da Família – ESF**(grifo nosso) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, assim revogando portarias anteriores. Segundo esta política, ESF é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, devido esta defender uma reorientação do processo de trabalho com um maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da AB, também expande a resolutividade e causa importante impacto na situação de saúde das pessoas e comunidade, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, com no mínimo, uma equipe necessita de um profissional médico generalista, ou sendo este especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem, bem como de agentes comunitários de saúde. Para compor cada ESF, outros profissionais como os de Saúde Bucal também fazem parte desta estratégia, sendo os cirurgiões-dentistas generalista ou também especialistas em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012)

Em Portaria mais recente, a PNAB trouxe algumas mudanças que atinge o andamento e a assistência prestada pela ESF, portaria essa nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, assim uma das mudanças foi referente a população adscrita por ESF, que vem ser de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da AB, diferentemente da anterior, que era de 4.000 mil pessoas por ESF, com média recomendada de 3.000 pessoas.

Nesta portaria também, vem citar a mudança que vem ocorrer com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que como explicita o nome, oferece assistência a ESF e foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolutividade. Este núcleo é composto por diferentes profissionais de diversas áreas, podendo ser estes de diferentes especialidades da medicina, como médicos acupunturistas e pediatras, também por nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, entre outros. E nesta nova portaria, vem trazer que essas equipes multiprofissionais passem a complementar não só equipes de Saúde da Família, mas também as equipes de AB ditas como “tradicional”. Assim, mudando de NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB (BRASIL, 2017b).

Essas e outras mudanças já eram previstas por diversos estudos, sendo uma necessidade para o fortalecimento desta estratégia. Como no estudo de CONILL (2008) que concluiu que garantir a continuidade dessa estratégia, realizando as mudanças necessárias é um horizonte razoável a ser defendido do ponto de vista técnico, o qual será sempre condicionado pela dinâmica dos projetos tecnológicos e assistenciais em disputa. Além de enfatizar que no contexto brasileiro, é necessário refletir sobre as possibilidades de sinergia dessa estratégia com outras políticas sociais e sobre os fatores necessários para garantir seu desempenho.

1.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E DM

Quando se trata do conceito “qualidade de vida”, não se consegue chegar a uma verdade ou conclusão absoluta, tendo em vista a complexidade e subjetividade do termo, bem como o emprego da expressão em diversas e diferentes situações. Assim, apesar de se ter inúmeras colocações para o termo QV, não se alcança uma definição aceita na sua totalidade. Segundo Gill e Feisntein (1994), QV não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como os conhecidos bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros fatos importantes da vida do ser humano como o trabalho, família, amigos, e outras situações do dia a dia, atentando sempre que a percepção pessoal de quem se quer investigar é primordial.

Seidl e Zannon (2004) descreve QV em duas tendências: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde – QVRS. Alguns autores não realizam esta divisão, no entanto sabe-se que o termo QV, nos dias atuais, está sendo discutido e debatido em diferentes âmbitos e vertentes. O termo QVRS inclui principalmente avaliações de QV voltada as pessoas que apresentam alguma patologia ou agravo. Ou, está mais relacionada à aspectos diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

O mau controle glicêmico, tende a deteriorar o estado de saúde das pessoas com DM, podendo ocasionar uma depreciação da QV dos mesmos, refletindo em diferentes vertentes, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores, falta de vitalidade, instabilidade emocional, entre outros.

No que tange a pessoa com DM, em particular a DM2, e todas as modificações e alterações que ocorrem devido a esse agravo, este grupo de pessoas podem enfrentar diversas dificuldades de ajustamento, as quais podem afetar a apreciação subjetiva que faz de sua condição de vida, de acordo com o estágio de desenvolvimento das complicações relacionadas

à doença. E devido ao DM ser uma condição crônica que persiste por toda a vida e vem acompanhada ou não de outras comorbidades. As complicações agudas, decorrentes do DM, também podem exercer impacto direto sobre a QV, pois aumentam a predisposição a transtornos depressivos e de ansiedade, interferem nas relações de trabalho, no desempenho de tarefas domiciliares e escolares, bem como na própria independência da pessoa (SOUSA, 2008).

As complicações do DM também influenciam em outros fatores que podem afetar a QV dessas pessoas, pois dependendo da complicação, causam incapacidades que dificultam a execução do trabalho, determinando aposentadorias precoces de pessoas jovens e economicamente ativas. Estudo realizado para identificar a repercussão das DCNT na concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nas agências do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS em Recife no período de 2000-2002, mostrou que no grupo de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, o DM foi responsável pela maioria das concessões nesses casos, com 77,7% (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007).

Os idosos com DM participantes de pesquisa que avaliou a QV dos mesmos mostraram que eles definiram sua QV como nem ruim e nem boa, correspondendo 40% da amostra da pesquisa. Definindo assim a importância de acompanhar os idosos no que tange a sua QV (REIS et al., 2009).

CAPITULO 2 - MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado nos domicílios das pessoas com DM, em seguimento pela ESF no município de Macapá, capital do Estado do Amapá, localizado na região norte do Brasil, único município brasileiro a ser cortado pela linha do equador. No último censo a população do mesmo foi contabilizada em 398.204 pessoas, no ano de 2017 houve uma atualização deste quantitativo para 474.706 pessoas.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo descritivo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

Descritivo por este tipo de estudo consistir em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação. Transversal, devido este estudar as variáveis simultaneamente em um determinado momento. Neste tipo de estudo o tempo não é importante em relação à forma com que se dão os fenômenos. Quantitativo, por esse tipo de estudo investigar fenômenos que prestam a medição e quantificação precisas e pelo fato de seus objetivos serem direcionados para avaliar a QV de pessoas com DM através de um questionário de avaliação, assim necessitando a utilização de dados numéricos, e exploratório uma vez que tende a construir um conhecimento acerca de um assunto pouco abordado (POLIT; BECK, 2011).

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

No município de Macapá há 3.188 pessoas com DM cadastradas no programa de Doenças Crônicas do município, em seguimento com 68 equipes de Estratégia Saúde da Família.

Para o cálculo do tamanho da amostra para estimar a proporção (p) da população, foi considerado o nível de significância de 5%, com margem de erro de 5% e por não conhecer proporção estimada de pesquisas anteriores, foi considerado a proporção máxima $p=q=1/2$. Sendo considerado o tamanho da população $n=3.188$, foi aplicado a formula para população múltipla, obteve-se uma amostra $n= 319$ pessoas.

Por tratar-se de um sorteio aleatório sem reposição, a amostra final foi de n=308 sendo 11 excluídos pelo critério de não ter tido acesso a ESF que seria coletado esse quantitativo da amostra.

Uma vez conhecida a amostra, aplicou-se o método de amostragem estratificada com a utilização do Programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 20.0 para determinar o quantitativo de participantes por ESF. Portanto, a amostra foi do tipo casual estratificada com partilha proporcional, com seleção aleatória simples. Na partilha proporcional, o tamanho da amostra de cada estrato é proporcional ao tamanho de cada estrato da população (HADDAD, 2004).

A Tabela 1 descreve as equipes, seus respectivos números de identificação, assim como o número de participantes da pesquisa por equipe (MACAPA, 2016).

Tabela 1: Distribuição das Equipes de Estratégia Saúde da Família, quantitativo de pessoas com Diabetes Mellitus por Estratégia Saúde da Família, Macapá-AP, Brasil, 2018. N=3.188. (continua)

Nº de Identificação da ESF Zona Sul	Diabéticos/ESF	Amostra	Nº de Identificação da ESF Zona Sul	Diabéticos/ESF	Amostra
13	33	3	16	72	8
64	23	2	44	76	5
25	15	2	43	63	5
45	36	5*	76	33	8
63	49	6*	38	74	4
5	35	3	31	42	3
71	8	1	1	34	3
15	28	3	19	36	4
85	45	5	42	72	7
29	35	4	36	75	8
47	81	8	84	87	9
87	48	4	70	45	4
6	36	4	69	88	8
22	64	7	21	65	6
65	26	2	37	69	6
20	81	8	2	22	2
41	31	3	56	16	2
3	156	3	57	33	3
14	30	7	8	26	3
17	41	8	12	36	3
74	41	9	18	61	3
23	27	3	89	47	2
49	42	4	35	42	2
50	28	3	67	82	4
59	32	3	68	38	1
60	38	4	4	38	5
72	78	8	27	56	7
26	54	6	86	59	7

(continuação)

Nº de Identificação da ESF Zona Sul	Diabéticos/ESF	Amostra	Nº de Identificação da ESF Zona Sul	Diabéticos/ESF	Amostra
46	60	6	58	48	5
39	56	4	-		
90	45	6	-		
11	19	2	-		
48	61	6	-		
66	13	1	-		
75	13	2	-		
10	42	4	-		
9	63	11	-		
24	51	9	-		
73	16	3	-		

Fonte: MACAPA, 2016.

*Amostra não realizada.

2.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

O período da coleta de dados foi no período de setembro de 2016 a dezembro de 2017.

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

2.5.1 Inclusão: Participaram do estudo pessoas com diagnóstico confirmado de DM2 atendidos pelas ESF e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de consentimento livre e esclarecido.

2.5.2 Exclusão: menores de 18 anos, pessoas acamadas, dificuldade de acesso a ESF e aqueles que tiveram diagnóstico médico de comorbidade de transtorno mental.

2.6 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A técnica para a coleta de dados foi através da aplicação de questionário, realizado durante a visita domiciliar acompanhada de um agente comunitário de saúde (ACS), porém, aplicado pela autora, sendo esta coleta detalhada a seguir.

- 1ª ETAPA: deslocar-se até a Unidade de Saúde que se encontrava a ESF;

- 2ª ETAPA: solicitar autorização e apresentação da carta de anuência do estudo ao profissional enfermeiro para a realização do mesmo na ESF em questão, por ser este o profissional responsável pela organização e assistência dos participantes;
- 3ª ETAPA: agendar visitar domiciliar com o ACS;
 - 4ª ETAPA: na visita domiciliar foi informado a todos os participantes os objetivos do estudo e convidados a participar da pesquisa, seguindo os critérios de inclusão.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a coleta de dados foi composta por dois instrumentos, um formulário composto por perguntas sociodemográficas, clínicas, econômicas e sobre hábitos de vida (APENDICE A) e a escala Diabetes-39 (D-39) (ANEXO A), sendo ambos detalhados a seguir.

2.6.1 Instrumentos de coleta de dados

2.6.2 Formulário

2.6.2.1 Variáveis Sociodemográficas

- Idade: em anos.
- Sexo: feminino ou masculino.
- Escolaridade: se 1º, 2º ou 3º grau completo ou incompleto e não alfabetizado
- Estado civil: casado, solteiro, amasiado, casado, viúvo e divorciado.

2.6.2.2 Variáveis Clínicas

- Tempo de diagnóstico: em anos, classificados em menor que 5 anos, de 5 a 10 anos e maior que 10 anos.
- Comorbidades: foram elencadas as que apresentam relação com o DM, sendo elas hipertensão, DVP, obesidade, IAM, AVC, cardiopatias, doença arterial e doença renal, e se for o caso de outra comorbidade que não seja uma das citadas anteriormente, foi considerada como outras.
- Terapia medicamentosa para DM: classificadas as principais classes terapêuticas para DM, se uso de insulina, antidiabético oral (ADO) ou a associação de ambos e se for o caso, sem o uso de terapêutica medicamentosa.
- Índice de massa corporal (IMC): realizado conforme cálculo preconizado pela OMS, através de fórmula $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$. Posteriormente classificado em baixo peso,

peso saudável, sobrepeso e obesidade (Quadro 2).

- Circunferência abdominal (CA): medida através de fita métrica, em centímetros, os valores foram considerados para homens e mulheres (Quadro 2).

Para as variáveis IMC, foram utilizados os parâmetros determinados pela Diretrizes Brasileira de Obesidade 2009-2010, utilizados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) e a para CA a recomendação da WHO (2000).

Quadro 2: Critérios utilizados para classificação dos Dados Antropométricos Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal.

CLASSIFICAÇÃO DE PESO PELO IMC		
Classificação	IMC (kg/m²)	
Baixo peso	<18,5	
Peso saudável	18,5 – 24,9	
Sobrepeso	25 – 29,9	
Obesidade	≥30	
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL		
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Aumentado substancialmente	≥ 102	≥ 88

Fonte: DIRETRIZES BRASILEIRA DE OBESIDADE 2009-2010; OMS, 2000.

- Pressão arterial (PA): foram utilizados os parâmetros das diretrizes recomendadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), como descrito no quadro abaixo.

Quadro 3: Critérios utilizados para classificação da Pressão Arterial.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016.

- Glicemia ao acaso (GA): foi utilizado os parâmetros tradicionais para a avaliação do controle glicêmico recomendado pela SBD (2016), considerando como meta terapêutica

valores < 160 mg/dl.

2.6.2.3 Variáveis Econômicas:

- Situação trabalhista: se pertencia ao mercado formal ou informal, do lar, aposentado e pensionista.
- Renda familiar: em salários mínimos, variando de 1 a mais de 7 salários.

2.6.2.4 Variáveis sobre hábitos de vida

- Realização de atividade física: pergunta com resposta fechada do tipo sim ou não.
- Uso de bebida alcoólica e fumo: se uso de álcool, fumo ou ambos, ou se já fumou ou bebeu.

2.6.3 Escala D-39 (Anexo A)

Esta escala foi desenvolvida por Boyer e Earp (1997) originalmente na língua inglesa e realizado adaptação cultural e validação para brasileiros com DM tipo 2 Queiroz (2008) apresentando alfa de Cronbach de 0,917.

Trata-se de um instrumento específico para avaliar a QV de pessoas com DM, sendo este um dos pontos pelo qual optou-se por tal, pois o uso de instrumentos como uma avaliação mais objetiva e clara do impacto global do DM na QV dessas pessoas. Pode ser autoadministrável, é composto por 39 itens, que abrangem cinco dimensões (domínios) de QV da pessoa com DM, ele ainda considera dois itens de avaliação geral que engloba a autopercepção da QV e da gravidade do diabetes, como especificado no Quadro 4.

Justifica-se a escolha da utilização do D-39 por ser um instrumento que apresentou consistência interna satisfatória, por ser um instrumento específico confiável e válido para avaliar a QVRS do público alvo do estudo, pode ser utilizado em um extenso grupo de pessoas, sem exceções ligadas ao sexo, idade, escolaridade, nível de saúde ou etnia. (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009; CURCIO; LIMA; ALEXANDRE, 2011).

Quadro 4: Dimensões que compõem a Escala de Qualidade de Vida – D-39

Dimensões (Domínios)	Itens que compõem
Energia e Mobilidade	3.Pela diminuição ou falta de energia 7.Por outros problemas de saúde, além do diabetes 9.Pela sensação de fraqueza 10.O quanto você consegue andar 11.Pela necessidade de realizar exercícios regularmente

	12.Pela perda ou embaçamento de sua visão 13.Por não ser capaz de fazer o que você quer 16.Por outras doenças, além do diabetes 25.Por complicações devido ao seu diabetes 29.Por não ser capaz de fazer atividades domésticas ou outros trabalhos que estão relacionados a casa 32.Pela necessidade de descansar várias vezes no dia 33. Por dificuldades em subir escadas 34.Pelas dificuldades em cuidar de você mesmo (a) 35.Pelo sono agitado 36.Por andar mais devagar que os outros
Controle do Diabetes	1.Pelo uso diário de sua medicação para o diabetes 4.Por seguir seu tratamento para o diabetes prescrito pelo médico 5.Pelas restrições alimentares necessárias para o controle do seu diabetes 14.Por ter diabetes 15. Por perder o controle dos seus níveis de açúcar no sangue 17. Por ter que testar os seus níveis de açúcar 18. Pelo tempo necessário para controlar o seu diabetes 24. Por tentar manter seu diabetes bem controlado 27. Por manter os registros (anotações) dos seus níveis de açúcar 28. Pela necessidade de comer em intervalos regulares 31. Por ter sua rotina organizada em função do diabetes 39. Pelo diabetes em geral
Ansiedade e Preocupação	2. Pela preocupação relacionada com questões financeiras 6. Pelas preocupações sobre seu futuro 8.Pelo estresse ou pressão em sua vida 22.Por sentimento de tristeza ou depressão
Sobrecarga Social	19.Pelas restrições que seu diabetes impõe sobre sua família e amigos 20.Pelo constrangimento por ter diabetes 26. Por fazer coisas que sua família ou seus amigos não fazem 37. Por ser chamado de diabético 38. Por ter o diabetes interferindo em sua vida familiar
Funcionamento Sexual	21. Pelo fato de o diabetes interferir na sua vida sexual 23. Por ter problemas com função sexual 30. Pela diminuição do interesse pelo sexo
Avaliação Geral	1. Indique a medida da sua qualidade de vida geral 2. Indique quão grave você acha que é o seu diabetes

Fonte: QUEIROZ, 2008.

Quanto à resposta dos participantes ao D-39, elas seguem uma avaliação por escala do tipo Likert de sete pontos, sendo o número 1 (um) QV absolutamente não afetada e o número 7(sete), traduz uma QV extremamente afetada (QUEIROZ, 2008). Na presente pesquisa, conforme orientação de Queiroz (2009), a pontuação se transforma em uma escala de 0 a 100 pontos conforme a fórmula: $(\text{classificação bruta} - \text{valor mínimo}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}) \times 100$; que realiza sua conversão linear nos domínios, pontuação total e classificações de autopercepção da qualidade de vida e da gravidade do diabetes.

2.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi criada uma planilha no Excel-2010 para tabulação dos dados, sendo posteriormente transferida para o SPSS versão 22.0 for Windows (IBM. SPSS STATISTICS 22), para o tratamento estatístico.

Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas para caracterização das variáveis em estudo. Como medidas descritivas foram utilizadas a mediana, a média e o desvio padrão para a caracterização das variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas para a caracterização de variáveis qualitativas.

A normalidade avalia também se as variáveis possuem uma distribuição normal dos dados foi estudada através do teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov (k-S), indicado para o uso em variáveis de distribuição contínua. As variáveis sociodemográficas e clínicas, idade e glicemia ao acaso apresentaram distribuição normal com $p < 0,05$ (k-s: 0,039 e k-s: 0,103 respectivamente). A distribuição normal também foi constatada no Escore total (k-s: 0,083), Controle de DM (k-s: 0,0162), Ansiedade e Preocupação (k-s: 0,134), Sobrecarga Social (k-s: 0,0361), Funcionamento Sexual (k-s: 0,433), Energia e Mobilidade (k-s: 0,109), Qualidade de vida geral (k-s: 0,208) e Gravidade do DM (k-s: 0,251), todos com significância estatística $p < 0,05$.

Assim, utilizou-se o Coeficiente de Pearson (r) para o estudo das correlações entre as variáveis idade e glicemia ao acaso com Escore total, Controle do DM, Ansiedade e Preocupação, impacto social, Funcionamento Sexual, Energia e Mobilidade, Qualidade de vida geral e Gravidade do DM. Foi considerado um nível de significância de 5% para a decisão quanto à significância estatística, com valores de r que variam de -1 a 1 caracterizados com correlações nulas ($r=0$) à perfeita ($r=1$).

Utilizou-se o Teste t de Student, por ser um teste paramétrico indicado para quando há uma distribuição normal na amostra, comparando as médias entre variáveis, este teste comparou a distribuição da média do D-39 entre os dados da amostra da variável sexo, considerando um nível de significância estatística de $\alpha < 0,05$.

Na análise de consistência interna utilizou-se o teste de confiabilidade alfa de Cronbach, analisando a consistência interna dos itens para cada um dos domínios, tendo como parâmetro de corte valores maiores ou iguais a 0,70, Pestana e Gageiro (2008), propõem a interpretação dos valores: superior a 0,9 consistência muito boa, de 0,8 a 0,9 boa, 0,7 e 0,8 razoável, e 0,6 a 0,7 fraca, valores inferiores a 0,6 são inadmissíveis. O corte de 0,70 foi proposto pela validação do D-39 (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

2.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi protocolado na Plataforma Brasil conforme recomenda a Comissão de Ética Nacional (CONEP), obteve aprovação pelo comitê de ética da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) cujo parecer n° 1.742.572, atendendo às recomendações da Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe de orientações para realização de pesquisa com seres humanos. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para tomarem ciência de que a participação na pesquisa é espontânea.

CAPITULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA QUANTO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, ECONÔMICAS E HÁBITOS DE VIDA

3.1.1 Variáveis Sociodemográficas

Os resultados referentes as variáveis sociodemográficas estão apresentados na Tabela 2, o sexo feminino compôs a maioria do estudo (67%), a faixa etária que predominou foi de 60 a 69 anos (31%), com média de idade de 60,6 anos. Quanto ao estado civil (48%) declaram-se casados. À Situação trabalhista, (34%) é aposentado (40%), teve escolaridade de 1ª grau incompleto e renda de 1 a 3 salários mínimos (72%).

Tabela 2: Distribuição das Variáveis Sociodemográficas e econômicas de Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá-AP, 2018. N=308. (continua)

VARIÁVEL		FN	F%
Sexo	Masculino	101	33%
	Feminino	207	67%
Idade	20 a 29 anos	1	0%
	30 a 39 anos	12	4%
	40 a 49 anos	43	14%
	50 a 59 anos	85	28%
	60 a 69 anos	95	31%
	70 a 79 anos	55	18%
	80 a 89 anos	14	4%
	90 a 99 anos	3	1%
Estado Civil	Solteiro	51	17%
	Amasiado	37	12%
	Casado	148	48%
	Viúvo	52	17%
	Divorciado	20	6%
Situação Trabalhista	Formal	57	19%
	Informal	38	12%
	Do Lar	71	23%
	Aposentado	106	34%
	Pensionista	36	12%
Escolaridade	1º grau completo	23	7%
	1º grau incompleto	123	40%
	2º grau completo	68	22%
	2º grau incompleto	25	8%
	3º grau completo	14	5%
	3º grau incompleto	1	0%
	Não alfabetizado	54	18%

(continuação)

VARIÁVEL		FN	F%
Renda Familiar	< 1 salário mínimo	65	21%
	1 a 3 salários mínimos	221	72%
	4 a 6 salários mínimos	14	4%
	> 7 salários mínimos	8	3%

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

O predomínio do sexo feminino, tem sido evidenciado na maioria dos estudos voltados para avaliações de saúde em geral. Kim; Newton e Knopp (2002), relatam que o DM tipo 2 desenvolve frequentemente mais em mulheres, principalmente através da classificação DM gestacional, pois geralmente após esse período, algumas mulheres desenvolvem a doença.

Para Peters et al. (2014), informam em seu estudo que as mulheres com DM correm maiores riscos de apresentarem doença cardíaca coronária do que os homens com DM. Esta informação remete o quanto este público necessita de assistência e informação em relação aos riscos que DM pode acarretar, quando não existe um bom controle glicêmico.

Corroborando com pesquisas realizadas em Piracicaba-SP, Picos-PI e Cajazeiras-PB que apresentaram também predomínio do sexo feminino, com (65,2%), (59%) e (75%) da amostra, respectivamente. Já tais estudos justificam esse predomínio, devido a população feminina procurar com maior frequência os serviços de saúde, assim caracterizando um maior percentual de mulheres nas pesquisas (CORRÊA et al., 2017; LEAL et al., 2014; LEITE et al., 2015).

A idade avançada foi predominante no estudo, 31% foi equivalente a faixa etária de 60 a 69 anos, mínimo 23 e máximo de 93 anos. Segundo a SBD (2017) DM2 pode ocorrer em qualquer idade, porém é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Sendo este um fator que explica a prevalência desta faixa etária no estudo. Relacionado a média de idade, que foi de 60,6 anos, está se aproxima da média encontrada nos estudos de Leal et al., (2014) de 64,1 anos e de Chibante et al., (2014) que foi de 58,62 anos.

A IDF (2012) evidência uma perspectiva em relação ao aumento do DM no mundo, que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, este aumento ocorrerá em todas as faixas de idade, em que as pessoas de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nos de 20 a 44 anos e acima de 65 anos. E nos países europeus e Estados Unidos (EUA) se dará, em particular, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento principalmente da expectativa de vida.

No presente estudo, por se tratar de uma coleta de dados através de visitas domiciliares, outras possíveis justificativas para o predomínio de idosos na amostra, seria o fato dos mesmos permanecerem mais no seu domicílio do que os adultos jovens, além de serem um público alvo das equipes de saúde (IDF, 2012).

Em relação a proporção de DM em pessoas acima de 60 anos, no estudo de Silva et al., (2016) realizado com idosos acompanhados também pela ESF, no município de Porto Alegre – RS, detectou o predomínio total de DM em 23,5% da sua amostra. Sendo que a maioria composta por mulheres (27,2%). Portanto, se evidencia não só o crescimento do DM na faixa etária citada, como a importância cada vez mais de estudos de diferentes vertentes com intuito de fornecer assistência adequada e de qualidade as pessoas com DM.

Quanto ao estado civil, pessoas casadas foram predominantes, caracterizando 48% da amostra. Variável que conforme a literatura parece favorece ter uma pessoa da família por perto, pode vir a contribuir na identificação de problemas culturais, sociais e econômicos que venham dificultar a adesão ao tratamento, agindo na adoção de ações de autocuidado, bem como minimizar as complicações do DM. Fato este um fator a favor das pessoas com doenças crônicas (SANTOS et al., 2016).

A proporção de pessoas casadas, foi encontrada em diversos estudos, como no de Moura, Guedes e Menezes (2016), realizado em Fortaleza-CE, com 57,5% de casados na amostra, reforçando a importância de se ter um membro familiar para contribuir no autocuidado dessas pessoas. Alves et al., (2013) e Faria et al., (2013) tiveram em suas amostras também percentuais parecidos, 52,9% e 43,3% de casados respectivamente.

Outro ponto em relação ao estado civil casado, é a preocupação que o parceiro demonstra em diferentes aspectos, tanto na adoção do autocuidado, como no estímulo para o segmento de um tratamento adequado, no uso da terapia medicamentosa e à adesão de hábitos de vida saudáveis.

À situação trabalhista, neste estudo a maioria são aposentados, dado este encontrado nos estudos de Santos et al., (2016), Moura; Guedes e Menezes (2016) com percentual de 52,3% e de 27,5% respectivamente. Esta variável mostra-se predominante, possivelmente devido a maior parte da amostra ser constituída por idosos. Assim sendo, a aposentadoria é demonstrada como a principal fonte de renda de uma família, o que leva a uma reflexão que devido ao fato de estarem aposentados essa população acaba deixando de lado a realização de outras atividades que levariam ao ganho de alguma remuneração, podendo levá-los até a ociosidade.

Outra vertente relacionada a aposentadoria de pessoas com DM, vem ser a saída dessas pessoas precocemente do mercado de trabalho, devido principalmente as complicações causadas por essa doença. Lobato et al. (2014) realizou um estudo do tipo revisão integrativa com o intuito de identificar evidências das implicações do DM no trabalho, e dentre as linhas de evidências encontradas no estudo, foi justamente a aposentadoria precoce e as suas consequências econômicas para a população. Segundo o estudo o trabalhador com DM, com idade entre 35 e 60 anos, perde um tempo estimado em 1,1 anos da sua força de trabalho quando comparado a pessoas sem DM, assim justificando a redução do seu tempo de permanência no mercado de trabalho.

O nível de escolaridade encontrado foi de 1º grau incompleto, caracterizando um baixo nível de escolaridade dos participantes da pesquisa. Seguindo o perfil também dos estudos de Bernini et al. (2017); Alves et al. (2013) e Chibante et al. (2014), todos com percentuais próximos ou acima dos encontrados neste estudo. Revelando que os trabalhos nacionais mostram um perfil de pessoas com DM com poucos anos de estudo, constitui um fator negativo tanto para as pessoas com DM quanto para os profissionais que prestam assistência à essas pessoas, pois dependendo da terapia medicamentosa que necessitam, como exemplo os que utilizam insulina, deve-se ter certeza que esta pessoa está realizando a dosagem correta, dentre outras diversas peculiaridades do segmento da pessoa com DM.

Neste pensar, Rodrigues et al. (2012) ressalta que teve como objetivo relacionar o conhecimento e a atitude de usuários com DM2, conforme a escolaridade e o tempo da doença, revelou que o baixo nível educacional é uma das características predominantes nos usuários atendidos pelos serviços públicos de saúde, tornando a escolaridade uma variável importante na escolha de estratégias inovadoras e efetivas para o empoderamento das pessoas com baixa escolaridade.

Quanto a renda familiar, mais da metade da amostra pesquisada apresentou uma baixa renda, de 1 a 3 salários mínimos. Sendo fator importante no perfil dessas pessoas, uma vez que um bom poder aquisitivo ajudaria tanto na aquisição de alimentos adequados para pessoas com DM como dos medicamentos, por mais que segundo a Constituição Federal, a pessoa com doença crônica, entre elas o DM, tem seu tratamento garantido pelo SUS, é conhecido a falta de medicamentos, insumos, de profissionais que atendam a toda a essa população, entre outras mazelas do serviço público de saúde.

Assim, a pessoa com DM tendo que ter custos, em diversas vezes, custos elevados, para garantir seu tratamento e acompanhamento. Leal et al. (2014) também reforça em seu

estudo, que os principais problemas referidos para a não realização do tratamento adequado do DM, dentre outras causas, foram os problemas financeiros.

Campos et al. (2016) também concluiu em seu estudo, que os fatores financeiros estão incluídos nos aspectos que agem desfavoravelmente à adesão ao tratamento de pessoas com DM, sendo eles relacionados justamente a citação anterior, ou seja, à aquisição de alimentos, medicamentos e a poder consultar com os profissionais de saúde. Este dado foi parecido também com o estudo de Moura, Guedes e Menezes (2016), que detectou que 67,5% da sua amostra apresentou uma baixa renda.

3.1.2 Variáveis sobre Hábitos de Vida e Antecedentes Pessoais

Os resultados pertinentes as variáveis sobre hábitos de vida se apresentam na Tabela 3, revelou que (73%) não realizavam nenhuma atividade física. O percentual de (27%) que praticavam atividade física, (13%) realizam 3 vezes ou mais por semana. Quanto ao hábito de fumar e ingerir bebida alcoólica, (63%) da população referiram não fumar e nem ingerir bebida alcoólica.

Dados referentes aos antecedentes pessoais, em relação às comorbidades, (56%) revelaram ter hipertensão, (4%) cardiopatias, (2%) doença arterial, (10%) relacionaram outras doenças e (21%) negaram a ocorrência de outras patologias. Quanto ao tempo de diagnóstico, (38%) referiu ter DM há menos de 5 anos, (23%) de 5 a 10 anos e (39%) há mais de 10 anos.

Tabela 3: Distribuição das Variáveis sobre Hábitos de Vida e Antecedentes Pessoais de Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá-AP, 2018. N=308. (continua)

VARIÁVEIS		FN	F%
Hábitos de Vida			
Atividade física	Sim	83	27%
	Não	225	73%
Frequência	Nenhuma	225	73%
	1 vez	17	6%
	2 vezes	25	8%
	3 vezes ou mais	41	13%
Etilismo/Tabagismo	Fuma	15	5%
	Ingere bebida alcoólica	34	11%
	Fuma e ingere bebida alcoólica	4	1%
	Não fuma e nem ingere bebida alcoólica	195	63%
	Fumou ou ingeriu bebida alcoólica	60	20%

(continuação)

VARIÁVEIS		FN	F%
	Antecedentes Pessoais		
Comorbidades	Hipertensão	172	56%
	DVP	1	0%
	Obesidade	1	0%
	IAM	5	2%
	AVC	14	5%
	Cardiopatias	12	4%
	Doença arterial	7	2%
	Doença renal	1	0%
	Outras	30	10%
	Nega	65	21%
Tipo de DM	Tipo 1	0	0%
	Tipo 2	308	100%
Tempo de diagnóstico	< 5 anos	119	38%
	5-10 anos	70	23%
	> 10 anos	119	39%

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

Grande parcela dos participantes não realizavam nenhuma atividade física, estudo de Marques, Sousa, Domingos (2012) e de Winkelmann e Fontela (2014), também revelaram prevalência de inatividade física entre os participantes, com 57,5% e 55,3% total de suas amostras, respectivamente.

A não prática do exercício físico em pessoas com DM se apresenta como um indicador negativo que influencia sobre o tratamento, tendo em vista que a prática de exercícios auxilia no controle metabólico de comorbidades, como a obesidade, HAS e na redução do risco de aterosclerose (MONTENEGRO, 2015). Estudo de Corrêa et al. (2017), realizado com pessoas com DM, revelaram que as pessoas que realizavam atividade física tiveram menos chance de apresentar pior qualidade de vida do que aquelas que não praticavam nenhum exercício físico. Este é um indicador importante aos profissionais educadores físicos, que compõem o NASF e realiza apoio as ESF, bem como todos os profissionais envolvidos, a continuarem a desenvolver ações e estratégias que estimulem a prática de exercício físico entre esse público.

Neste entendimento, Miranda et al. (2017) realizou um estudo para identificar os efeitos do exercício físico ao ar livre em pessoas com DM e HAS, sendo a pesquisa conduzida por uma equipe do NASF da cidade de Lagoa da Prata-MG, concluiu que houve melhora na flexibilidade corporal dos participantes, auxiliando também na redução do peso corporal. Causando assim, mesmo que indiretamente, auxílio na redução da PA e dos níveis de glicemia a longo prazo.

Ribeiro et al. (2017) também nessa linha exercício físico e usuários do SUS, realizou uma avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no SUS, que

concluiu que tanto as intervenções baseadas em educação em saúde quanto as que utilizam classes de exercícios físicos, foram eficazes no objetivo de aumentar a prática de atividade física em adultos usuários do SUS. Revelando que para que essa prática se torne uma rotina para as pessoas, precisa-se de força de vontade dos profissionais em estimular esses usuários em realizar exercícios físicos, enfatizando os benefícios para a saúde, bem como tornar um serviço permanente, pois este mesmo estudo conclui que as intervenções que utilizaram como técnicas a educação em saúde, foram as que mais se mostraram efetivas na manutenção do nível de atividade física nos seis meses de acompanhamento após término da intervenção.

Bielemann, Knuth e Hallal (2010) fizeram uma análise interessante em relação à diminuição dos custos que a prática de atividade física poderia gerar aos serviços de saúde. Identificaram que os custos com internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório, foi de aproximadamente R\$ 4 milhões. Em relação ao DM, houve um gasto de R\$ 100 mil com internações realizadas por mulheres. E com medicamentos, tanto para HAS como para DM, oneraram ao SUS no ano de 2007, respectivamente, em torno de R\$ 100 mil e R\$ 300 mil. Portanto, enfatiza-se que estratégias de promoção para a prática do exercício físico são essenciais para a melhoria do estado de saúde das pessoas e consequente redução de custos.

Mais da metade da população estudada referiu não fumar e nem ingerir bebida alcoólica, sendo esta uma variável positiva, tendo em vista os malefícios que esses hábitos trazem para a manutenção da saúde.

Baixos percentuais de consumo de tabaco e álcool foram encontrados no estudo de Winkelmann e Fontela (2014), 15,1% e 7,3% respectivamente. Tais dados, se faz pensar em várias possibilidades de discussões, uma pode ser da população em reconhecer que estes hábitos de vida não saudáveis influenciam diretamente no tratamento do DM, podendo causar inúmeras complicações para os mesmos, e no caso do não uso do tabaco, cita-se a política pública antitabaco como uma das ações pertinentes ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011-2022, e foram instituídas ações regulatórias relacionadas ao tabagismo, como a proibição da propaganda de cigarros, as imagens sobre o risco de complicações nos maços de cigarros, entre outras. E no ano de 2011, realizaram-se consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para ampliar as advertências nos maços, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de adicionais de sabor nos cigarros (BRASIL, 2011).

Dados da VIGITEL (BRASIL, 2017b) mostraram a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de HAS, entre os homens, as maiores frequências foram

observadas no Rio de Janeiro (30,9%) e Curitiba (26,8%) e as menores em Boa Vista e Macapá (15,8%). Do sexo feminino, as maiores frequências foram em Recife (32,6%) e no Rio de Janeiro (32,5%) e as menores em Palmas (17,6%), Manaus (17,9%) e Macapá (19,2%). Apesar do inquérito telefônico apresentar que Macapá está entre as menores frequências, neste estudo, HAS foi a comorbidade de maior prevalência (56%) entre as pessoas com DM, seguindo dados de estudos como de LEAL et al., (2014) e ALVES et al., (2013), com (41%) e (81,2%) respectivamente.

Outro achado relacionado a HAS como comorbidade prevalente, foi no estudo de Garcia et al., (2016), que realizou a avaliação do estado nutricional com comorbidades associadas ao DM2 na população idosa, revelando que na população estudada houve a predominância do excesso de peso e a HAS como a comorbidade mais prevalente entre os pacientes com DM. Portanto se torna necessário uma atenção especial neste ponto, principalmente no controle voltado para a hipertensão.

Neste aspecto, QVRS é um fator importante em indivíduos com doenças crônicas limitantes que realizam tratamentos prolongados e apresentam maior vulnerabilidade às comorbidades, como é o caso de pessoas com HAS e DM, além do que a associação entre as duas patologias eleva o risco para doenças cardiovasculares, influenciando assim na QVRS, sobretudo no desempenho das atividades de vida diária desse público (ESTEVEZ et al., 2017; ALVES et al., 2013).

Um percentual significativo da amostra, tem DM há mais de dez anos. Percentual mais alto foi encontrado no estudo de Bernini et al. (2017), que caracterizou 45,8% da sua amostra. Já no estudo de Winkelmann e Fontela (2014), utilizando a média em anos do tempo médio de diagnóstico de DM2, revelou um percentual de 7,4 anos ($\pm 6,8$ anos).

Longo período de DM, possivelmente pode acarretar diversas complicações, principalmente alterações em membros inferiores. Brinati et al. (2017) em seu estudo, que teve como objetivo estimar a prevalência de polineuropatia – PND em pessoas com DM2, constatou que quatro variáveis foram associadas à PND, sendo as variáveis sexo, faixa etária, sensibilidade protetora plantar e o tempo de diagnóstico do DM, que neste caso teve uma média de 10,6 anos, justificando o tempo de DM como um fator de risco para agravos em membros inferiores.

3.1.3 Variáveis Clínicas

Nas variáveis clínicas, foram investigados terapia medicamentosa, circunferência abdominal, IMC, pressão arterial e glicemia ao acaso.

A distribuição das variáveis clínicas quanto a variável terapia medicamentosa e o seu tempo de uso dos participantes estão resumidas na Tabela 4. Assim, (81%) fazem uso de ADO, sendo que (44%) fazem uso desta terapia medicamentosa há menos de 5 anos.

O uso de insulina foi referido por (7%) da população, sendo que (36%) fazem uso de insulina a mais de 10 anos. (7%) declarou não utilizar nenhum tratamento medicamentoso, (80%) a menos de 5 anos.

Tabela 4: Distribuição das Variáveis Clínicas quanto a Terapia medicamentosa de Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá-AP, 2018. N=308.

VARIÁVEIS		FN	F%
	Terapêutica Utilizada		
	Insulina	22	7%
	ADO	250	81%
	Sem Terapêutica	20	7%
	Insulina + ADO	16	5%
	Tempo de uso		
Insulina	< 5 anos	6	27%
	5-10 anos	8	37%
	> 10 anos	8	36%
ADO	< 5 anos	110	44%
	5-10 anos	49	20%
	> 10 anos	91	36%
Sem Terapêutica	< 5 anos	16	80%
	5-10 anos	3	15%
	> 10 anos	1	5%
Insulina + ADO	< 5 anos	8	50%
	5-10 anos	5	31%
	> 10 anos	3	19%

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

Quanto a terapia medicamentosa, o estudo de Corrêa et al. (2017), realizado com pessoas com DM, de 25 a 90 anos, porém acompanhados em serviço especializado. Identificou que 94,8% dos participantes faziam uso de insulina, no estudo em questão não foi avaliado o tempo de uso da terapia medicamentosa. Os dados se diferenciam possivelmente devido ao local de estudo, geralmente os pacientes da APS são mais resistentes ao uso de insulina, além do que pacientes ambulatoriais possivelmente apresentam maiores complicações do DM. Já no estudo de Winkelmann e Fontela (2014), 89,5% tiveram ADO como medicamentos prescritos.

Gomes-Villas Boas, Foss-Freitas e Pace (2014), realizaram estudo com pessoas com DM em segmento de serviço ambulatorial, com o objetivo de investigar a adesão ao

tratamento medicamentoso e sua relação com as variáveis clínicas, de tratamento e o controle metabólico de pessoas com DM2, chegou à conclusão que os participantes apresentam uma alta adesão ao tratamento e poucas foram as variáveis que tiveram significância estatística. Já em relação a terapia medicamentosa dos participantes deste estudo, os que utilizavam a associação de insulina mais ADO foram mais prevalentes. Diferente deste estudo, que a maioria faz uso de ADO e um percentual muito baixo não faz uso de nenhum tratamento medicamentoso. Portanto, infere-se que a população estudada realiza boa terapia medicamentosa, porém a efetividade desse tratamento não foi avaliada, assim sugere-se estudos voltados para avaliação da adesão ao tratamento nesta população.

A tabela 5 revela os dados referentes a variável CA, (49%) dos homens apresentaram a CA aumentada, enquanto que nas mulheres a CA aumentada foi de (81%). CA adequada foram de (31%) nos homens e (16%) nas mulheres.

Tabela 5: Caracterização das Pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com a Circunferência Abdominal. Macapá-AP, 2018. N=308.

VARIÁVEIS		HOMEM		MULHER	
		Fn	f%	Fn	f%
Circunferência Abdominal	Adequado	31	31%	32	16%
	Aumentado	50	49%	168	81%
	Aumentado substancialmente	20	20%	7	3%

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

A mensuração da CA em pessoas com DCNT, em especial a pessoa com DM, torna-se de grande importância durante o atendimento deste público, uma vez que orienta as intervenções dos profissionais de saúde. Cassiano, Aniche e Iochida (2011), relatam que CA também é uma variável importante para o diagnóstico da síndrome metabólica. Neste mesmo estudo, que avaliou a prevalência de componentes da síndrome metabólica em pessoas com DM2, observaram que os homens apresentaram uma média de 101,4 cm de CA e mediana de 100 cm e as mulheres, uma média de 96 cm e mediana 96 cm. Mesmo que os parâmetros de análise foram diferentes, avaliando os resultados, os dados se mostraram semelhantes.

Outro estudo com resultados parecidos, foi um estudo Cubano, realizado por Zubizarreta et al. (2012), que avaliaram a relação entre as características antropométricas e o nível de risco de variáveis clínicas e bioquímicas em pessoas com DM2, e a CA da amostra predominou-se aumentada, com 67,5%, o estudo conclui também que as pessoas com DM2 que apresentam obesidade e aumento da gordura abdominal apresentam um maior risco

vascular, portanto é notório a importância de se efetivar as políticas públicas voltadas para o acompanhamento nutricional e a prática do exercício físico em pessoas com DM.

Em relação ao peso, os resultados estão detalhados na Tabela 6, demonstrando que (36%) foram classificados tanto no sobrepeso como obesidade, (26%) com o peso saudável e (2%) com baixo peso.

Tabela 6: Caracterização das Pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com a Classificação do Peso. Macapá-AP, 2018. N=308.

VARIÁVEIS	IMC	FN	F%
Baixo peso	<18,5	7	2%
Peso saudável	18,5 – 24,9	81	26%
Sobrepeso	25 – 29,9	110	36%
Obesidade	≥30	110	36%

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

Neste panorama, o percentual de participantes com IMC ≥ 25 kg/m² ultrapassa a metade da população estudada. Assemelhando-se aos dados da VIGITEL, no conjunto das 27 cidades brasileiras, a frequência de excesso de peso foi de 53,8%, sendo maior entre homens (57,7%) do que entre mulheres (50,5%). Neste inquérito telefônico também, revela que as maiores frequências de excesso de peso foram observadas, no caso de homens, em Rio Branco (65,8%), Cuiabá e Porto Alegre (62,1%) e, para as mulheres, em Rio Branco (55,8%), Campo Grande (54,5%) e Salvador (54,1%). Os dados do estudo em questão foram semelhantes também aos encontrados para a capital Macapá-AP, cujo a frequência de sobrepeso entre a população foi de (52,8%), sendo a maior frequência entre os homens (57,4%) do que nas mulheres (48,6%) (BRASIL, 2017b).

Quando comparado a outros estudos realizados com pessoas com DM, em relação ao IMC, os dados oscilaram quanto aos percentuais, porém o sobrepeso e obesidade se mostraram prevalentes. Como no estudo de Corrêa et al. (2017), que identificou a maioria dos pacientes classificados na obesidade 60,6%, enquanto que 26,2% estavam com sobrepeso e apenas 13% com peso adequado. Anari et al. (2017), realizou também estudo com pessoas com DM2, correlacionando a obesidade com HAS e as dislipidemias, e identificou que as mulheres estão mais suscetíveis a obesidade, e que a HAS teve correlação positiva com a obesidade. Portanto, não se esgota os benefícios que a perda de peso através de hábitos de vida saudáveis traz benefícios para as pessoas com DCNT.

O excesso de peso e a gordura abdominal são fatores primordiais a serem analisados no acompanhamento e tratamento da pessoa com DM. Este estudo revelou que mais da

metade dos participantes estão com o peso alterado e CA aumentada, principalmente entre as mulheres. Neste pensar, a orientação e incentivo da diminuição de peso dos participantes e a diminuição da gordura central com modificação no perfil de gordura corporal precisa ser objetivada pela equipe de saúde, assim tendo um ganho no tratamento dos mesmos, pois o depósito de gordura na região abdominal está relacionado ao maior risco para doença cardiovascular (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2009; SBC, 2016).

A Tabela 7 está constituída pelos resultados referentes a variável pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), na PAS (47%) foram classificados com pressão normal, (19%) classificados com hipertensão estágio 1 e (13%) hipertensão estágio 2, tendo como média 130.89 mmHg. Na PAD, (67%) estavam na classificação normal, (19%) com hipertensão estágio 1 e (10%) hipertensão estágio 2 e média de 80.41 mmHg.

Tabela 7: Caracterização das Pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com a Classificação de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica. Macapá-AP, 2018. N=308.

CLASSIFICAÇÃO		FN	F%
Pressão sistólica (mmHg)			
Normal	< 120	143	47%
Pré-hipertensão	121-139	53	17%
Hipertensão estágio 1	140 – 159	59	19%
Hipertensão estágio 2	160 – 179	41	13%
Hipertensão estágio 3	≥ 180	12	4%
Pressão diastólica (mmHg)			
Normal	< 80	205	67%
Pré-hipertensão	81-89	4	1%
Hipertensão estágio 1	90 – 99	59	19%
Hipertensão estágio 2	100 – 109	31	10%
Hipertensão estágio 3	≥ 110	9	3%

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

Neste estudo os participantes apresentaram em sua maioria pressão arterial normal, considerando tanto os graus de classificação para HAS quanto a média da PAS e PAD, seguindo a recomendação da SBC (2016) que diz que a meta terapêutica para pessoa com DM quanto a pressão arterial vem ser valores de PA <130/80 mmHg. Variável positiva para o tratamento e redução de complicações nessas pessoas, podendo ser associado ao êxito da assistência prestada pela ESF no que tange o controle da PA. Esses dados vão de encontro com os estudos de Pinto et al., (2010) e Alencar et al., (2012), assim ambos os estudos

realizados com pessoas com DM, o controle da PA revelaram-se inadequados, correspondendo 17% e 30,3% apenas que atingiram a meta terapêutica, respectivamente.

Porém um percentual considerável foi classificado em algum estágio de hipertensão. Portanto, esse quantitativo também necessita de acompanhamento e tomada de decisão para estratégias de promoção da saúde que os inclua, uma vez que elevados valores de PA vem ser fator complicador para pessoas com DM, pois todo paciente com DM já apresenta um alto risco cardiovascular. Essa assistência, deve ser realizada na sua forma integral, pois a associação de HAS e DM também aumenta a chance de complicações oculares (SBC, 2016).

O acompanhamento contínuo e com ações voltadas para a prevenção de complicações na pessoa com DM se mostra bastante válido, como revelado pelo estudo de Miyar-Otero et al., (2010), que teve como objetivo avaliar os parâmetros clínicos e laboratoriais de pessoas com DM em uma Unidade Básica De Saúde do Estado do Amapá, em seus resultados ao comparar a PAS obtida no início do estudo e após o término do mesmo, observou-se uma redução na mediana em 2 mm/Hg e redução da média de 89 mm/Hg para 79,6 mm/ Hg nos valores da PAD. Mostrando assim a eficácia do segmento dessas pessoas na APS, através também de acompanhamento multiprofissional.

Para avaliação do controle glicêmico dos participantes, utilizou-se a variável glicemia ao acaso, sendo estes dados descritos na Tabela 8, há (64%) estavam com valores maiores que 160 mg/dl, enquanto (36%) apresentaram glicemia menor que 160 mg/dl, com média de 218 mg/dl, mínima de 65 mg/dl e máxima de 538 mg/dl, revelando que os participantes da pesquisa apresentam um controle glicêmico inadequado.

Tabela 8: Caracterização de Pessoas com Diabetes Mellitus quanto a Taxa de Glicemia ao Acaso. Macapá-AP, 2018. N=308.

VARIÁVEL		N	%	MÉDIA	MIN	MÁX
Glicemia ao acaso	<160 mg/dl	110	36%	218	65	538
	>160 mg/dl	198	64%			

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

Divergindo do estudo de Oliveira et al. (2016), que encontrou em sua amostra uma média de glicemia ao acaso de 153,40 mg/dl. Porém neste mesmo estudo, o autor comparou a média da glicemia pós-prandial antes e após a implementação de plano alimentar para os participantes, não havendo melhora no perfil glicêmico dos mesmos, concluindo que houve baixa adesão ao tratamento nutricional. Esta vem ser uma realidade bastante corriqueira na

rotina das pessoas com DM, uma vez que ao associarem à uma doença que não se tem cura, adotam na maioria das vezes a ingestão alimentos que os satisfazem, mesmo sabendo que esses alimentos podem influenciar no aumento da glicemia.

Outras estratégias para o alcance do controle glicêmico adequado são válidas e já comprovadas por estudos, Lima et al. (2016) ao identificar os fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com DM na ESF em Pernambuco, sugeriu uma maior atenção às pessoas com DM mais jovens, reforçando as ações em saúde no contexto da APS, e quanto aos encaminhamentos mais regulares dos pacientes aos especialistas, quando evidenciada a necessidade. Já Sampaio et al. (2015) foi mais além, em seu estudo, visando a importância da educação em saúde para as pessoas com DM, analisou os fatores associados ao letramento em saúde e sua relação com controle glicêmico em pessoas com diabetes, concluiu que o letramento global não explicou o controle glicêmico, mas o numerário apresentou associação com tal controle. O estudo revelou ainda que aprimorar o número em saúde das pessoas com DM, influencia no melhor controle glicêmico, principalmente naqueles com maior idade e com menos anos de escolaridade.

O controle glicêmico inadequado bem como a hiperglicemia persistente, necessita ser avaliada frequentemente pelos profissionais de saúde, bem como sensibilizar os pacientes em relação aos ganhos para a saúde quando se mantem um quadro glicêmico adequado. Estudo de Ferreira et al. (2014) realizado com pessoas com DM2, com idade entre 50 e 65 anos e com menos de 10 anos de diagnóstico, identificou que a hiperglicemia é um fator que agrava o desempenho de atividades que exijam funções mentais como atenção, orientação e memória de trabalho. Assim, podendo vim a influenciar também na QV dessas pessoas e no desempenho de atividades corriqueiras do cotidiano.

Por se tratar de um estudo cuja a coleta de dados foi realizada através de visitas domiciliares, em diferentes turnos do dia, foi necessário o uso do parâmetro clínico glicemia ao acaso, pela facilidade e comodidade para os participantes, uma vez que não requer que o paciente esteja em jejum alimentar. Porém a maioria das literaturas utilizam como parâmetro para avaliação glicêmica a glicemia em jejum, sendo este um fator limitante e que influenciou na comparação dos dados com outros estudos.

3.2 IDENTIFICAÇÃO DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA

A tabela 9 contém a estatística descritiva e a consistência interna, por meio do Alfa de Cronbach, dos escores dos domínios de QV do D-39. Os domínios controle do DM,

funcionamento sexual, energia e mobilidade, sobrecarga social e escore total tiveram as médias 28.8 (DP= 9,9; alfa=0,8), 19 (DP=16; alfa=0,7), 30 (DP= 22; alfa=0,7) e), 10.7 (DP= 9.8; alfa= 0,7) e 29.5 (DP= 9;9; alfa=0,8). O domínio ansiedade e preocupação apresentou média de 40.2 (DP=11; alfa=0,8), sendo este o único domínio de autopercepção da QV com tendência a ser afetado, os domínios sobrecarga social e funcionamento sexual foram os que apresentaram menores médias, seguindo a QV menos afetada nestes domínios. Todos os domínios obtiveram alfa entre 0,7 a 0,8, confirmando a consistência interna das respostas informadas.

Tabela 9: Distribuição por Domínio do Questionário Diabetes-39 de Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá-AP, 2018. N=308.

DOMÍNIO	MÍNIMA	MÁXIMA	MÉDIA	DP	ALFA
Controle da DM	0	100	28.8	9.9	0,8
Ansiedade e Preocupação	0	100	40.2	11	0,8
Sobrecarga social	0	100	10.7	9.8	0,7
Funcionamento Sexual	0	100	19	16	0,7
Energia e mobilidade	0	100	30	22	0,7
Escore total	0	100	29.5	9.9	0,8

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

O uso do D-39 pelo meio científico no Brasil se mostra pouco utilizado, sendo os instrumentos genéricos para a avaliação da QV de pessoas com DM ainda são utilizados na maioria dos estudos. Após busca em diversos bancos de dados, encontrou-se três estudos que o utilizaram, um foi o de validação do instrumento para cultura brasileira, outro realizado em Ribeirão Preto-SP, com pessoas participantes de Programa de Automonitorização de Glicemia Capilar e outro que teve como objetivo identificar a relação entre resiliência e QV de pessoas com DM (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009; ZULIAN et al., 2013; PENA, 2017).

Os dados encontrados nesse estudo, referente a avaliação da QV, foram semelhantes ao estudo de Pena (2017), nesse domínio o domínio ansiedade e preocupação também foi o mais afetado pelas pessoas com DM. Já indo de encontro com estudo de Queiroz; Pace; Santos (2009) e Zulian et al. (2013) que encontraram em seus estudos os domínios de energia e mobilidade e controle do DM, e os itens dos domínios sobrecarga social como mais afetados, respectivamente. Portanto, suponha-se que QV é analisada e compreendida de diferentes maneiras pelas pessoas com DM.

Ansiedade e as diversas formas de preocupações com que a pessoa com DM apresenta, foi o que mais sobressaiu como influência negativa a QV dos mesmos, sendo este um domínio

a ser acompanhado pelos profissionais da saúde, na tentativa de promover a melhora a QV dessas pessoas. Porém, mesmo que os outros domínios de QV não se revelaram afetados, nos faz inferir que essas pessoas não associam uma pior QV com fatores que geralmente compõem a rotina de uma pessoa com doença crônica, como o uso diário de medicações, avaliações contínuas de parâmetros clínicos e laboratoriais, alimentação saudável, bem como as complicações clássicas do não controle do DM. Portanto, torna-se necessário também realização de ações de saúde, as voltadas principalmente para educação em saúde, orientando e educando essas pessoas quanto à estes pontos, para que a QV não seja afetada negativamente.

Os estudos internacionais, como uma pesquisa sobre a QV da juventude caribenha com DM, utilizando como instrumento de pesquisa o D-39, revelou que os domínios ansiedade e preocupação e o controle do diabetes eram os mais afetados, assemelhando-se ao estudo em questão. Já estudo realizado no sul da África, em Suazilândia, avaliaram a QV de pacientes ambulatoriais diabéticos, também utilizando o D-39, mostrou que dos 340 participantes, o domínio mais afetado foi o de ansiedade e preocupação (média 59,6), seguido do domínio funcionamento sexual (média 51,4) e energia e mobilidade (média 44,6). A QV de vida de pessoas com DM e seus domínios, variam os seus resultados, como mostrado anteriormente, porém, o domínio ansiedade e preocupação se mostra afetado na maioria dos estudos. No presente estudo este domínio foi o único que apresentou-se muito afetado, com média de 40,2 (TULLOCH-REID; WALKER, 2009; MNGOMEZULU; YANG, 2015).

Ambos os estudos revelaram que aspectos considerados psicológicos foram considerados como depreciadores da QV das pessoas com DM. Neste entendimento, estudo de De Sousa et al. (2016), concluiu que a dor psíquica, de certa forma ocasiona sentimento de ansiedade a respeito da saúde e ideias autodestrutivas, revelando que as pessoas com DM apresentam dificuldades emocionais e psicológicas no enfrentamento do DM. E Clavijo et al. (2006), ao comparar pessoas não diabéticas com pessoas com DM2, identificou que os transtornos de ansiedade e de humor foram os mais encontrados, predominantemente entre as pessoas com DM2.

O seguimento realizado por equipe multiprofissional, se torna indispensável à pessoa com DM, neste caso cita-se a importância do profissional de psicologia neste segmento, uma vez que a avaliação de um especialista também contribuirá para melhores resultados na melhoria da QV. Lima (2015) reforça a importância da psicologia no acompanhamento da pessoa com DM, relata que dentre as diversas intervenções, a psicologia contribui no trabalho a aceitação da doença e a motivação à pessoa com DM para seguir o tratamento recomendado,

no autocuidado, na execução do exercício físico, dieta e equilíbrio emocional, através das técnicas de psicoeducação e orientação, oferecendo acolhimento e suporte à essas pessoas.

A tabela 10 descreve os dois itens de avaliação geral incluídos ao final do D-39, a média da QV em geral foi de 46.6 (DP=9.4 e alfa=0,8) e o quão grave é seu diabetes 52 (DP=9.3 e alfa= 0,8) ambas as perguntas apresentaram consistência interna com alfa de conbrach > 0,7. Quanto a resposta sobre a QV em geral, por ser uma escala inversa, 1 = menor QV e 7 = maior QV, o estudo revelou uma maior QV, porém quanto a autopercepção da gravidade do DM, mostraram-se cientes da gravidade da doença.

Tabela 10: Avaliação Geral de Qualidade de Vida em Pessoas com Diabetes Mellitus. Macapá -AP, 2018. N=308.

AVALIAÇÃO GERAL	MÉDIA	DP	ALFA
Medida da qualidade de vida geral	46.6	9.4	0,8
Quão grave é seu Diabetes	52	9.3	0,8

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

Fato este encontrado nos outros estudos brasileiros, no qual as pessoas com DM declaram uma maior QV em geral, porém consideram o “seu” DM como uma doença extremamente grave. Por outro parâmetro, no estudo de Zulian et al. (2013) apresentou uma média um pouco maior comparada a este estudo, média de 63.7 considerou ter uma maior QV em geral e 61.9 considerou ter uma doença grave. Os dados de Pena (2017), que utilizou a escala de 1 a 7 pontos, quanto a QV em geral encontrou a média de 4.03 e autopercepção da gravidade do DM 4.97. Ocorreu uma semelhança nas médias deste último estudo com o estudo em questão, uma possível justificativa é o fato de que ambos foram realizados com pessoas em seguimento atendidos na APS e no mesmo município como local de estudo, Macapá-Ap.

Estudo de Tiwari et al. (2016), demonstram a análise dos dados pela obtenção do percentual de cada ponto respondido na escala de 1 a 7, detectou numa avaliação geral, que a QV global 15% dos pacientes autorreferiam QV maior, ou seja, que responderam 7 na escala, enquanto que para a gravidade do DM, um total de 19,38% dos pacientes revelou que DM é extremamente grave e 9,38% nada grave.

Na Tabela 11 é apresentada a mediana do escore total do D-39 em relação ao gênero. Os resultados revelam que as mulheres apresentam uma mediana maior (23) que os homens (18). Indicando, que a QV das mulheres se manifestou mais afetada que os homens ($p < 0,05$).

Tabela 11: Comparação entre o Escore Total do D-39 e o gênero feminino e masculino. Macapá –AP, 2018. N=308.

Sexo	ESCORE TOTAL (MEDIANA)	t	P
Masculino	18(DP=16,8)	5560.00	<0,01*
Feminino	23 DP=17,2		

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

*Teste t com nível de significância <0,05

As mulheres apresentam 1,61 vezes mais chance de apresentar pior QV do que os homens no estudo de Corrêa et al., (2017), realizado para avaliar a associação entre QV e variáveis clínicas e sociodemográficas em pessoas com DM2, após iniciarem tratamento na APS, porém, utilizou o instrumento Diabetes Quality Of Life Measure (DQOL). Estudo de Alves et al., (2013) também destacou que os homens apresentaram melhor avaliação da QV que as mulheres. Estes estudos levam como uma possível justificativa a está realidade, as diferentes alterações psicológicas que podem atingir as mulheres. Frente a isso, sugere-se que as mulheres com DM necessitam de acompanhamento por uma equipe multiprofissional que trabalhe em foco nos domínios de QV, constatando assim a importância do uso de instrumentos de avaliação de QV na assistência voltada a pessoa com DM.

3.2.1 Caracterização das Correlações

A tabela 12 demonstra as correlações entre os domínios e o escore total do D-39 com a idade, GA, escolaridade e renda.

A idade se encontra correlacionada negativa e significativamente com o escore total, controle DM, ansiedade e preocupação, funcionamento sexual e gravidade do DM, o que indica que as pessoas de menor idade são mais afetadas nestes domínios de QV (Tabela 12).

A GA se encontra correlacionada positiva e significativamente com o controle do DM, funcionamento sexual e gravidade do DM, o qual constata que a GA fora da meta terapêutica está associada a uma QV mais afetada nestes domínios, conforme a percepção dos participantes deste estudo (Tabela 12).

Nenhuma das outras correlações foram estatisticamente significativa ($p > 0.05$).

Tabela 12: Correlações entre os Domínios do D-39 e as Variáveis Idade, Glicemia ao Acaso, Escolaridade e Renda. Macapá –AP, 2018. N=308. (continua)

	Idade	Glicemia	Escolaridade	Renda
	r (p-valor)	r (p-valor)	r (p-valor)	r (p-valor)
Escore Total	-0.1(0.02)	0.0 (0.03)	0.0 (p >0,05)	0.3 (p >0,05)
Controle DM	-0.2 (0.002)	0.1 (<0.05)	0.0 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)
Ansiedade e Preocupação	-0.1 (0.009)	0.0 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)

(continuação)

	Idade	Glicemia	Escolaridade	Renda
	r (p-valor)	r (p-valor)	r (p-valor)	r (p-valor)
Sobrecarga Social	-0.1 (0.0001)	0.0 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)	0.1 (p >0,05)
Funcionamento Sexual	-0.2 (0.0001)	0.2 (0.04)	0.1 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)
Energia e Mobilidade	0.0 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)
Qualidade de Vida Geral	0.1 (0.1042)	-0.0(0.19)	0.1 (p >0,05)	0.0 (p >0,05)
Grauidade do DM	-0.1 (<0,05)	0.1 (<0,05)	0.0 (p >0,05)	0.1 (p >0,05)

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

Tulloch-Reid e Walker (2009), demonstra correlações diferentes deste estudo, para os participantes mais velhos e melhor controle glicêmico foram os que obtiveram maiores pontuações no domínio de ansiedade e preocupação. Mngomezulu e Yang, (2015) quando correlacionaram os domínios do D-39, observaram que quanto menor a renda, maior o impacto nos domínios controle do diabetes, ansiedade e preocupação, bem como no domínio de energia e mobilidade. Assim, essa correlação não foi estatisticamente significativa. Inferindo que a QV de pessoas com DM quando correlacionada às diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas que se diferem dos estudos apresentados, desta forma acredita-se que as diferenças ocorreram por se tratar de pessoas de locais, culturas, crenças e necessidades diferentes, este mesmo entendimento foi descrito pelos estudos de Mngomezulu e Yang (2015).

A QV mostrou-se afetada no domínio funcionamento sexual quando correlacionado este domínio com a GA. Levando em consideração que a DM causa alterações fisiopatológicas a nível macro e microvascular, podendo causar problemas no funcionamento sexual no individuo, como disfunção erétil no homem, e perda da capacidade de lubrificação na mulher conforme Pereira et.al. (2014), em seu estudo sobre funcionamento sexual e DM, revela também que é importante o estudo do funcionamento sexual como intervenção no DM, devido entre outros fatores, a sua influência no controle metabólico dessas pessoas bem como na QV. Enfatiza, que os programas de educação em saúde devem incluir a avaliação do funcionamento sexual, sendo esta avaliação imprescindível na rotina de atendimento da pessoa com DM.

A tabela 13 mostra as correlações entre os domínios do D-39, acrescentado do escore total de QV. Todas as correlações são significativas (p<0,05) e variam de correlações fracas a correlações fortes.

Tabela 13: Correlação de Pearson entre Escore total e os domínios. Macapá – AP, 2018.

	Total	Controle do DM	Ansiedade e Preocupação	Sobrecarga Social	Funcionamento Sexual	Energia e Mobilidade
	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>
Total	1	-	-	-	-	-
Controle do DM	0.8 <0.0001	1	-	-	-	-
Ansiedade e Preocupação	0.6 < 0.001	0.6< 0.0001	1	-	-	-
Sobrecarga Social	0.7 <.0.001	0.5< 0.0001	0.3 < 0.0001	1	-	-
Funcionament o Sexual	0.5 < 0.001	0.4< 0.0001	0.2 < 0.0001	0.2 < 0.0001	1	-
Energia e Mobilidade	0.9 <0.0001	0.7< 0.0001	0.4 < 0.0001	0.6 < 0.0001	0.4 <0.0001	1

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

A maior correlação (0,9) é observada entre o domínio “energia e mobilidade” com o “escore total”, indicando que as pessoas extremamente afetados no domínio “energia e mobilidade” manifestaram também uma maior percepção de perda na sua QV. Analogamente as correlações dos domínios “controle do DM” (0,8), “ansiedade e preocupação” (0,6), “sobrecarga social” (0,7) e “funcionamento sexual” (0,5) quando relacionadas com o “escore total”, revelam que quanto mais afetados as pessoas com DM nestes domínios, maior é a da sua QV (Tabela 13).

Observa-se que o domínio com maior correlação positiva com os outros domínios, é o de “energia e mobilidade”, indicando que os participantes mais afetados no domínio “energia e mobilidade” também são os mais afetados em outros domínios, sendo estes “ansiedade e preocupação”, “sobrecarga social”, “controle do DM” e no “funcionamento sexual” (Tabela 13).

Na tabela 14, os dois itens de avaliações gerais: “qualidade de vida em geral” e “gravidade do DM” são correlacionados com os domínios do D-39 e com o escore total.

Para interpretar as correlações, ressalta-se que os escores da “qualidade de vida geral” são ordenados positivamente, isto é, o menor valor (1) indica menor QV, enquanto o maior escore (7) indica maior QV. Enquanto, os escores de “gravidade do DM” são ordenados negativamente, isto é, o menor valor (1) indica “nada grave”, enquanto o maior valor “extremamente grave”.

Tabela 14: Correlação de Pearson da Avaliação geral, Escore total e Domínios. Macapá – AP, 2018.

VARIÁVEIS	AVALIAÇÃO GERAL	
	Qualidade de Vida Geral	Gravidade do DM
	<i>R p valor</i>	<i>R p valor</i>
Escore Total	-0.3 < 0.0001	0.3 < 0.0001
Controle DM	-0.3 < 0.0001	0.3 < 0.0001
Ansiedade e Preocupação	-0.2 < 0.0001	0.2 < 0.0064
Sobrecarga Social	-0.2 < 0.0006	0.2 < 0.0006
Funcionamento Sexual	-0.1 < 0.001	0.1 < 0.0158
Energia e Mobilidade	-0.2 < 0.0001	0.2 < 0.0003
Qualidade de Vida Geral	-	-0.3 < 0.0001

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2018.

Todas as correlações entre “qualidade de vida em geral” com os domínios do D-39 são fracas e negativas, entre -0,1 e -0,3, entretanto todas são significativas ($p < 0,05$). Assim, os resultados mostram que se os pacientes são mais afetados nestes domínios, sua qualidade de vida geral diminui.

Todas as correlações entre “gravidade do DM” com o escore total e seus domínios são fracas e positivas, entre 0,1 e 0,3, sendo todas significativas ($p < 0,05$). Os resultados mostram que se as pessoas com DM são mais afetadas nestes domínios, a “gravidade do DM” será também mais afetada.

CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES

No contexto da pessoa com doença crônica, especificamente da pessoa com DM, conhecer características sociais, econômicas, demográficas, clínicas, de hábitos de vida, bem como a QV deste público, se torna essencial para o norteamento e planejamento das práticas baseadas nestas evidências, voltadas para o segmento/tratamento dessas pessoas na APS.

Diante disto, neste estudo, a maioria dos participantes são do gênero feminino, seguindo os dados encontrados na literatura. Portanto, as políticas públicas tanto destinadas as doenças crônicas quanto a saúde da mulher são de suma importância para a melhoria da QV destas mulheres. Essa realidade também chama a atenção para a falta de adesão ao tratamento pela parte dos homens, uma vez que culturalmente as pessoas do sexo masculino pouco procuram o acesso à saúde, bem como pouco valorizam o atendimento das ESF.

A faixa etária prevalente, foi de 60 a 69 anos, caracterizando a amostra do estudo como idosa. Assemelhando há alguns estudos realizados com pessoas com DM. Este perfil desperta uma melhor atenção as pessoas com DM e com a idade avançada, uma vez que estratégias destinadas à prevenção de complicações e conseqüentemente melhoria da QV destas pessoas, tornando ganho tanto para o paciente como para o serviço de saúde.

A maioria são casados, como encontrado na maioria da literatura, este é um ponto positivo para a pessoa com DM, como para qualquer doença crônica, justamente pelo fato de ser ter outra pessoa que contribua no tratamento e nas práticas de autocuidado dessas pessoas.

Aposentados e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, compôs o perfil econômico da amostra do estudo, caracterizando como pessoas de baixa renda. Por ser uma realidade, que dificilmente sofrerá mudanças, se torna essencial que as equipes de saúde se adaptem a esse perfil, tentando ao máximo prescrições de cuidados e medicamentos acessíveis financeiramente.

Baixa escolaridade revelou o nível de educação dos participantes do estudo, faceta encontrada nas demais pesquisas. Sendo um fator limitante para o segmento dos mesmos, mas não necessariamente uma grande barreira, pois o uso de técnicas básicas e estratégias para o repasse de conhecimento referente aos cuidados da pessoa com doença crônica cresce cada vez mais.

A falta da prática do exercício físico prevaleceu nos hábitos de vida dos participantes, mostrando o quanto não valorizam atividade física como participante do tratamento e segmento do DM. Incentivo da equipe multiprofissional, especificamente o educador físico,

através de estratégias, principalmente a educação em saúde, torna pertinente na prática clínica com estas pessoas.

A comorbidade prevalente foi a HAS, seguindo a maioria dos estudos, tal associação se encontra cada vez mais corriqueira na pessoa com DM, incluindo este público nas pessoas com riscos cardiovasculares. Medidas que contribuam para a diminuição da PA, são válidas uma vez que contribui para a prevenção de complicações e consequentes hospitalizações desses pacientes, enfatizando o papel da APS, diminuição de agravos e prevenção de complicações.

O tempo extenso de DM, mais de 10 anos, prevaleceu no estudo, quando acompanhado de grandes períodos de controle glicêmico inadequado, expõe as pessoas com DM há complicações, na maioria das vezes, graves. Sendo, segundo a literatura, as alterações visuais as mais pertinentes. A orientação quanto ao autocuidado e as características do DM são essenciais para prevenção desses agravos.

A CA aumentada prevaleceu tanto nos homens quanto nas mulheres, porém o percentual maior para as mulheres (81%). A maioria dos participantes estão acima do peso recomendado pela OMS, no sobrepeso ou obesidade. Tais variáveis chamam a atenção novamente para a falta da prática do exercício físico, bem como possível alimentação não saudável, como não foi avaliado a ingestão alimentar da amostra, não se pode afirmar quanto à esta suposição. Gordura abdominal aumentada eleva o risco cardiovascular, bem como o peso inadequado, sendo fatores que devem ser trabalhados, evidenciando os ganhos para saúde da pessoa com DM, a diminuição do peso e consequente diminuição da CA. O suporte por parte do profissional nutricionista vem ser primordial para o alcance dessa intervenção.

Quanto a avaliação da PA, através da média de PAS e PAD, a maioria estava com PA considerada normal (130/80 mmHg), porém quanto a avaliação do controle glicêmico, utilizando a GA, mais da metade dos participantes apresentaram valores fora da meta terapêutica preconizada. O controle glicêmico adequado apresenta diversos pontos positivos para a pessoa com DM, sendo que ser incentivado através de estratégias voltadas para a adesão ao tratamento medicamentoso, bem como de hábitos de vida saudáveis, alimentação adequada e exercício.

À avaliação da QV, o domínio ansiedade e preocupação foi o mais afetado, sendo os domínios sobrecarga social e funcionamento sexual com os menores escores. As mulheres apresentaram uma QV mais afetada que os homens. Os mais jovens apresentaram a QV mais afetada nos domínios controle do DM, ansiedade e preocupação, sobrecarga social,

funcionamento sexual e no escore total. E aqueles com a GA fora da meta terapêutica, o domínio funcionamento sexual e gravidade do DM foram os mais afetados.

Essa prevalência no domínio ansiedade e preocupação também encontrado em outros dois estudos, incluindo um no mesmo local de investigação desta pesquisa, demonstra fragilidades no serviço de atenção a saúde mental disponível na rede de serviço de APS do município, assim como no atendimento que os profissionais de saúde estão ofertando a esse público. A inclusão de plano de assistência que venham abranger medidas que fortaleçam a saúde mental dessas pessoas com DM, é possível e necessário, pois hoje, já se vê que a saúde mental representa um papel transversal na saúde do indivíduo, e pela vivência da pesquisa e os dados evidenciados, reforça a necessidade de ações efetivas que as minimizem para uma melhor qualidade de vida.

A observação de que a QV geral não está afetada, gera surpresas e indagações, principalmente quando detectados níveis glicêmicos de DM alterados como nesse estudo, e que o oposto foi evidenciado na gravidade do DM, em que os indivíduos mostraram cientes dessa gravidade, assim sendo observado, que realmente a QV possui conceito complexo e pontos de vista subjetivos, concluiu-se assim, que também se trabalhe na educação em saúde, o que vem ser a QV para o indivíduo, pois não somente este deve saber que ter diabetes é grave, mais que ser diabético é não sobreviver refém da doença.

Portanto, conhecer o perfil e avaliar a QV de pessoas com DM é primordial para o planejamento de ações de promoção da saúde realizadas por equipe multiprofissional voltadas a esse público, principalmente no âmbito da APS. Especificamente ao domínio de QV mais afetado neste estudo, ansiedade e preocupação, revela a necessidade de estudos mais aprofundados para esta temática, principalmente no que tange a saúde mental da pessoa com DM.

O estudo apresentou algumas limitações, principalmente relacionada a escassez de estudos nacionais utilizando o D-39, assim influenciando nas comparações dos dados encontrados. Portanto, recomenda-se a ampliação de estudos que avaliam a QV de pessoas com DM, principalmente na região Norte do país. Tendo em vista, a importância das temáticas para o meio científico e social.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A.M.P.G. et al. Avaliação de resultados em um serviço de atenção secundária para pacientes com Diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.4, 2012.

ALVES, T.O.S. et al. Qualidade de vida relacionada a saúde de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n.1, p.135-140, mar, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Economic custo f diabetes in the USA in 2007. **Diabetes care**, v.31, n.3, p.1-20, 2008.

_____. Standards of Medical Care in Diabetesd-2017. **Diabetes Care**, v.40, s.1, Jan, 2017.

ANARI, R. et al. Association of obesity with hypertension and dyslipidemia in type 2 diabetes mellitus subjects. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v.11, p.37–41, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2016.07.004> >. Acesso em: 20 de Janeiro de 2018.

ARANGO, G.H. **Bioestatística: Teórica e Computacional**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BARCELO, A.et al. The cust of diabetes in Latina America and the Cariben. **Bull world health organ**, v.81, n.1, p.19-27, 2003.

BERNINI, L.S. et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, v.25, n.3, p. 533-541, São Carlos, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0899> . Acesso em: 16.01.2018.

BIELEMANN, R.M.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.15, n.1, p. 9-14, 2010.

BOYER, J.G.; EARP, J.A. The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes. Diabetes-39. **Medical Care**, v.35, n.5, p.440-453, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, p. 72, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 set. 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, p.160, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasília: Rio de Janeiro, 2014.

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

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRINATI, L.M. et al. Prevalência e fatores associados à neuropatia periférica em indivíduos com diabetes mellitus. **Journal of research: fundamental care online**, v.9, n.2, s.1, p.347-355, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4476>. Acesso em: 18 jan. 2018.

CAMPOS, T.S.P.; SILVA, D.M.G.V.; ROMANOSKI, P.J.; FERREIRA, C.; ROCHA, F.L. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. **Journal of Health & Biological Sciences**, v.4, n.4, p.251-256, 2016.

CASSIANO, D.P.; ANICHE, M.F.; IOCHIDA, L.C. Análise de componentes da síndrome metabólica e complicações em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 do centro de triagem de

diabetes da Universidade Federal de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.9, n.1, p.15-19, São Paulo, jan-fev, 2011.

CHIBANTE, C.I.P. et al. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.28, n.3, p.235-243, set./dez, 2014.

CLAVIJO, M. et al. Transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos tipo 2 em distrito docente assistencial de Rio Branco - Acre. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.64, n.3b, p.807-813, São Paulo, Set, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000500020&lng=en&nrm=iso . Acesso em 22 Janeiro de 2018.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.7-16, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. **Caderno de Informação Técnica e memória de Progestores**. Brasília: CONASS, 2004.

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

COSTA, A.F.; FLOR, L.S.; CAMPOS, M.R.; OLIVEIRA, A.F.; COSTA, M.F.S.; SILVA, R.S. et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.33, n.2, p.2-14, 2017.

CURCIO, R.; LIMA, M.H.M.; ALEXANDRE, N.M.C. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.2, p.331-7, abr/jun, 2011.

DALZOCHIO, T. et al. Relationship between depression and diabetes mellitus. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v.23, n.2, p.91-99, maio/ago, 2014.

DE SOUSA TOUSO, M.F. et al. Dificuldades emocionais e psicológicas em indivíduos com diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, v.10, n.2, p.524-530, fev, 2016.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2009/2010. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica –ABESO**. 3.ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009.

ESTEVES, M. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. **Medicina** (Ribeirão Preto, Online.), v.50, n.1, p.18-28, 2017.

FARIA, C.C.C.; MORRAYE, M.A.; SANTOS, B.M.O. The diabetic from the health promotion perspective. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.26, n.1, p.26-35, Fortaleza, jan-mar, 2013.

FARIA, H.T.G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p. 54-348, 2013.

FERREIRA, M.C. et al. Redução da mobilidade funcional e da capacidade cognitiva no diabetes melito tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.58, n.9, p.946-952, São Paulo, Dez, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000900946&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 de Janeiro de 2018.

GARCIA, C.; FISCHER, M.Q.; POLL, F.A. Estado nutricional e as comorbidades associadas ao diabetes mellitus tipo 2 no idoso. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v.21, n.1, p.205-216, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/59049/40724>. Acesso em: 17.01.2018.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R.A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

GOMES-VILLAS BOAS, L.C.; FOSS-FREITAS, M.C.; PACE, A.E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.2, p.268-273, mar-abr, 2014.

HADDAD, N. **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde**: Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004.

HINKLE, J.L.; CHEEVER KH; SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; . **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets**. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 20 de Março de 2017.

_____. **IDF Diabetes Atlas**. 7. ed., 2015. Disponível em: < <http://www.diabetesatlas.org>>. Acesso em: 02 de Agosto de 2017.

KIM, C.; NEWTON, K.M.; KNOPP, R.H. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. **Diabetes Care**, v.25, p.1868-1862, 2002.

LEAL, L.B. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Rene**, v.15, n.4, p.676-682, jul/agosto, 2014.

LEITE, E.S. et al., Avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de idosos. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, v.14, n.1, p.822-829, jan/mar, 2015.

LIMA, R.F. et al. Factors associated with glycemic control in people with diabetes at the Family Health Strategy in Pernambuco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n.6, p.937-944, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000070009>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2018.

LIMA, S.M. Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com diabetes. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.14, n.4, p.71-75, 2015.

LOBATO, B.C.; TEIXEIRA, C.R.S; ZANETTI, G.G.; ZANETTI, M.L.; OLIVEIRA, M.D. Evidências das implicações do diabetes mellitus no trabalho: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.16, n.4, p.822-32, out-dez, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22328>. Acesso em: 17.01.2018.

MACAPA. Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. **Quantitativo de Hipertensos e Diabéticos**. Macapá, 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. **Relação de equipes por Unidade de Saúde**. Macapá, 2016.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose intolerance in the urban Brazilian population aged 30-64 years. **The Brazilian cooperative group on the study diabetes prevalence diabetes care**, v.15; p.509-16, 1992.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES, H.S.; SOUSA, L.P.; DOMINGOS, N.A.M. Diabetes Tipo II: qualidade de vida e aspectos psicológicos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, n.19, v.2, p.16-22, abr/jun, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

_____. **Atenção Primária à Saúde**. Ed. Mimeo, 2002.

MILMAN, M.H.S.A et al. Pé Diabético: Avaliação da Evolução e Custo Hospitalar de Pacientes Internados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.45, n.5, p.447-451, jan./abr., 2001.

MIRANDA, E.A.; FERREIRA, A.M.; MONTSERRAT, P.M.; OLIVEIRA, G.H.M. Efeitos de um programa de exercício físico ao ar livre em diabéticos e hipertensos atendidos em um núcleo de apoio à saúde da família de Lagoa da Prata-MG. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v.11. n.65. p.164-172, 2017.

MIYAR-OTERO, L. et al. Seguimento de pacientes com diabetes mellitus em serviço de atenção básica: parâmetros clínicos e laboratoriais. **Revista de enfermagem da UERJ**, v.18, n.3, p.423-428, Rio de Janeiro, jul-set, 2010.

MNGOMEZULU, N.; YANG, C.C. Quality of life and its correlates in diabetic outpatients in Swaziland. **International Health**, v.7, p.464-471, 2015.

MONTENEGRO, L.P. Musculação para a qualidade de vida relacionada à saúde de hipertensos e diabéticos tipo 2. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v.9. n.51. p.105-109, jan./fev, 2015.

MOURA, A.A.; CARVALHO, G.E.F.; SILVA, N.J.C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1661-1672, 2007.

MOURA, N.S.; GUEDES, M.V.C.; MENEZES, L.C.G. Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes e pés em risco. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v.10, n.6, p.2043-2050, Recife, jun, 2016. Disponível em: <http://web.b-ebcohost.com.ez7.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d80a4608-3500-4f52-a5f1-54853db4c6b3%40sessionmgr102>. Acesso em: 16.01.2018.

MUNDSTOCK, E. et al. Introdução à análise estatística utilizando o spss 13.0. **Revista de Matemática e Estatística**, Rio Grande do Sul, 2006.

OLIVEIRA, L. M. S. M. et al. Adesão ao tratamento dietético e evolução nutricional e clínica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **HU Revista**, v.42, n.4, p.277-282, Juiz de Fora, nov-dez, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Diabetes Action Now**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/booklet_html/en/index.html>. Acesso em: 20 de novembro de 2016.

PENA, F. P. S. **Resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus à luz da promoção da saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-07092017-124429/> . Acesso em: 22 de Janeiro de 2018.

PEREIRA, M. da G. et. al. Funcionamento sexual, controlo metabólico e qualidade de vida em pacientes com Diabetes Tipo 1 e Tipo 2. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.17, n.1, Rio de Janeiro, jan-jul, 2014.

PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J.N. **Análise de Dados para Ciências Sociais**. A complementaridade do SPSS. 5.ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PETERS, S.A.E.; HUXLEY, R.R.; WOODWARD, M. Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events. **Diabetologia**, v.57, p.1542–1551, 2014.

PINTO, L.C.F. et. al. Controle inadequado da pressão arterial em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.94, n.5, p.633-637, São Paulo, abr, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a pratica em enfermagem**. 7.ed. São Paulo: Artmed, 2011.

QUEIROZ, F.A.; PACE, A.E.; SANTOS, C.B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes - 39 (d-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 - fase1. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.17, n.5, set/out, 2009.

REIBER, G.E. The epidemiology of diabetes foot problems. **Diabetic Medical**, s.1, p. 6-11, 1996.

REIS, L.A. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista Eletrônica da Fainor**, v.2, n.1, p.64-76, 2009.

RIBEIRO, E.H.C. et al. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, p.51-56, 2017.

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; GONELA, J.T.; ZANETTI, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.2, p.284-90, 2012.

SALOMÉ, G.M.; BLANES, L.; FERREIRA, L.M. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.38, n.5, 2011.

SAMPAIO, H.A.C. et. al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.865-874, 2015.

SANTOS, B. M. O.; CAIXETA, A. C. M.; SILVA, A. A.; TEIXEIRA, C. R. S. Conhecimento e atitudes em diabetes mellitus tipo 2: subsídios para autocuidado e promoção de saúde. **Arquivos de ciências da Saúde**. v.23, n.4, p.31-36, out-dez, 2016.

SCHMIDT, M.I et. al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v.337, p.61-74, 2011.

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

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.107, n.3, s.3, p.1-83, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

_____. **Consenso brasileiro sobre Diabetes 2002** - Diagnóstico e Classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus do tipo 2. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3. ed. São Paulo-Itapevi: Silva Farmacêutica, 2009.

_____. **São 12 milhões de diabéticos no Brasil**, 2012. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>>. Acesso em: 7 de Agosto de 2016.

SOUSA, V.D et.al. Psychometrics properties of the Portuguese version of the depressive cognition scale in Brazilian adults with diabetes mellitus. **Journal of Nursing Measurement**, v.16, n.2, p.125-35, 2008.

_____. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. **Research and Theory for Nursing Practice**, v.19, n.3, p.217-30, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p.726, 2002. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2018.

TIWARI et al. Assessment of quality of life in patients of type 2 diabetes mellitus using the diabetes-39 questionnaire. **Advances in Health Sciences Education**, v.4, n.5, p.3-5, 2016.

TULLOCH-REID, M.K.; WALKER, S.P. Quality of Life in Caribbean Youth with Diabetes. **West Indian Medical Journal**, v.58, n.3, p.250-256, 2009.

WINKELMANN, E. R.; FONTELA, P. C. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.4, p.665-674, Brasília, out-dez, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ), 1999.

_____. Diabetes the cust of diabetes. **WHO fact sheet.**, n.238, Sep,2002.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, p.256, 2000.

_____. **Study Group on Integration on Health Care Delivery**. Report WHO - 10 facts about diabetes, 2013.

ZUBIZARRETA PEINADO, K. et al. Relación entre características antropométricas y variables de riesgo vascular en diabéticos tipo 2. **Revista de Ciencias Médicas**, Pinar del Río, v.16, n.3, p.10-26, jun, 2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 20 de Janeiro de 2018.

ZULIAN, L.R. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). **Revista Gaúcha de Enfermagem. (Online)**. v. 34, n.3, p. 138-146, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Formulário sociodemográfico, clínico, econômico e sobre hábitos de vida.

Nome (iniciais):		
Idade:		
UBS:		
Sexo: () M () F Estado Civil: () Solteiro () Amasiado () Casado () Viúvo () Divorciado		
Situação Trabalhista: Mercado: () Formal () Informal () Do lar () Aposentado(a) () Pensionista		
Escolaridade: 1° grau: () Completo () Incompleto 2° grau: () Completo () Incompleto 3° grau: () Completo () Incompleto () Não alfabetizado	Renda Familiar: () <1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos () >7 salários mínimos	
Realização de atividade física: () Sim () Não	Quantas vezes por semana: () Nenhuma () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais	
Hábitos de vida () Fuma () Ingere bebida alcoólica () Fuma e ingere bebida alcoólica () Não fuma e nem ingere bebida alcoólica () Fumou ou ingeriu bebida alcoólica		
Comorbidade () Hipertensão () DVP () Obesidade () IAM () AVC () Cardiopatias () Arterial () Doença Renal () Outras () Não tem	Diabetes: () Tipo 1 () Tipo 2 () Não sabe informar Tempo de Diagnóstico: () <5anos () 5-10anos () >10anos	
Terapêutica Utilizada	() Insulina	Tempo de uso (anos): () <5 () 5-10 () >10
	() Antidiabético oral	Tempo de uso (anos): () <5 () 5-10 () >10
	() Sem terapêutica	Tempo de uso (anos): () <5 () 5-10 () >10
	() Insulina + ADO	Tempo de uso (anos): () <5 () 5-10 () >10
CA:		IMC:
Glicemia Capilar:		PA:

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE –PPGCS**

**PROJETO: QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM
SEGUIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus em seguimento na estratégia saúde da família, sob responsabilidade da pesquisadora Dr^o Anneli Mercedes Celis de Cardenas e Enf^a Esp^a Ananda Larisse Bezerra da Silva. Assim, conforme a resolução n^o 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde solicitamos seu consentimento, através da assinatura deste termo, para entrevista-lo (a), bem como utilizar, dados do seu depoimento, em publicações e divulgações em eventos científicos dessa pesquisa

Este estudo tem como objetivo geral avaliar a QV de pessoas com DM em seguimento nas equipes de Estratégia Saúde da Família no Município de Macapá-AP. E como objetivos específicos: caracterizar a população estudada segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas, econômicas e de hábitos de vida; identificar os domínios mais representativos que influenciam a QV das pessoas com DM; relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas, econômicas e de hábitos de vida com os domínios de QV. Com a justificativa que acreditamos que este trabalho poderá contribuir para a ampliação do conhecimento e despertar o interesse e discussões no meio científico sobre a temática.

A pesquisa tem como instrumento de coleta de dados: um formulário geral com variáveis sociodemográficas, clínicas, econômicas e sobre hábitos de vida e para a avaliação sobre a qualidade de vida o Questionário de Avaliação D-39. Todas as informações coletas serão utilizadas de forma anônima e confidencial. A sua participação neste estudo é voluntária, e perguntas podem ser feitas em qualquer momento que você julgar necessário.

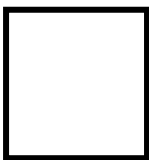
Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo.

O Sr(a) não possuirá nenhum custo com a pesquisa. Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos pesquisadores e aos participantes, sendo considerado como risco, perfuração incorreta da técnica de verificação de glicemia e para minimizar a ocorrência desse risco, todos os procedimentos serão realizados de forma corretas, quanto à aplicação do questionário, o mesmo não oferece riscos ao participante da pesquisa. Os Senhores (as) serão beneficiados com os serviços de realização de glicemia capilar, verificação de relação cintura-quadril e índice de massa corpórea. Além, de benefícios da avaliação da qualidade de vida, somando com o seu tratamento e acompanhamento do DM . O Sr(a) receberá uma cópia deste termo com celular dos pesquisador e dos demais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas a qualquer momento.

Macapá, ____ de _____ de 2017.


Eu, _____ RG
n° _____ entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas e/ou
dúvida foram respondidas a contento. Portanto consinto voluntariamente participar desta
pesquisa, podendo desistir a qualquer momento de minha participação.

Ananda Larisse Bezerra da Silva
Contato: (96) 98135-9784



Impressão digital (polegar direito) do participante caso, por algum motivo esteja impossibilitado de assinar o TCLE desta pesquisa, ou seja analfabeto.

APENDICE C- TERMO DE ANUÊNCIA


PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA


Pela presente informo a ANUÊNCIA desta Secretaria de Saúde para a realização da pesquisa de campo intitulada **“Qualidade de Vida: estudo comparativo de pessoas com pé diabético e diabetes mellitus”**, sob a responsabilidade direta da Mestranda **Ananda Larisse Bezerra da Silva**, do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS da UNIFAP, e orientação da Professora **Dra. Anneli Mercedes Celis de Cardenas**, que tem como objetivo geral: **Avaliar comparativamente a QV de pessoas com DM e pé diabético com pessoas com DM e sem pé diabético**. Tal anuência permite a pesquisadora:

- *Adentrar nas UBS's municipais, no período estipulado para coleta de dados, para realizar busca junto ao público alvo definidos como amostragem, através dos critérios de inclusão da pesquisa.*
- *Ter acesso aos dados registrados no sistema de informação quanto à pacientes com Diabetes mellitus.*

Havendo, para tanto, o compromisso da pesquisadora envolvida em:

- *Cumprir integralmente as determinações éticas da Resolução nº 466/2012 – CNS/CONEP;*
- *Isentar a Secretaria Municipal de Saúde/SEMSA - Macapá, de qualquer despesa decorrente da pesquisa;*
- *Apresentar os resultados da pesquisa, em forma de relatório, ao seu término para possível utilização pela SEMSA na melhoria dos serviços ofertados à população.*

Macapá, 02 de Agosto de 2016.


SILVANA VEDOVELLI
Secretária Municipal de Saúde/Macapá
Decreto nº 0739/2014

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA D-39

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida das pessoas é afetada por muitas coisas. Estas coisas podem incluir saúde, oportunidade de lazer e férias, amigos e família, e um trabalho. Este questionário é utilizado para nos ajudar a compreender sobre o que afeta a qualidade de vida de pessoas com diabetes.

A seguir pergunta-se sobre a sua qualidade de vida. Para cada frase abaixo, coloque um “X” no número que mostra qual opção afeta a sua qualidade de vida em um grau de “extremamente afetada” (7), “não afetada” (1), ou “mais ou menos” (de 2 a 6). Um exemplo é mostrado abaixo. Por exemplo, se você pensa que um problema de saúde afeta a sua qualidade de vida, até certo ponto, mas não extremamente, você pode marcar na linha como mostrado:

Durante o mês passado, quanto a sua qualidade de vida foi afetado por:						
Ter um problema de saúde.						
1	2	3	4	5	6	7
Não foi afetada				Extremamente afetada		

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO A SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADO POR:

1. Pelo uso diário de sua medicação para diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

2. Pela preocupação relacionada com questões financeiras

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

3. Pela diminuição ou falta de energia

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

4. Por seguir seu tratamento para diabetes prescrito pelo medico

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO A SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADO POR:

5. Pelas restrições alimentares necessárias para o controle do diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

6. Pelas preocupações sobre seu futuro

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

7. Por outros problemas de saúde, além do diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

8. Pelo estresse ou pressão em sua vida

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

9. Pela sensação de fraqueza

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

10. Pelo quanto você consegue andar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

11. Pela necessidade de realizar exercícios regularmente

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO A SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADO POR:

12. Pela perda ou embassamento de sua visão

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

13. Por não ser capaz de fazer o que você quer

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

14. Por ter diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

15. Por perder o controle dos seus níveis de açúcar no sangue

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

16. Por outras doenças, além do diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

17. Por ter que testar seus níveis de açúcar (glicose)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

18. Pelo tempo necessário de controlar o diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO A SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADO POR:

19. Pelas restrições que o diabetes impõe sobre sua família e amigos

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

20. Pelo constrangimento por ter diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

21. Pelo diabetes interferir na sua vida sexual

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

22. Por sentimento de tristeza ou depressão

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

23. Por problemas com função sexual

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

24. Por tentar manter o diabetes bem controlado

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

25. Por complicações provenientes do diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO A SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADO POR:

26. Por fazer coisas que sua família ou amigos não fazem

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

27. Por manter os registros (anotações) dos seus níveis de açúcar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

28. Pela necessidade de comer em intervalos regulares

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

29. Por não ser capaz de fazer atividades domésticas ou outros trabalhos que estão relacionados com a casa

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

30. Pela diminuição do interesse pelo sexo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

31. Por ter sua rotina organizada em função do diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

32. Pela necessidade de descansar com frequência

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO A SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADO POR:

33. Por dificuldades em subir escadas

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

34. Pelas dificuldades de cuidar de você mesmo (a)
(de se vestir, tomar banho ou usar o vaso sanitário)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

35. Pelo sono agitado

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

36. Por andar mais devagar que os outros

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

37. Por ser chamado de “diabético”

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

38. Por ter o diabetes interferindo em sua vida familiar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

39. Pelo diabetes em geral

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Não foi afetada

Extremamente afetada

AVALIAÇÕES GERAIS

1. Marque um “X” na linha abaixo que indique a medida de sua qualidade de vida em geral

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Menor qualidade

Maior qualidade

2. Marque um “X” na linha abaixo que o quão grave você acha que é seu diabetes

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Nada grave

Extremamente grave

Questionário de Avaliação de Diabetes – 39 (D-39) utilizado para avaliação de qualidade de vida validado para língua portuguesa por QUEIROZ, .F.A.; PACE, A.E.; SANTOS, C. B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes - 39 (d-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 - fase1. **Revista Latino-americana de Enfermagem** , v.17, n.5, setembro-outubro,2009.

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ (UNIFAP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COMPARATIVO DE PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO E DIABETES MELLITUS

Pesquisador: ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59681516.6.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.779.408

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RQJETO_776140.pdf	18/10/2016 12:09:11		Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcie2.docx	18/10/2016 12:07:51	ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Doc1.pdf	22/08/2016 12:58:20	ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Pesquisa.docx	16/08/2016 17:18:14	ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA	Aceito

Endereço: Rodovia Jacelino Kubitschek de Oliveira - Km 02
Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-280
UF: AP Município: MACAPÁ
Telefone: (96)4009-2805 Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

Página 04 de 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 1.779.408

Investigador	Pesquisa.docx	16/08/2016 17:18:14	ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA	Aceito
Outros	IMG_1395.JPG	16/08/2016 17:17:19	ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPÁ, 18 de Outubro de 2016

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador)