

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SIMONI LEAL JUSTO

**PERFIL DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS QUANTO A COMPREENSÃO,
APRENDIZAGEM E QUALIDADE DE VIDA**

CRICIUMA

2012

SIMONI LEAL JUSTO

**PERFIL DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS QUANTO A COMPREENSÃO,
APRENDIZAGEM E QUALIDADE DE VIDA**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família.

Orientador (Tutor): Prof. MsC. Iona Vieira Bez Birolo

CRICIÚMA

2012

SIMONI LEAL JUSTO

**PERFIL DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS QUANTO A COMPREENSÃO,
APRENDIZAGEM E QUALIDADE DE VIDA.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, com Linha de Pesquisa em Enfermagem – Diabetes Mellitus.

Criciúma, 28 de agosto de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Iona Vieira Bez Birolo – Mestre em Enfermagem - (Unesc) - Orientador

Prof. Luciane Bisognin Ceretta – Doutora em Ciências da Saúde - (Unesc)

Francielle Lazzarim de Freitas Gava – Secretária de Saúde - (P. M. C.)

Mariana Piazza – Coordenadora da Atenção Básica - (P. M. C.)

Dedico este trabalho e toda minha trajetória àquele que foi meu mestre, meu amigo e será sempre o meu exemplo, a você meu querido pai.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir sonhar, por me dar o dom do cuidar e me acompanhar na caminhada da vida.

Agradeço a minha família que sempre me incentivou a estudar e buscar novos rumos, novos horizontes principalmente o meu pai, que jamais mediu esforços para a minha formação pessoal e profissional.

Agradeço ao meu noivo Marcio Porto, pelos dias abdicados de estar lado a lado em favor dos estudos, pela paciência, por me compreender sempre e pelo estímulo constante.

Aos meus amigos, em especial a Rosana Mengue Maggi que compartilhou de muitos momentos nestes dois anos de especialização, ou quase todos. Tornou-se uma companheira, grande amiga, confidente... Irmã que a vida me permitiu escolher!

A minha orientadora Ioná Vieira Bez Birolo, pelas palavras de sabedoria, pela calma, paciência nos dias de angústia e pelo ensinamento transmitido ao longo da caminhada.

A enfermeira e amiga Sandra Dominguni Daroldt, que dividiu alegrias e tristezas, juntas possibilitamos uma troca de experiências e construímos uma bela amizade.

Aos pacientes que consentiram em participar da pesquisa, sem eles este trabalho não se tornaria realidade.

Agradeço também à Secretaria Municipal de Saúde, aos colegas de trabalho, em especial do bairro Laranjinha que me acolheram de braços abertos; guardarei com imenso carinho em meu coração, e por onde eu for jamais esquecerei esta equipe na qual aprendi coisas formidáveis tanto pessoais como profissionais, experiências únicas que levarei para a vida.

A todos que de maneira geral contribuíram para que eu completasse mais esta etapa tão importante de minha vida, a vocês meu muito obrigada!

“A vida me ensinou a dizer adeus às pessoas que amo, sem tirá-las do meu coração, sorrir às pessoas que não gostam de mim, para mostrá-las que sou diferente do que elas pensam, calar-me para ouvir, aprender com meus erros, afinal, eu posso ser sempre melhor!”

Charles Chaplin

RESUMO

As doenças crônicas não-transmissíveis são responsáveis pelas principais causas de incapacidades e morte no mundo representando um desafio no âmbito da saúde no que se refere a seu desenvolvimento global. O Diabetes *Mellitus* é uma delas e configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em um grande desafio por sua importância enquanto problema de saúde pública. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da doença. Estudos demonstram que a projeção do diabetes pode chegar a 300 milhões no ano 2030. O presente estudo teve como objetivo geral identificar o perfil do portador de Diabetes Mellitus quanto a compreensão, aprendizagem e qualidade de vida. Para obtenção dos dados foi realizada uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva transversal de campo, com uma amostra aleatória de 330 participantes, portadores de Diabetes Mellitus, os mesmos responderam aos questionários: Diabetes Mellitus Knowledge, Attitude e Whoqol. Os dados foram analisados com o SPSS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesc sob o nº 10208. A população caracterizou-se por mulheres e idosos. Em relação ao conhecimento da doença obtiveram escores inferiores ou iguais a oito indicando resultado insatisfatório para a compreensão acerca da doença. Ainda em relação ao questionário de conhecimento, foram analisadas as quinze questões individualmente. Quanto a atitude obtivemos escores inferiores ou iguais a sete indicando resultado insatisfatório para a atitude frente a doença e percebemos que pacientes com idade inferior a 60 anos tem maior atitude positiva, porém quando comparamos o sexo não encontramos diferenças. Quanto a aplicação do questionário Whoqol o domínio social apresentou maiores escores (65,1%), seguido do ambiental (60,7%), físico (60,1%) e por último o psicológico (57,8%). Foi significativa a comparação dos resultados obtidos no questionário Whoqol com os dados obtidos no questionário de Atitude.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Conhecimento. Atitude. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The chronic non-communicable diseases are responsible for leading causes of disability and death in the world is a challenge in health in relation to their overall development. Diabetes Mellitus is one of them and set today as a global epidemic, translating into a major challenge because of its importance as a public health problem. The aging population, increasing urbanization and the adoption of unhealthy lifestyles are largely responsible for the increased incidence and prevalence of the disease. Studies show that the projection of diabetes may reach 300 million by 2030. The present study aimed to identify the profile of patients with Diabetes Mellitus and understanding, learning and quality of life. To obtain the data was carried out a survey of the quantitative descriptive cross-country with a random sample of 330 participants with diabetes mellitus, they responded to the questionnaires: Diabetes Mellitus knowledge, Attitude and WHOQOL. Data were analyzed with SPSS. The project was approved by the Ethics Committee of the UNESC under No. 10208. The population was characterized by women and the elderly. Regarding knowledge of the disease scored less than or equal to eight indicating unsatisfactory result for the understanding of the disease. Also in relation to the knowledge questionnaire, fifteen questions were analyzed individually. The attitude scores obtained less than or equal to seven indicating unsatisfactory result for the attitude towards the disease and realize that patients under the age of 60 years is more positive attitude, but when comparing the sex did not find differences. The questionnaire application WHOQOL social domain showed higher scores (65.1%), followed by the environmental (60.7%), physical (60.1%) and lastly the psychological (57.8%). A significant comparison of results obtained in the WHOQOL questionnaire with the data obtained in the attitude questionnaire.

Keywords: Diabetes Mellitus. Knowledge. Attitude. Quality of Life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Escores obtidos pelos participantes com Diabetes Mellitus no questionário DKN-A, em relação ao conhecimento da doença.....	31
Figura 2 – Média de pontuação do questionário DKN-A de acordo com a faixa etária e sexo dos participantes.....	32
Figura 3 – Frequência de acertos sobre parâmetros glicêmicos de acordo com o sexo e faixa etária.....	33
Figura 4 – Frequência de acertos sobre complicações do DM de acordo com o sexo e faixa etária.....	34
Figura 5 – Frequência de acertos sobre a variação da glicemia de acordo com o sexo e faixa etária.....	35
Figura 6 – Frequência de acertos em relação a composição da manteiga de acordo com o sexo e faixa etária.....	36
Figura 7 – Frequência de acertos em relação a composição do arroz de acordo com o sexo e faixa etária.....	36
Figura 8 – Frequência de acertos sobre cetonúria de acordo com o sexo e faixa etária.....	37
Figura 9 – Frequência de acertos sobre as complicações do DM de acordo com o sexo e faixa etária.....	38
Figura 10 – Frequência de acertos sobre insulinoterapia de acordo com o sexo e faixa etária.....	39
Figura 11 – Frequência de acertos sobre insulinoterapia de acordo com o sexo e faixa etária.....	39

Figura 12 – Frequência de acertos sobre hipoglicemia de acordo com o sexo e faixa etária.....	40
Figura 13 – Frequência de acertos sobre hipoglicemia de acordo com o sexo e faixa etária.....	41
Figura 14 – Frequência de acertos sobre alimentação saudável de acordo com o sexo e faixa etária.....	42
Figura 15 – Frequência de erros e acertos	43
Figura 16 – Escores obtidos pelos participantes com diabetes no questionário ATT-19 em relação às atitudes de enfrentamento da doença.....	44
Figura 17 – Análise da atitude frente ao Diabetes Mellitus de acordo com a faixa etária e sexo.....	45
Figura 18 – Escores obtidos pelos participantes com Diabetes no questionário Whoqol em relação a Qualidade de Vida.....	46
Figura 19 – Relação dos domínios do questionário Whoqol X faixa etária.....	47
Figura 20 – Relação dos domínios do questionário Whoqol X sexo.....	48
Figura 21 – Média de pontuação do questionário Whoqol X Atitude.....	49
Figura 22 – Média de pontuação do questionário Whoqol X Atitude por domínios...	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição e frequência dos participantes portadores de Diabetes Mellitus segundo faixa etária e sexo (n=330) na população de Criciúma.....	30
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
ATT-19 – Questionário de Atitudes Psicológicas do Diabetes
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT – Doença Crônica Não Transmissível
DKN-A – Questionário de Conhecimento
DM – Diabetes Mellitus
ESF – Estratégia Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
PMC – Prefeitura Municipal de Criciúma
QV – Qualidade de Vida
SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes
SC – Santa Catarina
SPSS – Pacote Estatístico para as Ciências Sociais
SUS – Sistema Único de Saúde
UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
WHOQOL – Questionário de Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	145
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 SISTEMAS DE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	17
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	18
3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
3.4 DIABETES MELLITUS	20
3.5 SENTIMENTOS E CONFLITOS DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS	23
4 MATERIAL E MÉTODOS	25
4.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA	25
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	25
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE	57
ANEXO.....	59

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas principais causas de incapacidades e morte no mundo representando um desafio no âmbito da saúde no que se refere a seu desenvolvimento global (OLIVEIRA, 2011).

Dentre as condições crônicas em foco atualmente, podemos citar o Diabetes Mellitus no qual o aumento da incidência nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante. O diabetes é o responsável ainda por outros fatores de risco e as projeções futuras demonstram aumento de incidência desses casos. No Brasil, as regiões Sul e Sudeste consideradas de maior desenvolvimento econômico apresentam maior prevalência da doença que tem forte impacto tanto pela morbidade como pela mortalidade (OLIVEIRA, 2011).

Desta forma, o cuidado integral à pessoa com diabetes deve compreender aspectos psicossociais e culturais, motivando e fortalecendo a pessoa e família, para conviver com a condição crônica, onde, a cada atendimento, deve ser reforçada a percepção de risco à saúde, o desenvolvimento de habilidades e a motivação para superar esse risco. Tem sido descrito que atenção à saúde, que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento, pode melhorar a adesão, o que reduzirá o ônus das condições crônicas, que hoje é de aproximadamente 60% de todas as doenças do mundo, e proporcionará melhor qualidade de vida às pessoas com diabetes (PACE, 2006).

A estabilidade da doença e o cuidado das suas complicações dependem de modificações do estilo de vida, especialmente através da alimentação, da atividade física regular e da farmacoterapia. O seu tratamento é exigente, complexo e responsabiliza a pessoa para a vida toda. Assim, existe uma gama de atividades que são importantes para aprimorar a participação dos portadores da doença e das suas famílias na gestão da sua patologia. Sabemos que o grau de aceitação da doença, bem como o contexto sócio-cultural podem influenciar na motivação para a aquisição de novos conhecimentos. No entanto, existem algumas barreiras às mudanças comportamentais (BANCO, 2009).

Existem muitos estudos destacando o DM atualmente, no entanto, poucos consideram os aspectos psicológicos, sociais, culturais que influenciam para o estabelecimento do seu auto cuidado. Essas reflexões nos levaram ao seguinte

questionamento: Qual a compreensão, aprendizagem e qualidade de vida do portador de Diabetes Mellitus?

Percebe-se que o tema é de suma importância para a enfermagem, pois é possível ampliar os conceitos de conhecimento da doença partindo do próprio sujeito portador de diabetes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil do portador de Diabetes Mellitus quanto a compreensão, aprendizagem e qualidade de vida.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o conhecimento e compreensão do portador de Diabetes Mellitus sobre a doença;

Verificar questões psicológicas e emocionais dos portadores de Diabetes Mellitus;

Identificar a qualidade de vida dos portadores de Diabetes Mellitus;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMAS DE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A área da saúde pública passou historicamente por contínuas transformações das práticas sanitárias em decorrência de mudanças nas articulações entre Estado e sociedade, caracterizadas por distintas respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde. No século XVIII, da higiene à Medicina Social e ao Sanitarismo. Logo após com a Revolução Industrial, da Medicina Preventiva e Saúde Comunitária até os movimentos da Reforma do Setor Saúde. (PAIN, ALMEIDA FILHO, 1998).

Nestes cenários a saúde existia para poucos, ou seja, os trabalhadores possuíam seu direito garantido, pois contribuíam, os demais eram excluídos de um atendimento humano e igualitário.

Em 1977 a Assembléia Mundial da Saúde lança a consigna *Saúde para Todos no Ano 2000*. No ano seguinte (1978), em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde, reafirma a saúde como direito do homem, influenciando fortemente as discussões sobre um novo modelo de saúde, pela propagação do princípio da atenção primária à saúde. (PAIN, ALMEIDA FILHO, 1998).

O Brasil, a partir do regime militar na década de 80, vive experiências importantes de reformas e redefinição do perfil e da gestão do seu sistema de saúde. O marco inaugural deste novo tempo foi a VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, em torno dos temas da saúde como direito, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor (BRASIL, 2006 a).

Pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial. Reuniu cerca de 4000 pessoas nos debates e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas (BAPTISTA, 2007).

Durante a conferência foram definidos os alicerces da Reforma Sanitária no Brasil. Toda mobilização e esforço tiveram como resultado aprovação dos artigos 196 a 200 do capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde, na Constituição Federal de 1988. Com a promulgação da Constituição e aprovação da legislação

orgânica em 1990, foram instituídos os instrumentos legais para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país (MELO et al 1998).

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”(BRASIL, 1988).

As leis 8080/90 e 8142/90 que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, as transferências de recursos financeiros na área da saúde respectivamente, programam e regulamentam os princípios constitucionais estabelecidos (BRASIL, 2006 a).

A década de 90 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado para um cenário em que centenas de gestores municipais e estaduais, profissionais de saúde e usuários tornam-se atores fundamentais no campo de saúde (BRASIL, 2006 a). As Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS especificam com mais detalhes o processo de descentralização, estabelecendo condições e estratégias necessárias para que os estado e municípios possam assumir suas responsabilidades perante o processo de implantação e consolidação do SUS, além de determinar o desenho de reorientação do modelo assistencial brasileiro (CASTRO, 2003).

A Reforma Sanitária constituiu uma verdadeira Reforma de Estado. A Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirma que “o SUS representa o exemplo mais importante de democratização do Estado, em nosso país” (BRASIL, 1996).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Estudos realizados em vários países da Europa, bem como no Canadá, Estados Unidos e, por último, também no Brasil, evidenciam que os sistemas de saúde orientados para os cuidados de saúde primários atendiam com mais eficiência as necessidades de saúde das pessoas e dos povos. Desta forma conferência de Alma Ata consagrou a APS (Atenção Primária a Saúde) como estratégia para que os países alcançassem a meta saúde para todos no ano de 2000. Resultados obtidos

nestes estudos revelam que países com APS forte têm custos globais menores e populações em geral mais satisfeitas e mais saudáveis (RODRIGUES, 2011).

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA, 2009).

A ABS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural (BRASIL, 2006 b).

A Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Saúde da Família, inicialmente voltado à extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa paralelo aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem merecido reconhecimento internacional pelos resultados obtidos no curto prazo. (GIOVANELLA et al 2009).

A Política Nacional da Atenção Básica reafirmou a SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica; hoje o SF está presente em mais de 90% dos municípios (GIOVANELLA et al 2009).

Ao instituir a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Brasil inovou e avançou na configuração de um modelo de Atenção Primária altamente custo-efetivo, baseado numa equipe básica, constituída por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e odontologia, agentes comunitários de saúde, ampliando e amplificando a capacidade resolutiva (RODRIGUES, ANDERSON, 2011).

Há que se considerar a análise de uma intervenção em saúde pública complexa que, ao buscar avaliar as potencialidades da SF como estratégia de APS

integral devemos destacar a heterogeneidade de modelos de atenção básica implementados nos municípios brasileiros, bem como, as diferenças regionais existentes (GIOVANELLA et al 2009).

Não é de estranhar, portanto, a ocorrência de problemas conjunturais quando se leva em conta as dimensões e diversidades que bem caracterizam este país de todos, com quase 200 milhões de habitantes com direitos de cidadania amplamente garantidos por sua Constituição. No entanto, é necessário reconhecer que implantar 30 mil Equipes de Saúde da Família em 15 anos constitui uma ousadia nunca antes posta em prática na história da saúde mundial (RODRIGUES, ANDERSON, 2011).

3.4 DIABETES MELLITUS

O Diabetes *Mellitus* (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em 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 sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006 c).

Em 1985 estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano 2030. No mundo, o número de mortes atribuídas ao DM está em torno de 800 mil; entretanto é fato bem estabelecido que essa quantidade de óbitos é consideravelmente subestimada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O DM destaca-se, no Brasil e no mundo, por sua importância enquanto problema de saúde pública. O impacto epidemiológico que produz é expresso nas crescentes taxas de morbidade e mortalidade e nas conseqüentes sequelas de incapacidade, como a cegueira, a retinopatia diabética, a insuficiência renal terminal e as amputações de extremidades inferiores. Inúmeros indivíduos diabéticos são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência das complicações crônicas, ou ficam com alguma limitação no seu desempenho profissional. (GAMBA et al 2004).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006 c).

Esta alteração metabólica atualmente acomete 7 a 8% da população mundial adulta, sendo ocasionada por disfunções das células beta das Ilhotas de Langerhans, responsáveis pela produção do hormônio insulina (OLIVEIRA, 2011).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) a classificação do diabetes inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional.

O DM tipo 1 (DM1), forma presente em 5%-10% dos casos, é o resultado de uma destruição das células beta pancreáticas com conseqüente deficiência de insulina. O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é a forma presente em 90%-95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, porém podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Outras formas de diabetes são menos comuns cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. O diabetes gestacional é qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Não exclui a possibilidade de a condição existir antes da gravidez e similar ao DM2, o DM gestacional é associado tanto a resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM:

1. Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual acima de 200mg/dl.
2. Glicemia de jejum \geq 126mg/dl.
3. Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl (BRASIL, 2006 c).

O DM tem um forte impacto na saúde pública, sendo que as doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar nos casos de óbito no Brasil. Em 2000, 255.585 pessoas morreram em consequência de complicações do aparelho circulatório. (BRASIL, 2006)

Nesta doença crônica, “grande parte de suas complicações torna o indivíduo incapaz de realizar suas atividades cotidianas, o que pode contribuir para uma diminuição de sua autoestima e, conseqüentemente, afetar sua qualidade de vida.” (XAVIER, BITTAR & ATAIDE, 2009 p.125) Sendo que, mudam-se os hábitos alimentares, com restrições e necessidades de adesão a esquemas terapêuticos, aplicações regulares de insulina e monitorização da glicemia diariamente.

As complicações agudas dos diabéticos estão relacionadas aos desequilíbrios por curto prazo e em longo prazo nos níveis sanguíneos de glicose. Aproximadamente 33% das pessoas com diabetes são hospitalizadas durante os primeiros anos da doença por complicações agudas, passíveis de serem prevenidas com bom controle glicêmico (PACE et al 2006).

A atenção à saúde fornece informação oportuna, apoio e monitoramento, pode melhorar a adesão, reduzindo as condições crônicas e proporcionando melhor qualidade de vida às pessoas com diabetes. Nesse sentido, a habilidade para detectar e agir mediante sinais de prontidão que a pessoa apresenta em relação às mudanças de comportamento e estilos de vida são importantes. (PACE et al 2006).

Complicações macrovasculares: Segundo Brunner (2006) As complicações macrovasculares do diabetes resultam das alterações nos vasos sanguíneos de médio e grande calibre. As paredes dos vasos sanguíneos sofrem espessamento, esclerose, e eles se tornam ocluídos pelas placas. Por vezes, o fluxo sanguíneo poderá ser bloqueado por estas placas. Essas alterações ateroscleróticas são indistinguíveis das alterações ateroscleróticas nas pessoas sem diabetes, mas elas tendem a ocorrer com maior frequência e em idade mais precoce no paciente diabético. A doença coronária, a doença vascular cerebral e a doença vascular periférica são os principais tipos de complicações macrovasculares e que ocorrem com maior frequência na população diabética.

Complicações microvasculares: As alterações microvasculares são próprias do diabetes. A doença microvascular diabética (ou microangiopatia) caracteriza-se por espessamento da membrana basal capilar. A membrana basal circunda as células endoteliais do capilar, onde os níveis sanguíneos aumentados

de glicose reagem através de uma série de respostas bioquímicas ao espessar a membrana basal até várias vezes sua espessura normal. Quando a função capilar é comprometida pode ter efeitos devastadores na microcirculação, afetando os nervos periféricos, os rins e os olhos. (BRUNNER, 2006).

Neuropatia: Perda gradativa da função dos nervos devido à diabetes, levando a perda da sensação tátil dos pés e pernas. Pés com deformidades e ou/ com ferimentos que não cicatrizam e pés que podem ser amputados dependendo da gravidade do ferimento e condições da cicatrização;

Retinopatia: Sangramento e saída de líquido dentro dos olhos, isto é, na retina, podendo levar a pessoa a cegueira;

Nefropatia: Lesão nos rins devido ao excesso de glicose (açúcar no sangue), podendo levar a pessoa a realizar hemodiálise;

Doença Periodontal: É uma infecção que destrói o osso e demais tecidos que suportam o dente. O diabetes está associado com a instalação e agravamento dessa doença devido ao controle metabólico inadequado.

Quanto ao tratamento da doença compreende basicamente dois conjuntos de medidas, as medicamentosas e as não medicamentosas, sendo que ambas podem ser aplicadas de forma isolada ou em conjunto levando em consideração as características individuais do indivíduo e da enfermidade. O tratamento não medicamentoso inclui basicamente atividade física regular, regularização dos hábitos alimentares e estilo de vida em geral (OLIVEIRA, 2011).

3.5 SENTIMENTOS E CONFLITOS DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

Após diagnosticado, o DM é uma doença que necessita de mudanças que duram toda a vida e seu tratamento exige uma terapia médico nutricional, medicações diárias, exercícios físicos programados, automonitorização da glicemia, cuidados com o corpo, educação em saúde e modificação comportamental. Desse modo, torna-se necessário uma ação educativa para instruir e conscientizar o diabético da importância do seu conhecimento sobre a DM como parte integral do cuidado, proporcionando um melhor convívio com a doença, tornando-o protagonista de seu tratamento e, assim controlando a patologia e suas complicações (GIL, HADDAD, GUARIENTE, 2008).

Alguns relatos demonstram sentimentos intensos despertados pelos portadores de DM tais como raiva do mundo, dificuldades de raciocínio, mal-estar psicológico, preocupação e ansiedade, sentimentos de desânimo, privação de prazer, suscetibilidade à crítica do outro e negação da doença. Os pacientes salientaram que sentem grande dificuldade no controle dos impulsos (PERES, 2007).

Expor-se à crítica do outro, à não aceitação por parte de familiares faz o diabético sentir-se “diferente” dos demais. O “ser diferente” é vivido como experiência penosa (PEREZ, 2007).

No estudo de Perez (2007), foram relatados alguns sentimentos suscitados pelo uso diário da insulina, tais como: “ódio”, “pavor” e “mau humor”. O uso diário da insulina, ao mesmo tempo que mantém o controle do diabetes, denuncia que, para ter saúde, é preciso tomar a insulina.

Silva, (2000) também, mostrou que a maioria dos pacientes tem dificuldade em aceitar o uso da insulina, pois ela “é considerada como uma agressão ao corpo.

Vários pacientes se autodescreveram como “esquecidos” ou “desligados”, quando deixam de tomar a medicação prescrita. O paciente pode se cansar de viver com uma doença crônica (PEREZ, 2007).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA

Esta foi uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva transversal de campo. Neste método, a interligação de diversas informações podem ser comparadas, permitindo uma maior abertura da perspectiva da investigação e o aprofundamento da análise dos dados. A complementaridade dos procedimentos cria condições mais favoráveis à superação de eventuais distorções e erros durante todo o processo da pesquisa (SANTOS, 2009).

O estudo transversal se trata de um dado de um momento e examina as características, atitude, comportamentos e as intenções de um grupo de pessoas, solicitando a elas respostas às perguntas, seja por meio de entrevista ou questionários. (POLIT; BECK; HUNGELR, 2004)

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra deste estudo foi probabilística composta por voluntários, de maneira estratificada. A coleta dos dados foi realizada nas 30 Estratégias de Saúde da Família existentes no município de Criciúma. Em cada unidade foram selecionados aleatoriamente 11 pacientes que compareceram a Unidade de Saúde pesquisada com diagnóstico de Diabetes Mellitus, totalizando 330 participantes entrevistados. Para delimitar a amostra utilizou-se o cálculo proposto por Barbeta (2001), com nível de confiabilidade de 95%. O presente estudo teve a limitação de não considerar o tempo de duração do DM, o tratamento utilizado, nem se os pacientes eram ou não insulino-dependentes. Esses fatores seriam importantes para a correlação de algumas características.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser maior de 18 anos;
- Ter cadastro no Hiperdia;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Estar em condições de responder aos questionários;

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Portadores de Diabetes Mellitus restritos ao domicílio;

Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Não estar cadastrado no Hiperdia;

Não responder a todo o questionário;

Ser menor de 18 anos;

4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Questionário DKN-A: O DKN-A (Anexo A) é um questionário com 15 itens sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral de DM. Apresenta cinco dimensões: 1) fisiologia básica; 2) hipoglicemia; 3) grupos de alimentos e suas substituições; 4) gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença; 5) princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0-15 e cada item é medido com escore um (1) para resposta correta e zero (0) para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15 algumas respostas são corretas e todas devem ser conferidas para obter o escore um (1). Um escore elevado indica maior conhecimento sobre DM (CURCIO et al 2011).

Questionário WHOQOL: O questionário WHOQOL (Anexo B) que analisa a Qualidade de vida (QV) é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo verificar a capacidade física (sete questões), o bem-estar psicológico (seis questões), as relações sociais (três questões) e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (oito questões), totalizando 24 questões. Além desses quatro domínios, o questionário tem duas perguntas gerais sobre qualidade de vida global. O instrumento Whoqol considera as duas últimas semanas vividas pelos respondentes, e o tempo médio de seu preenchimento é de dez minutos (ALVES et al 2010).

As respostas às questões são dadas numa escala com um único intervalo de 0 (zero) a 5 (cinco), segundo a metodologia Whoqol. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada

questão que compõem o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20 (ALVES et al 2010).

Questionário ATT-19: O ATT-19 (Anexo C) é questionário auto aplicável sobre a medida de ajustamento psicológico para DM, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais acerca da doença. Consiste de 19 itens que incluem seis fatores: estresse associado ao DM; receptividade ao tratamento; confiança no tratamento; eficácia pessoal; percepção acerca da saúde e aceitação social. A principal aplicação da escala de atitude é associada à avaliação da intervenção educacional. (CURCIO et al 2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

No tocante aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unesc o qual foi aprovado sob o parecer nº 10208 (anexo D).

Com a liberação da mesma, foram agendadas e posteriormente realizadas visitas *in loco*, nas ESF. As entrevistas foram realizadas por três enfermeiras. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) que segue as exigências formais contidas na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

A resolução 196/96 incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando a participação na pesquisa. Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa. (BRASIL, 1996).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise quantitativa de dados, os mesmos foram inseridos em planilha eletrônica após a coleta, a análise estatística foi calculada pelo software estatístico SPSS. As variáveis categóricas foram analisadas utilizando teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, conforme indicado. Já as variáveis contínuas foram apresentadas utilizando média \pm desvio padrão ou mediana e intervalo de confiança, foram analisadas utilizando teste “*t* de *Student*” ou Mann-Whitney. Foi considerado diferença estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$. Após analisados, os dados foram transportados ao Excel para confecção dos gráficos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados obtidos na coleta de dados realizada em trinta Estratégias de Saúde da Família do município de Criciúma, SC, de acordo com os objetivos propostos no presente estudo.

A análise dos dados obedecerá a mesma sequência de apresentação dos resultados. Inicialmente serão analisadas as variáveis sociodemográficas, a seguir os questionários DKN-A, ATT 19 e WHOQOL.

Foram estudados 330 pacientes portadores de Diabetes Mellitus sendo que a maior parte da amostra foi composta por mulheres (61,2%) e população acima de 60 anos (56,1%).

A média de idade foi de 59 anos, sendo 58,8 anos para as mulheres e 60 anos para os homens com desvio padrão de $\pm 10,1$ e $\pm 7,8$ respectivamente, estando pertinente com a literatura que aponta maior prevalência de DM após os 35 anos (MIRANZZI, 2008).

O perfil dos participantes em relação ao sexo e a faixa etária mantiveram características semelhantes às descritas em outros estudos brasileiros sobre DM (CORRER et al, 2008; DIAS et al, 2010; OTERO, 2008, MICHELS et al 2010).

Estudo multicêntrico de prevalência de DM no Brasil mostrou que a frequência do Diabetes aumenta gradativamente após os 50 anos de vida. Este estudo salientou também a importância do DM como problema de Saúde Pública, relacionando-a a tendência progressiva de envelhecimento da população (OLIVEIRA, 2011).

Quanto ao predomínio do sexo feminino, este, pode estar relacionado a feminilização de envelhecimento no Brasil e também ao fato de que as mulheres têm mais facilidade para comparecer às instituições de saúde, além de terem horário de trabalho mais flexível (OTERO, 2008), ou ainda que no planeta a população feminina é maior do que a masculina, segundo dados mundiais (MIRANZZI, 2008).

Tabela 1 – Descrição e frequência dos participantes portadores de Diabetes Mellitus segundo faixa etária e sexo (n=330) na população de Criciúma.

Variável	n	Prevalência (%)
Sexo		
Masculino	126	38,2
Feminino	204	61,2
Idade		
Menor 60	105	43,9
60 ou mais	185	56,1
Total	330	100

Na figura 1, verifica-se a dispersão dos escores obtidos em relação ao conhecimento dos portadores de Diabetes Mellitus. Percebemos que a maioria dos pacientes 313/330 (95%) obteve escores inferiores ou iguais a oito e apenas 17/330 (5%) obtiveram escores maiores que oito, indicando resultado insatisfatório para a compreensão acerca da doença.

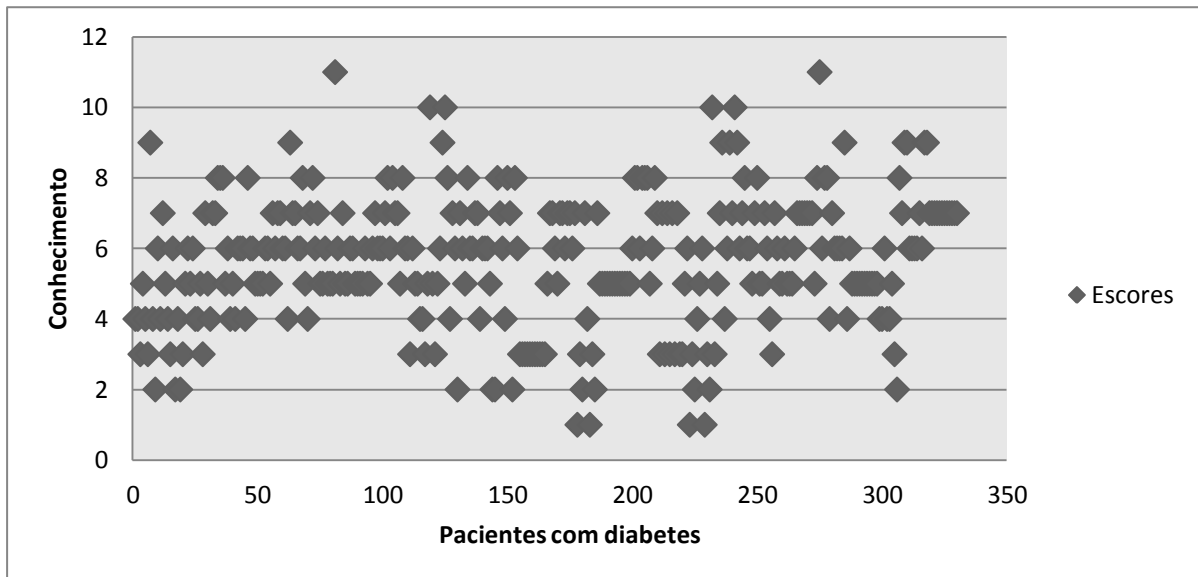
Reconhece-se que o conhecimento acerca do DM é imprescindível para a tomada de decisões e mudança de estilo de vida na colaboração ao tratamento. Vale ressaltar que além do conhecimento, é imprescindível que o paciente saiba sobre os riscos relacionados a essa patologia.

Resultados semelhantes foram encontrados por Oliveira (2011), em sua pesquisa, onde a maioria dos participantes não obteve resultados satisfatórios. Dias et al (2010), revelou que os pacientes entrevistados não sabem quantos tipos de diabetes existem, nem tampouco o seu próprio tipo. Não sabem qual exame utilizado para verificar o controle de diabetes, o que revela uma importante lacuna no conhecimento sobre as informações básicas a respeito da doença.

Outro estudo realizado na Turquia para investigar o conhecimento sobre DM demonstrou que apenas 28% dos pacientes tinham sido informados sobre a doença. Assim como em todas as doenças crônicas, fornecer aos pacientes informação e educação é a melhor maneira de controlar o DM e prevenir suas complicações (DIAS et al, 2010).

Conforme Pace (2006) é possível que as pessoas com diabetes, tenham recebido algum tipo de informação relacionada a patologia ao longo da vida, no entanto, fatores intervenientes podem ter limitado a sua incorporação.

Figura 1 – Escores obtidos pelos participantes com Diabetes Mellitus no questionário DKN-A, em relação ao conhecimento da doença.



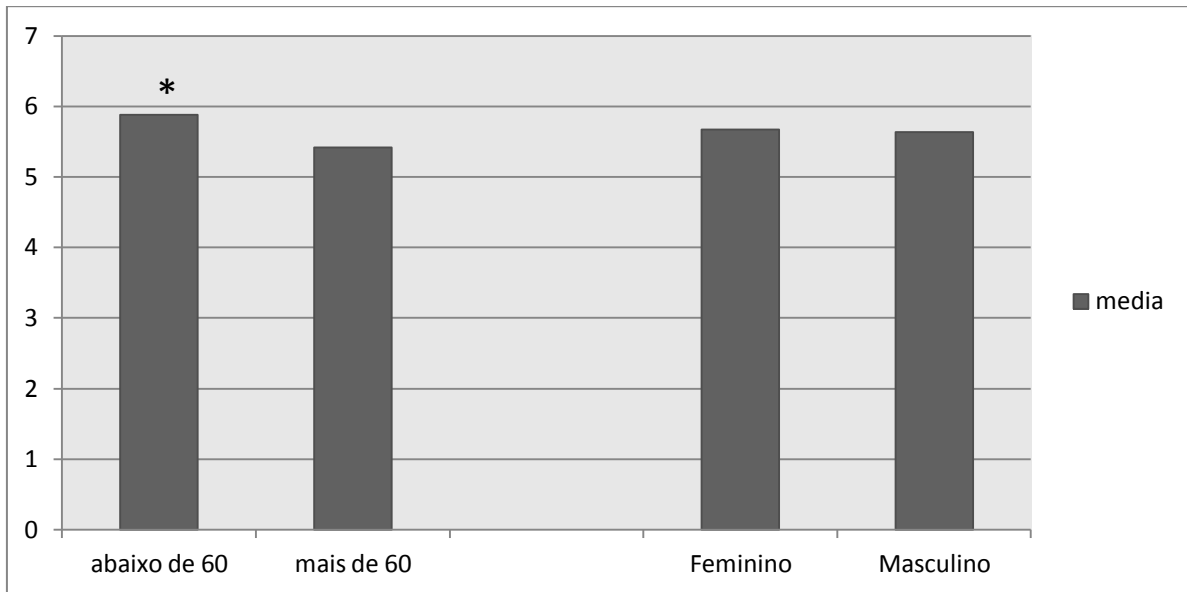
Referente ao questionário DKN-A, também percebemos, que com o aumento da idade, diminuem os escores relacionados ao conhecimento, ou seja, quanto menor a idade melhores resultados são obtidos, pois, quando analisamos a faixa etária e sexo da população, os participantes com idade inferior a 60 anos apresentaram melhores escores em relação ao conhecimento sobre Diabetes Mellitus quando comparados aos participantes acima de 60 anos. ($5,8 \pm 1,9$ vs. $5,4 \pm 1,7$; $p < 0,05$).

Estudo realizado com pacientes DM tipo 2 de longa duração com a finalidade de descrever fatores que influenciam no conhecimento identificou que o conhecimento insatisfatório sobre a doença esteve altamente influenciado pela idade (PACE et al, 2006).

Quanto ao sexo, não encontramos diferença estatisticamente significativa relacionada ao conhecimento do DM, com média de $5,67 \pm 1,95$ para a população feminina e $5,64 \pm 1,62$ para a masculina.

Ao analisar os escores obtidos em relação ao conhecimento de acordo com o sexo, Rodrigues et al (2009) percebeu que o índice de acertos foi semelhante tanto para o sexo feminino (64,40%) como para o masculino (65,05%).

Figura 2 – Média de pontuação do questionário DKN-A de acordo com a faixa etária e sexo dos participantes.



* $p \leq 0,05$

Ainda em relação ao questionário DKN-A, foram analisadas as quinze questões individualmente e podemos perceber que os pacientes parecem conhecer da sua doença, pelas falas, mas quando indagamos sobre questões básicas eles ainda têm dúvidas. Não encontramos outros estudos que fizessem a mesma análise, o que dificultou a discussão.

Na figura 3, quando questionamos aos portadores de DM sobre parâmetros glicêmicos, com as alternativas: normal, baixo, alto ou não sabem. A maioria (67%) dos participantes responderem corretamente, afirmando que no diabetes “sem controle” o açúcar no sangue é alto, com valores significativos para a população masculina ($p < 0,05$), ainda encontramos 25% da população que não soube responder.

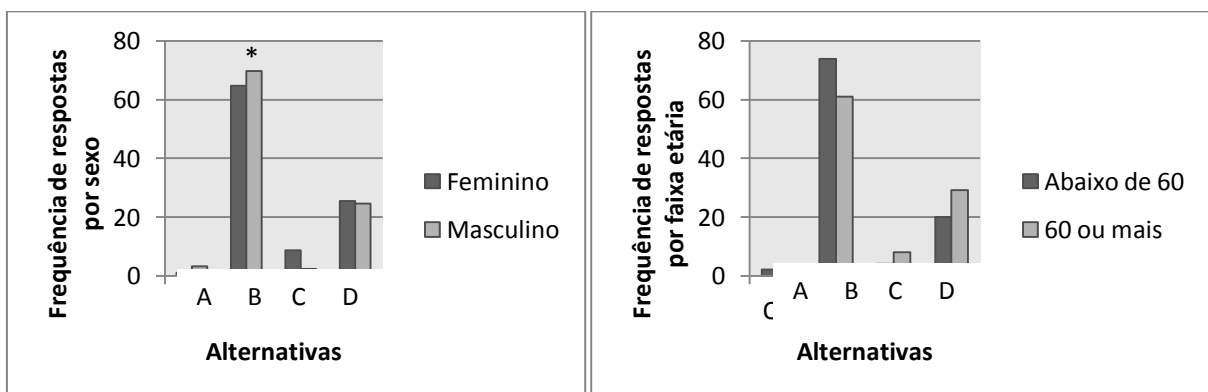
Isso é preocupante e importante salientar que aproximadamente 33% das pessoas com diabetes são hospitalizadas durante os primeiros anos da doença por complicações agudas, passíveis de serem prevenidas com bom controle glicêmico (PACE, 2006).

No entanto se o paciente não sabe o que significa bons níveis de glicemia, ele possivelmente terá complicações decorrentes da doença.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) afirma que tem grande utilidade na avaliação o controle glicêmico para eficácia do tratamento e que inúmeras evidências tem comprovado que o bom controle glicêmico na maioria das vezes previne o aparecimento das complicações crônicas que constituem as principais causas de mortalidade, morbidade e diminuição da qualidade de vida do paciente com DM.

Foi possível verificar que a população feminina encontrou mais dificuldades em responder corretamente, assim como os idosos. Corroborando com isso a SBD (2007), diz que pacientes idosos e/ou de baixo nível socioeconômico podem apresentar mais dificuldades, resultando em um mau controle glicêmico. Conseqüentemente taxas mais elevadas de complicações, ocorrem nos idosos.

Figura 3 – Frequência de acertos sobre parâmetros glicêmicos de acordo com o sexo e faixa etária.



* $p \leq 0,05$

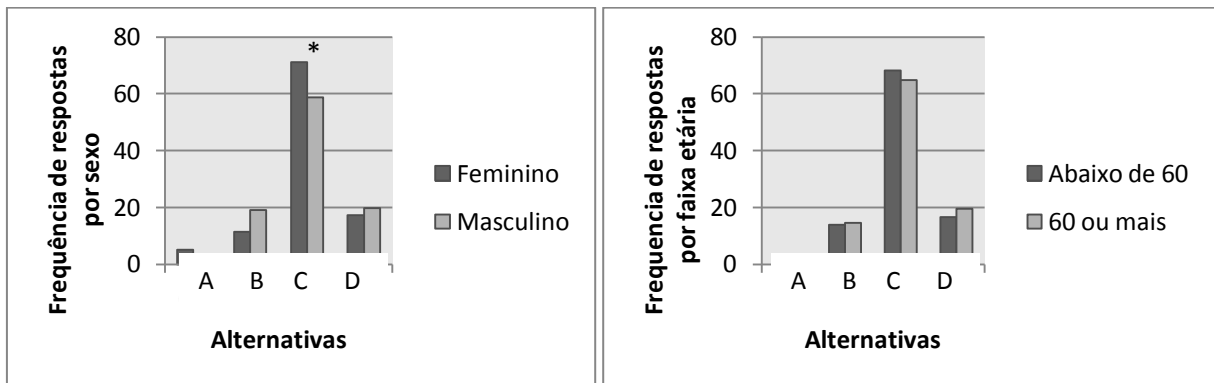
Na segunda questão que aborda as complicações do DM, a maioria deles (66%) afirmou que o controle mal feito do diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde. 18% disseram não saber a resposta correta, 14% disseram que é bom apresentar açúcar na urina para evitar hipoglicemia e 1% disse que não importa se a diabetes está ou não sob controle, desde que não entre em coma.

Embora a maioria das respostas foram corretas, cabe a nós identificar se realmente essa foi a alternativa que obteve maior número de indicações pelo fato de

conhecerem a doença ou pelo fato de que muitas doenças, não só o DM, apresentam complicações.

De qualquer forma, nesta questão, o sexo feminino demonstrou melhor nível de conhecimento quando comparado ao sexo masculino ($p < 0,05$). Quanto à idade não encontramos diferença estatisticamente significativa.

Figura 4 – Frequência de acertos sobre complicações do DM de acordo com o sexo e faixa etária.



* $p \leq 0,05$

A figura 5, relacionada a variação normal de glicose no sangue, teve uma média de 63% de acertos indicando níveis entre 70 e 110mg/dl como variação normal para glicose, com valores significativos para o sexo ($p < 0,05$). Ainda podemos perceber nesta figura que 25% dos indivíduos responderam entre 70 e 140mg/dl e ainda 5% acreditam que ter resultados até 200mg/dl é normal. Não souberam responder, 7% dos entrevistados.

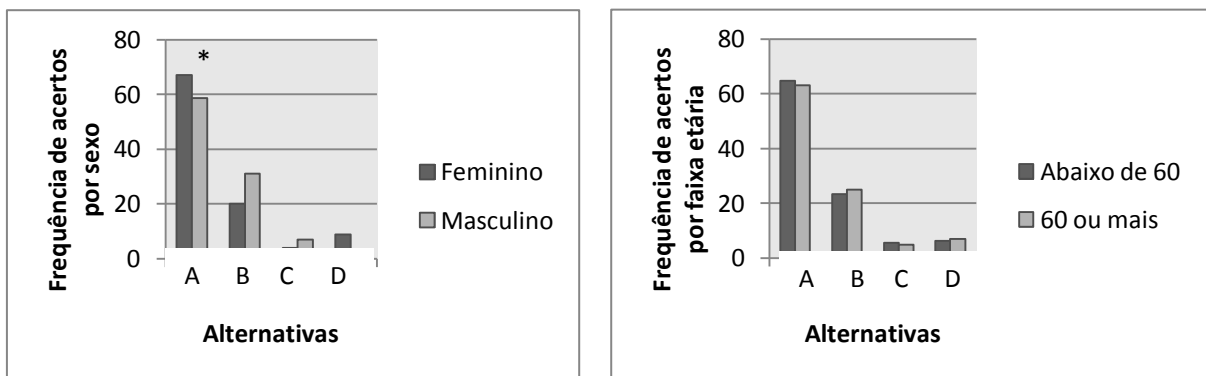
Há necessidade de o paciente demonstrar conhecimento acerca dos valores glicêmicos, caso contrário seu tratamento e consequente melhora da qualidade de vida e aspectos relacionados a doença poderão ficar comprometidos. É preocupante que um paciente portador de diabetes reconheça 200mg/dl como variação normal de glicose.

Autores afirmam que o controle glicêmico tem importante contribuição à prevenção e tratamento do DM e suas complicações (CARVALHO; PINTO, 2010; MOURA; COSTA; NAVARRO, 2007).

A automonitorização permite ao portador de diabetes mellitus analisar se as metas glicêmicas indicadas estão sendo alcançadas ou não, auxilia nos ajustes

medicamentosos necessários e nas condutas não farmacológicas, como alimentação, exercício físico. Estudos sugerem que o perfil glicêmico faça parte da rotina e da terapêutica do paciente diabético, até mesmo em indivíduos recém-diagnosticados (CARVALHO, 2012).

Figura 5 – Frequência de acertos sobre a variação da glicemia de acordo com o sexo e faixa etária.



* $p \leq 0,05$

Nas Figuras 6 e 7, referentes aos grupos alimentares os participantes dividiram-se em respostas corretas (62%) e a alternativa “não sei” (34%). É possível visualizar que quando questionamos sobre a composição da manteiga (gordura), o índice de acertos foi maior, do que comparado ao questionamento da composição do arroz (carboidrato), consideramos então que podem existir dificuldades dos pacientes quanto as questões relacionadas a alimentação.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), a orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle de pacientes com DM, associados a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha. Desta forma é imprescindível a aquisição destas informações.

O Finnish Diabetes Prevention Study apontou que a diminuição do peso corporal em torno de 3 a 4kg, em quatro anos, reduz a incidência do DM em 8% (OLIVEIRA, 2011). Para isso, ressaltamos a importância do conhecimento acerca da alimentação, tanto para pacientes portadores de diabetes, como para toda a população, diminuindo as altas taxas da doença.

Outro estudo desenvolvido em 2006 ressaltou, por meio de depoimentos dos entrevistados, que a ausência de sintomas foi citada como um dos aspectos que dificultam a realização da dieta, pois os diabéticos não apresentam manifestações de mal-estar após se alimentarem. Algumas pessoas parecem precisar de algo concreto, palpável e visível para facilitar e estimular o cuidado com a saúde (SANTO, 2012).

Em relação a informação de DM das medidas de controle da doença, observa-se que dieta foi a medida que eles mais conheciam para controlar o diabetes, e ainda assim poucos praticavam (MENDES et al, 2011).

O estudo denominado Diabetes Prevention Program Research Group mostrou redução de 58% na incidência de casos de DM quando introduzida dieta saudável e a prática de exercício físico, sendo que essas intervenções foram mais eficazes que o uso da metformina. (DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP, 2002).

Figura 6 – Frequência de acertos em relação a composição da manteiga de acordo com o sexo e faixa etária.

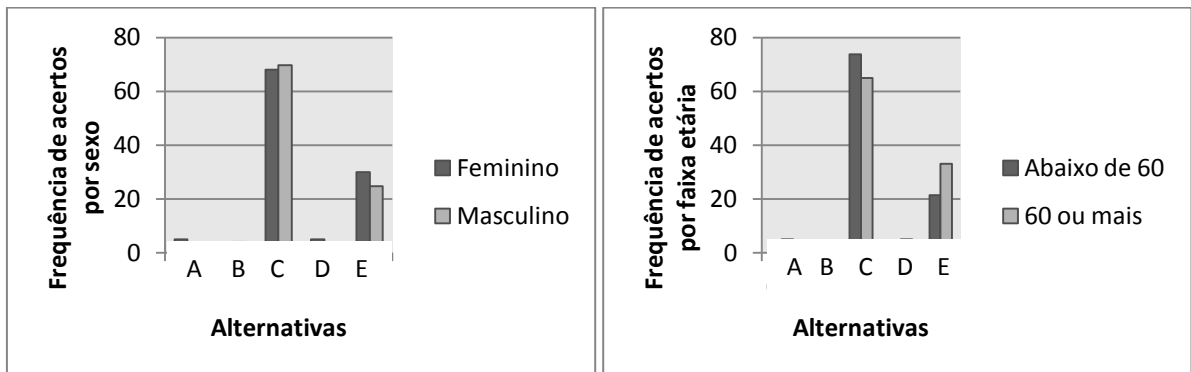
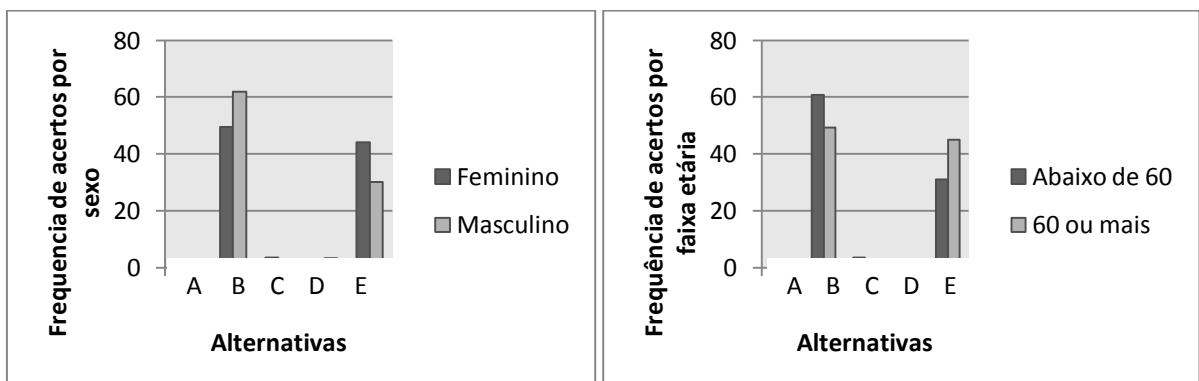


Figura 7 – Frequência de acertos em relação a composição do arroz de acordo com o sexo e faixa etária.

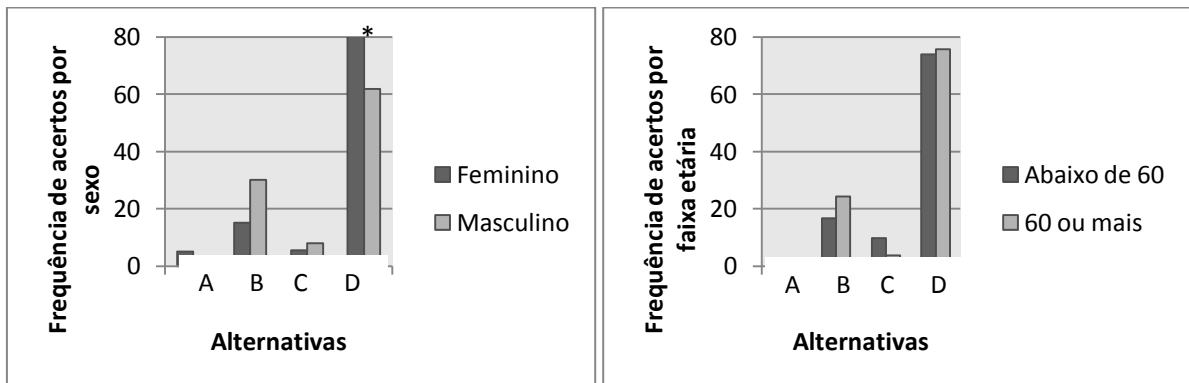


A figura 8 está relacionada com a presença de cetonas na urina e 72% dos participantes não souberam responder a questão, seguido de 22% que disseram ser um mau sinal a presença de cetonas na urina.

Possivelmente esta questão tenha tido um baixo nível de acertos devido a pouca utilização de determinados termos no diálogo diário com o paciente, pois, o simples fato de utilizarmos o termo “cetonas”, tornou a interpretação da questão dificultosa.

Quando comparamos o sexo, a população masculina teve maior índice de acertos ($p < 0,05$).

Figura 8 – Frequência de acertos sobre cetonúria de acordo com o sexo e faixa etária.



* $p \leq 0,05$

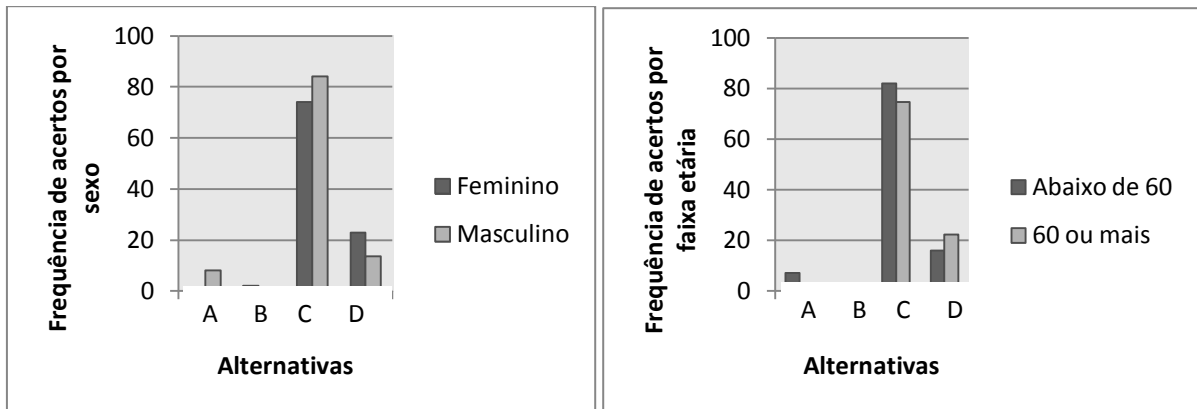
Na Figura 9, os entrevistados eram questionados sobre as complicações que NÃO estavam associadas ao Diabetes Mellitus, e 78% responderam corretamente, afirmando que a alternativa C (pulmões) não relacionava-se ao DM e sim as alternativas A e B (visão e rins).

Uma das possíveis justificativas para 78% da população responder corretamente sobre as complicações da DM, é que durante a coleta de dados, tivemos relatos de sintomas e/ou complicações já instaladas..

O conhecimento dos mesmos quanto as complicações do DM sua doença também podem ser referentes as informações recebidas nas próprias Estratégias de Saúde da Família, já que os questionários foram aplicados nestes ambientes, a pacientes que buscavam o serviço.

Corroborando com nossos dados, no estudo realizado por Dias et al (2010) dentre as complicações a serem citadas devido ao diabetes as visuais foram as mais referidas pelos participantes.

Figura 9 – Frequência de acertos sobre as complicações do DM de acordo com sexo e faixa etária.



Nas Figuras 10 e 11, relacionadas a insulino terapia os pacientes não souberam responder, tendo a alternativa “não sei” como maioria das respostas, com 63% e 77% respectivamente.

Em estudo desenvolvido por Santo et al (2012) foi verificado que 90% dos entrevistados recebiam orientações em relação ao uso de insulina, destes, 58% realizavam auto aplicação do medicamento.

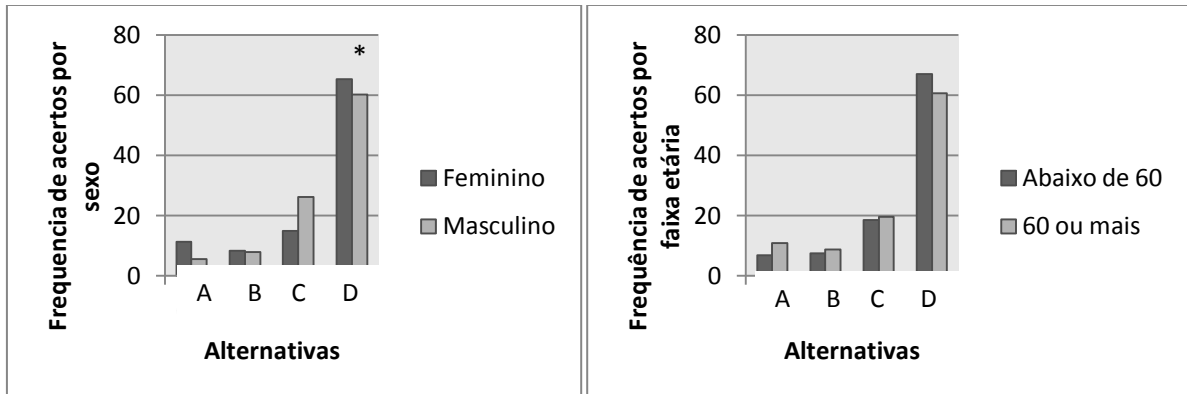
Cabe ressaltar que os pacientes insulino dependentes do município pesquisado recebem orientações individuais mensalmente, por profissionais especializados na clínica de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), no momento da dispensação da insulina e materiais de consumo necessários ao tratamento mensal.

Diferente de nossos achados, outra pesquisa relatou desempenho satisfatório nas questões relacionadas a terapêutica medicamentosa. Os entrevistados demonstraram saber por que necessitavam da insulina (GIL; HADDAD, 2008).

Uma das lacunas deixadas por este estudo é que não foi possível analisar se os participantes da pesquisa eram ou não insulino dependentes, o que de certa

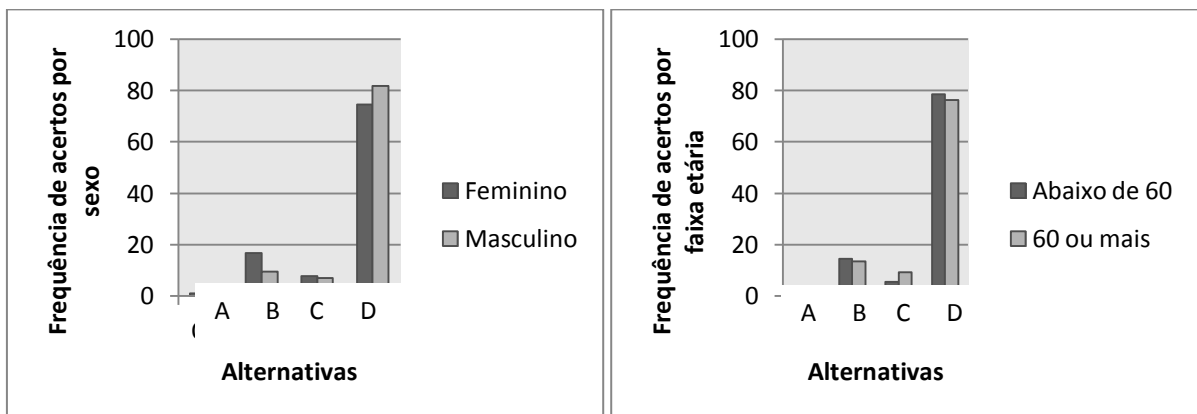
forma, dificulta a crítica a respeito de ambas as questões. O sexo masculino obteve evidência nos acertos quando comparado ao feminino ($p < 0,05$).

Figura 10 – Frequência de acertos sobre insulino terapia de acordo com sexo e faixa etária.



* $p \leq 0,05$

Figura 11 – Frequência de acertos sobre insulino terapia de acordo com o sexo e faixa etária.



As figuras 12 e 13 são relacionadas a hipoglicemia. A primeira teve índices semelhantes entre acertos e a alternativa “não sei”. Questionava sobre o que fazer quando o paciente estiver com hipoglicemia e 42% responderam comer ou beber algo doce. No entanto, 2% responderam a alternativa A, que se automedicariam e 12% a alternativa B, iriam deitar-se imediatamente.

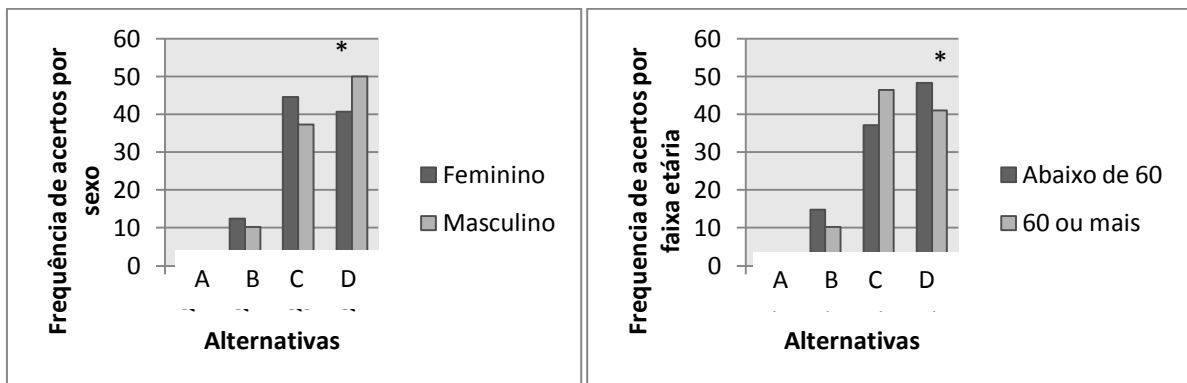
Em pessoas portadoras de doenças crônicas como DM e Hipertensão, pelo fato destes conviverem mais com o sistema de saúde, o consumo de medicamentos é ainda mais elevado (VIEIRA; HELENA, 2011).

Apesar de muitos esforços a automedicação ainda é bastante comum. Em idosos vêm sendo investigada por meio de estudos epidemiológicos de base populacional, e os resultados apontam que tal prática acontece em diferentes localidades. Nos Estados Unidos, estudo verificou que 42% usavam, no mínimo, um medicamento sem receita. Já dados obtidos em área urbana no Nordeste do Brasil destacou que 37,4% dos idosos usavam pelo menos um medicamento não prescrito. (OLIVEIRA et al 2012).

O uso de fármacos, induzido por campanhas publicitárias que os apresentam como bem de consumo e não como um insumo essencial às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sem o esclarecimento sobre os riscos associados ao seu uso, e atendendo à lógica de mercado, favorecem a prática da automedicação (OLIVEIRA et al 2012).

Estudo realizado por Vieira (2011) demonstrou que a metformina, medicamento utilizado no controle do diabetes, aparece em terceiro lugar como medicação mais utilizada sem a presença de receita médica.

Figura 12 – Frequência de acertos sobre hipoglicemia de acordo com o sexo e faixa etária. ($p < 0,05$ para sexo e idade)



* $p \leq 0,05$

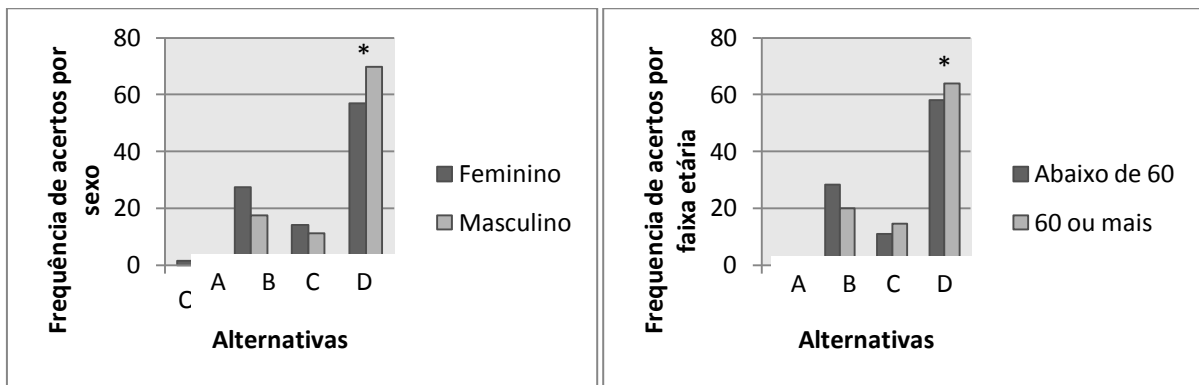
Já na figura 13, que indaga a causa da hipoglicemia, 62% não souberam responder e, 23% afirmaram que a causa da hipoglicemia é por pouca insulina (alternativa B). 13% disseram ser por pouco exercício e apenas 2% responderam corretamente, disseram que a hipoglicemia era causada por excesso de insulina.

Talvez o termo hipoglicemia, tenha dificultado o entendimento dessa questão, ou então eles realmente não conhecem um dos fatores essenciais ao

controle de sua patologia, pois, ao interpretar erroneamente que hipoglicemia pode ser causada por pouca insulina, ou ainda por pouco exercício, ao intensificar estas ações, poderão piorar seu quadro geral de mal estar, levando a complicações ainda mais sérias.

Nessa direção, os profissionais de saúde têm importante contribuição a ser prestada, fornecendo as ferramentas necessárias para o manejo da doença, destacando o conhecimento acerca da patologia e o fornecimento de informações e cuidados necessários.

Figura 13 – Frequência de acertos sobre hipoglicemia de acordo com o sexo e faixa etária ($p < 0,05$ para sexo e idade)



* $p \leq 0,05$

A questão seguinte, novamente trouxe os alimentos para os entrevistados responderem qual deles poderia ser ingerido em maiores proporções e 56% deles responderam corretamente a alface e o agrião. 22% ainda afirmaram ser a alternativa C, carne. 11% afirmaram ser o mel ou maçã e 11% não souberam responder.

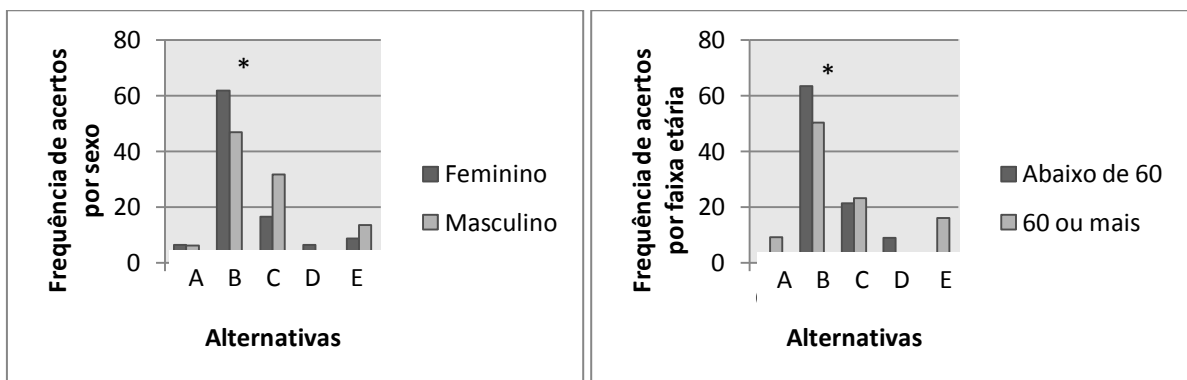
De acordo com a pirâmide alimentar, o consumo de frutas pode ser de 3 a 5 porções diárias, podendo ser alterado conforme a necessidade calórica e cada indivíduo e melhora da qualidade alimentar. Contudo, essas porções devem estar inclusas no plano alimentar do paciente, sem prejudicar a quantidade total de carboidrato consumida (CARVALHO et al 2012).

Os cuidados nutricionais do paciente portador de DM não se diferenciam das indicações para uma alimentação saudável, aplicável à população geral e a família como um todo, devendo o diabético alcançar sua independência em relação

à dieta, manejando o seu cardápio do cotidiano em face das diversas situações impostas pela doença, sejam essas de caráter agudo ou crônico (GIL, HADDAD, 2008).

Almeida et al. (1995) apud Gil; Haddad (2008) ainda mencionaram que embora a nutricionista de um programa atenda aos pacientes diabéticos individualmente, o conhecimento sobre nutrição identificado no estudo realizado por eles também se apresentou insatisfatório. O regime alimentar ou a dietoterapia é um aspecto trabalhoso no tratamento terapêutico da doença.

Figura 14 – Frequência de acertos sobre alimentação saudável de acordo com sexo e faixa etária. ($p < 0,05$ para sexo e idade)



* $p \leq 0,05$

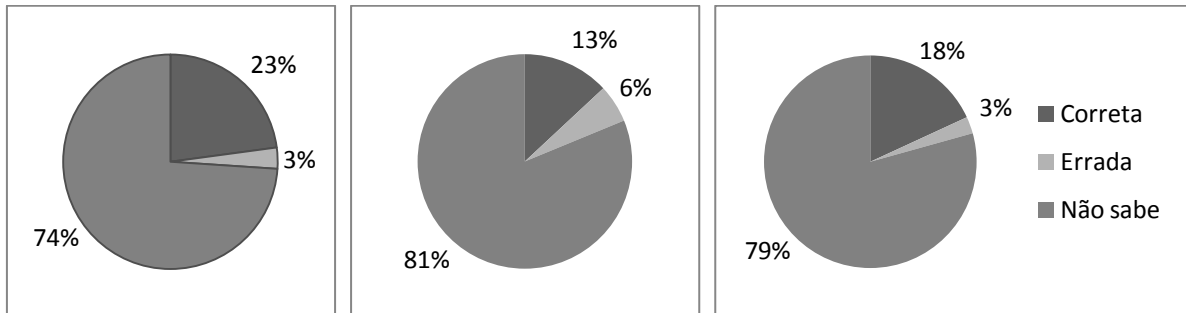
A Figura 15 relacionada a noções de conhecimento geral e substituições alimentares respectivamente tiveram índices elevados de respostas “não sei”.. Nestas perguntas os entrevistados deveriam responder duas alternativas corretas, e as mesmas exigiam um grau de concentração mais elevado nas respostas. Este pode ter sido um dos fatores para a maioria dos participantes responder negativamente quanto ao conhecimento da mesma.

Estudo realizado em 2002 mostrou que 76% das pessoas entrevistadas receberam orientações dietéticas, todavia, apenas a metade seguiu as recomendações. (SANTO, 2012).

Mesmo que os pacientes saibam como deve ser a alimentação para um portador de DM, a obtenção do conhecimento não é garantia de aplicação do mesmo na vida diária, como demonstra estudo em que após receberem orientações dietéticas apenas metade dos diabéticos seguiram as recomendações e realizou a dieta somente nos 15 dias seguintes que foram avaliados. Os aspectos financeiros

também foram citados em outros estudos como um obstáculo que dificulta o seguimento da dieta (GIL;HADDAD, 2008).

Figura 15 – Questões 13, 14 e 15: Frequência de erros e acertos.



Na figura 16, analisamos os resultados obtidos com o questionário ATT-19. Verifica-se a dispersão dos escores obtidos em relação a atitude de enfrentamento, apresentada pelos portadores de Diabetes Mellitus. Percebemos que a maioria dos pacientes 266 (79%) obteve escores inferiores ou iguais a sete e 64 pacientes (21%) obtiveram escores maiores que sete, indicando resultado insatisfatório para a atitude frente a doença.

Devido a essa gama de alterações do estilo de vida que são impostas às pessoas portadoras do DM, a adesão delas ao tratamento tem sido um grande desafio para serviços de saúde e para os profissionais dessa área (SANTO et al, 2012).

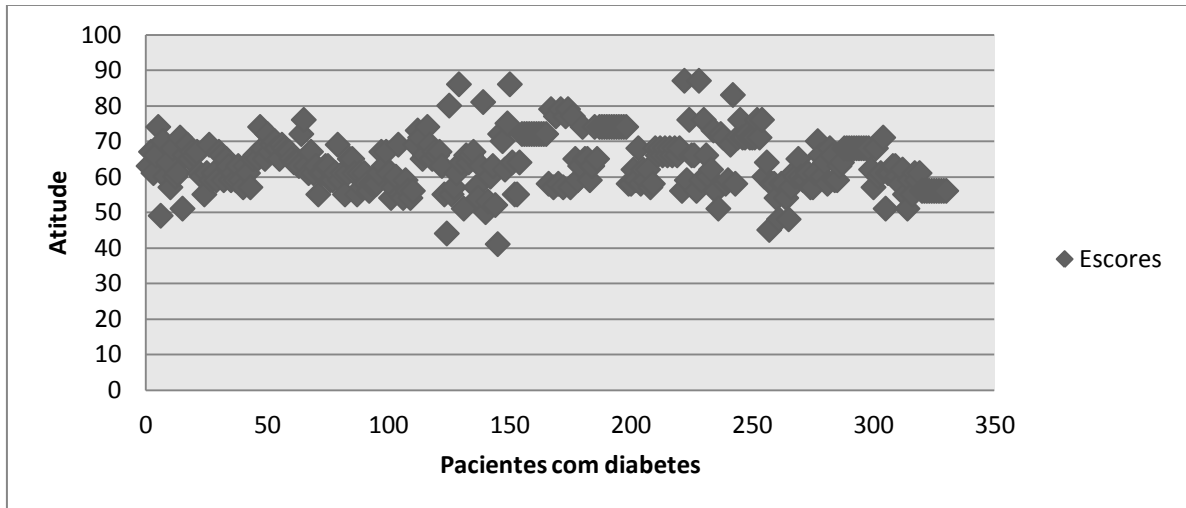
Baseado nisso, a adesão ao tratamento implica uma atitude ativa, com envolvimento espontâneo e colaborativo do profissional de saúde e do paciente, em um processo conjunto, que aponta à mudança de comportamento. Desse modo, o paciente cumpre o tratamento tendo por base um acordo conjunto que tem sua participação e que o conduz ao reconhecimento da seriedade de determinadas ações prescritas (SANTO et al, 2012).

O consenso divulgado pela Associação Americana de Diabetes e Associação Européia de estudos sobre diabetes demonstra a mudança de estilo de vida de grande importância no tratamento do DM (CARVALHO, 2012).

A implementação de Educação em Saúde para o paciente diabético constitui grande desafio para a equipe multiprofissional, tanto em relação a sua

capacitação quanto a compreensão de que a aquisição do conhecimento, necessariamente, não se traduz em mudança de comportamento (OTERO, 2008).

Figura 16 – Escores obtidos pelos participantes com diabetes no questionário ATT-19 em relação às atitudes de enfrentamento da doença.

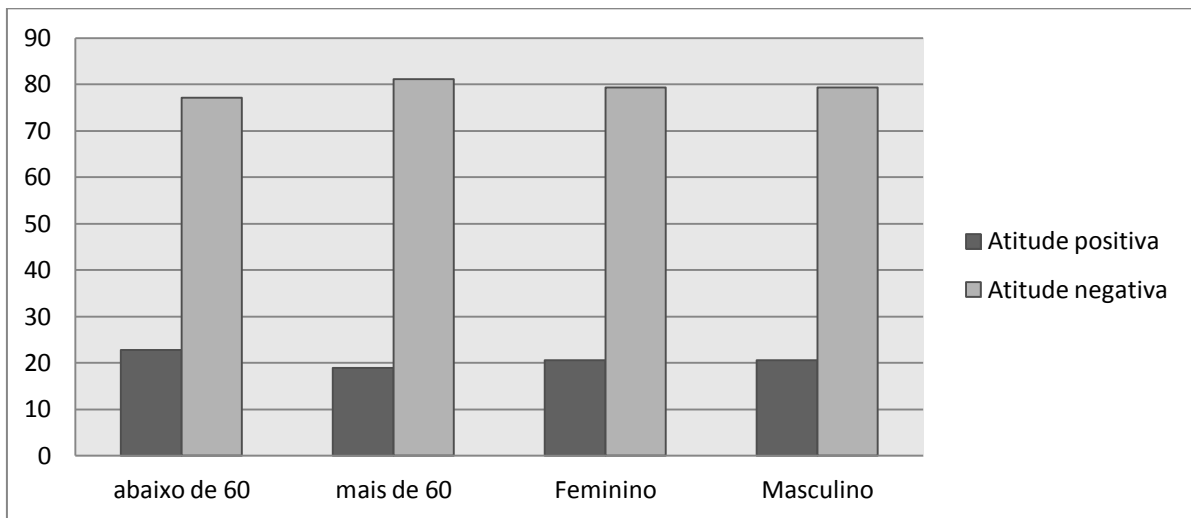


Quando analisamos estes resultados de acordo com a faixa etária e sexo, percebemos que os pacientes com idade inferior a 60 anos tem maior atitude positiva (23%) frente a doença em relação aos idosos (19%). Porém quando comparamos o sexo feminino com o masculino, os resultados são exatamente iguais, 21% atitude positiva e 79% atitude negativa para ambos, conforme a figura 17.

A educação para o auto cuidado tem importância reconhecida no tratamento de pessoas com DM e para a efetivação desta educação há necessidade de conhecimento, treinamento, capacidade de comunicação, de escuta e negociação pela equipe multiprofissional. A educação bem estruturada é a base para o controle e manejo da doença, para ambos os sexos e faixa etária. (OLIVEIRA, 2011).

O cuidado ao paciente com DM ou HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), é um trabalho árduo, que requer atitude, paciência, motivação, perseverança além de muito conhecimento sobre a doença por parte tanto do profissional de saúde como do usuário (OLIVEIRA, 2011).

Figura 17 – Análise da atitude frente ao Diabetes Mellitus de acordo com a faixa etária e sexo.



A figura 18 apresenta o resultado obtido por meio da aplicação do questionário Whoqol para análise da qualidade de vida dos participantes. A análise foi realizada mediante os quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental), que indicam um foco particular de atenção a qualidade de vida dos indivíduos.

O Domínio Físico (avalia a presença de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso). O Domínio Psicológico (avalia a presença de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos). O Domínio Relações Sociais (avalia apoio social e atividade sexual). O Domínio Meio Ambiente (avalia segurança e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde e social, oportunidades de adquirir novas afirmações e habilidades).

Não houve diferença significativa entre os domínios. O domínio social apresentou maiores escores, seguido do ambiental, físico e por último o psicológico. Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Alves et al (2010), onde os domínios não apresentaram diferença significativa.

Miranzi (2008), também relatou em seu estudo que o maior escore obtido foi o Social, onde 66% responderam estar satisfeitos e 43% muito satisfeitos.

Quanto à Qualidade de Vida em uma escala de zero a 100, os valores para os domínios Relações sociais, Físico, Psicológico e Meio ambiente

apresentaram valores acima de 50. Considera-se que esses valores expressam uma percepção positiva para a Qualidade de Vida (MIRANZI, 2008).

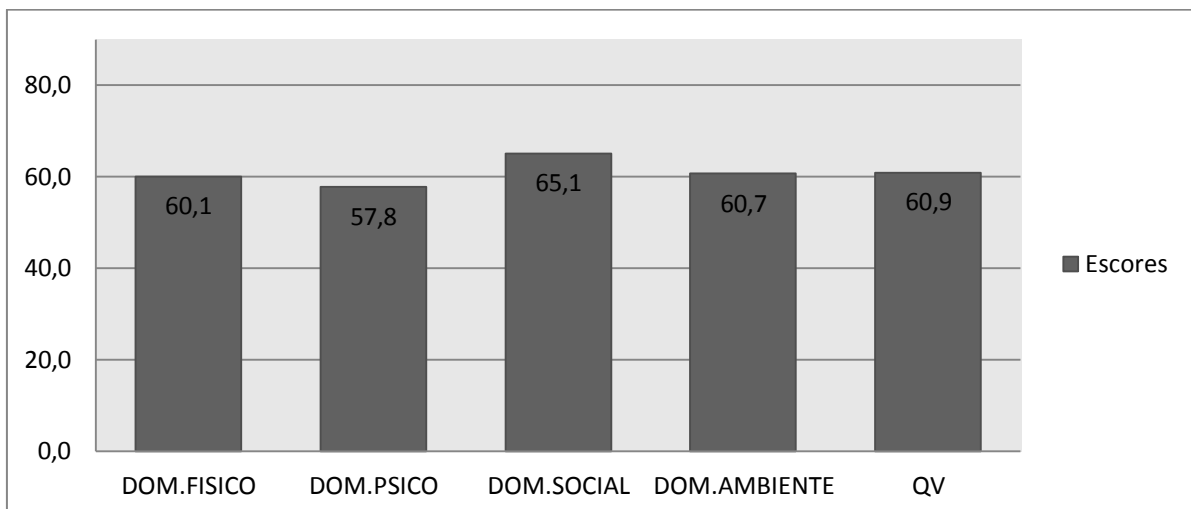
Com o aumento da longevidade nos últimos tempos, ressalta-se a importância de garantir a população maior qualidade de vida e satisfação pessoal. QV relacionada à saúde refere-se ao modo como a saúde, a doença e o tratamento médico influenciam a percepção individual de funcionamento global e bem-estar.

Nas duas primeiras questões que avaliam a qualidade de vida em geral e a satisfação quanto a saúde, a maioria dos participantes se disse satisfeito com a qualidade de vida e a saúde em geral. Obtivemos um escore de 61% de satisfação.

A qualidade de vida vem trazendo conceitos mais amplos do que a simples ausência de doenças. Tem sido determinada como uma percepção do sujeito em relação a sua posição individual na vida e no contexto de sua cultura e sistema de valores em que está inserido, bem como em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (ALVES et al, 2010).

Uma comparação realizada no estudo de Joia; Ruiz e Donalísio (2007), quanto ao questionário Whoqol demonstrou que a aplicação do instrumento na região Sul apresentou satisfação em relação com a vida, já a região Nordeste parece apresentar maior concentração de insatisfeitos, possivelmente decorrente da desigualdade social, e/ou padrões de vida diferenciados.

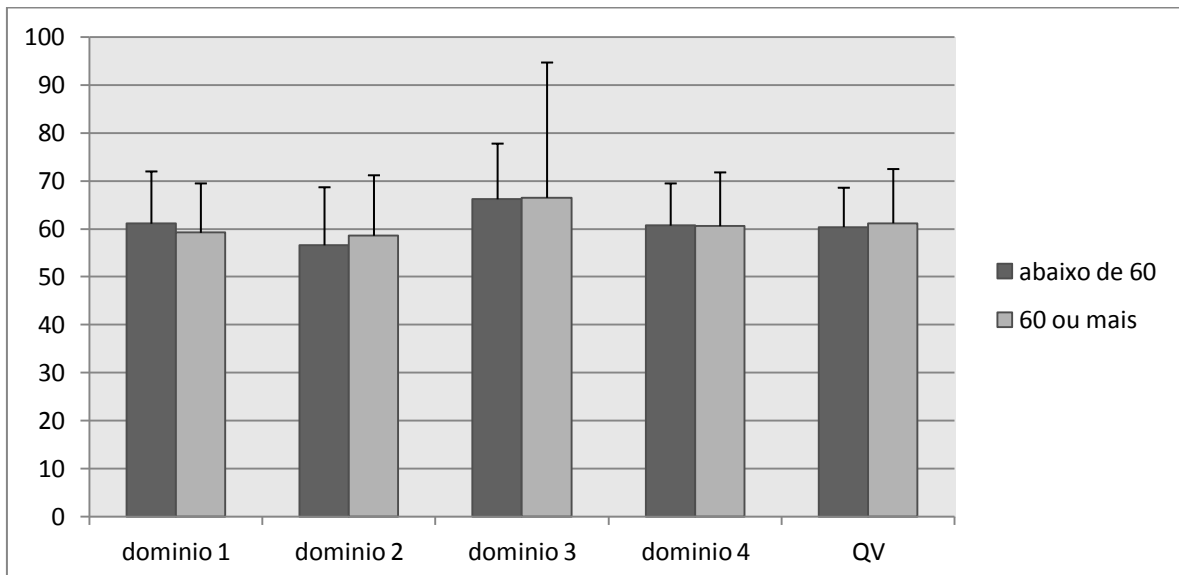
Figura 18 – Escores obtidos pelos participantes com Diabetes no questionário Whoqol em relação a Qualidade de Vida.



A figura 19, relacionada ao questionário Whoqol, apresenta a análise dos quatro domínios do questionário mais as duas questões referente a qualidade de vida com a faixa etária dos participantes. Podemos observar que não houve diferença significativa, os domínios se mantêm estáveis independente da idade.

Corroborando com nossos achados, Joia; Ruiz; Donalísio (2007) afirmam que a qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido muitas vezes associada a questões de dependência- autonomia, sendo importante distinguir os “efeitos da idade”. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas.

Figura 19 – Relação dos domínios do questionário Whoqol X faixa etária.

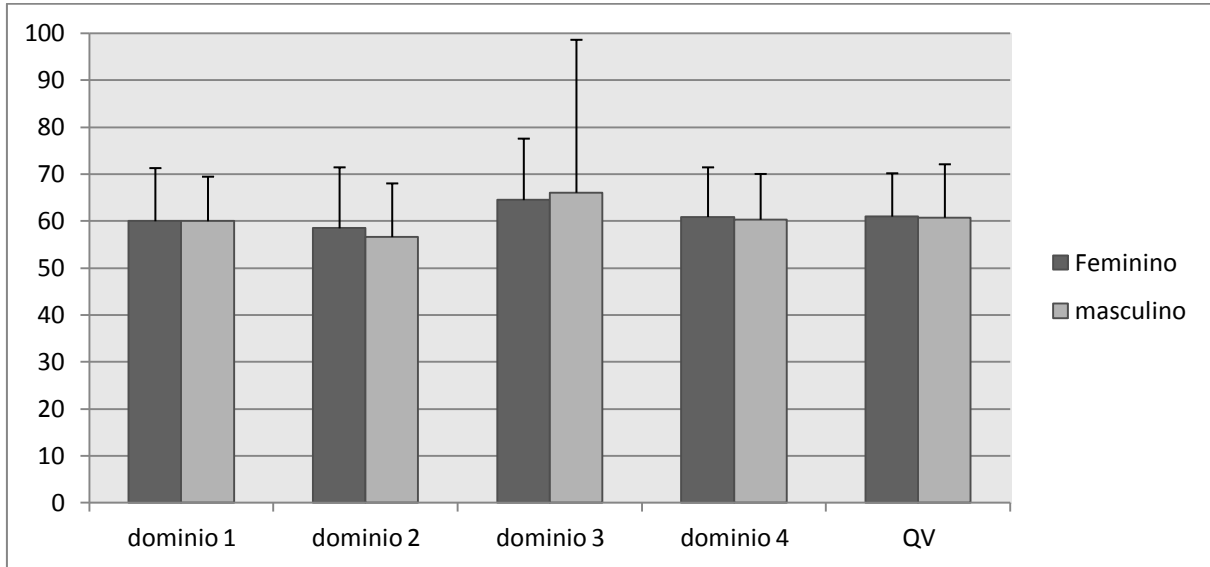


A figura 20, relacionada ao questionário Whoqol, apresenta a análise dos quatro domínios do questionário mais as duas questões referente a qualidade de vida com o sexo dos participantes. Também não houve diferença significativa e os dados se mantiveram estáveis.

Conforme Branco (2009), o conhecimento da doença e sua aceitação para a vida é uma ferramenta essencial para os diabéticos. Porém, existem algumas barreiras às mudanças comportamentais, tais como: cognitivas (por exemplo crenças de que o tratamento não é efetivo); emocionais (baixa auto-estima e

motivação); sociais (falta de apoio familiar); econômicas (baixos recursos econômicos); e meio envolvente.

Figura 20 – Relação dos domínios do questionário Whoqol X sexo.



Foi significativa a comparação dos resultados obtidos no questionário Whoqol com os dados obtidos no questionário ATT-19. É possível perceber que quanto maior a qualidade de vida, maior também é a atitude de enfrentamento sobre a doença. O teste-*t* foi realizado para comprovar os dados.

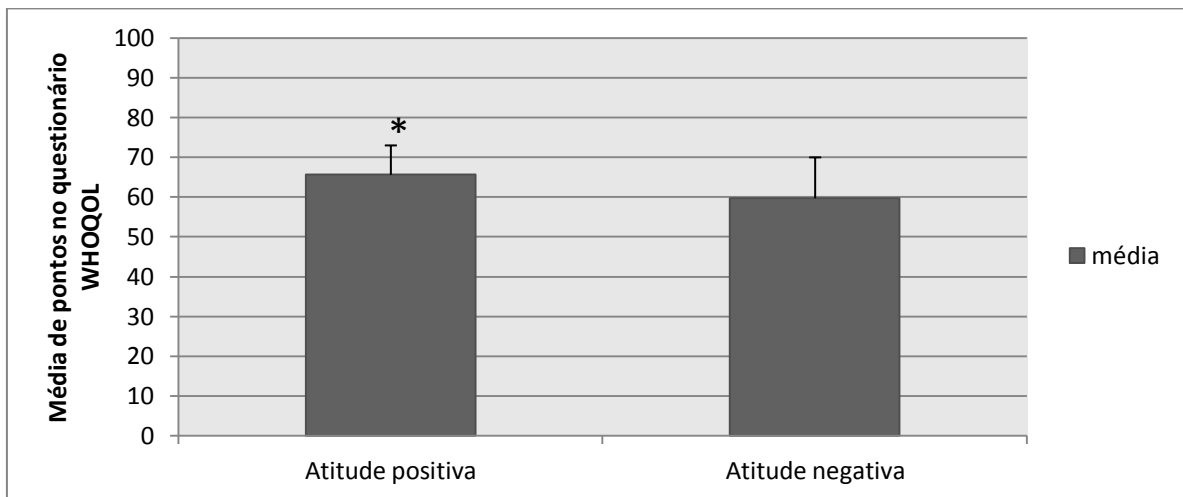
A difícil adequação à doença, por vezes, é provocada pela falta de motivação, vinculada ao desconhecimento em relação às complicações da doença. Ambos fatores são importantes para o autocuidado, pois as mudanças no estilo de vida são difíceis de serem adotadas, mas podem acontecer se houver uma estimulação constante.(SANTO, 2012)

Pode-se concluir que a motivação autônoma ajuda a aceitar a doença, permitindo uma melhor adesão ao tratamento e um melhor controle metabólico (BRANCO, 2009).

É também por meio de técnicas educativas que se dá a edificação de novos conhecimentos a atitudes de comportamentos preventivos ou de promoção a saúde, com ampliação das possibilidades de reabilitação e tomada de decisão que favoreçam a qualidade de vida do indivíduo (OLIVEIRA, 2011).

Podemos considerar ainda que melhores atitude dos diabéticos frente a doença e com isso melhor qualidade de vida no aspecto físico, psicológico, social e ambiental sugerem também uma diminuição de custos para os serviços de saúde na medida que previnem ou retardam as complicações advindas da patologia.

Figura 21 – Média de pontuação do questionário Whoqol X Atitude. ($p < 0,05$ e Test-t foi realizado para comprovar os dados).

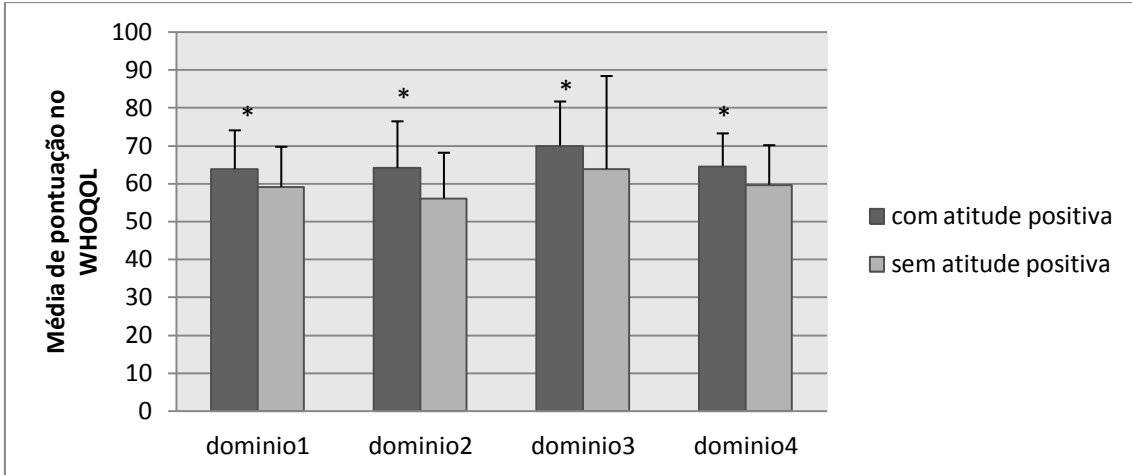


* $p \leq 0,05$

Da mesma forma, quando analisamos Whoqol com ATT-19 por domínios também encontramos resultados significativos. Conforme a figura a seguir, todos os domínios apresentam maior atitude positiva quanto maior a qualidade de vida ($p < 0,05$).

O grau de aceitação da doença pelo paciente e sua família, bem como o contexto socio-cultural em que ele está inserido, de acordo com Branco (2009) influenciam a motivação para a aquisição de novos conhecimentos, pois, quando existe motivação própria, os indivíduos são independentes, constata-se uma maior predisposição para a interiorização/concretização de conceitos apreendidos sobre a doença. Estas pessoas não necessitam de receber um estímulo, fazem-no pelo prazer que a atividade de aprendizagem oferece. Em contrapartida, quando são controlados sentem-se pressionados e não se envolvem com vontade na aprendizagem.

Figura 22 – Média de pontuação do questionário Whoqol X Atitude por domínios.



* $p \leq 0,05$

6 CONCLUSÃO

Consideramos que esta pesquisa conseguiu alcançar os objetivos propostos de maneira coerente, proporcionando novas informações referentes à temática proposta na literatura.

Os entrevistados em sua maioria são mulheres e possuem idade acima de 60 anos. No questionário DKN-A o conhecimento e compreensão dos indivíduos em relação a doença foi insatisfatório. Quanto menor a idade, melhores resultados foram obtidos. Não houve diferença significativa para o sexo.

Na análise detalhada do questionário DKN-A observamos bons resultados nos parâmetros glicêmicos, e questões relacionadas às complicações do DM; na alimentação e descompensação do DM, os participantes demonstraram dúvidas e não souberam responder questões relacionadas à cetonúria, insulino-terapia e hipoglicemia.

No questionário ATT-19 a atitude frente à doença é baixa. E da mesma forma, quanto menor a idade, melhores resultados foram obtidos, quanto ao sexo não houve diferença significativa.

Em contrapartida, a qualidade de vida obteve bons parâmetros. Não houve diferença significativa entre faixa etária e sexo. Foi possível concluir ainda que quanto maior a qualidade de vida maior a atitude frente a doença em todos os aspectos analisados.

Com isso, salientamos a importância de uma equipe multiprofissional no cuidado com o paciente portador de DM, visto a abrangência de cuidados que envolvem esta patologia. Espera-se ainda que este estudo contribua para os profissionais atuantes dos serviços de saúde a fim de reconhecer as limitações dos pacientes portadores de DM e possam estar sempre aptos aos processos contínuos de mudanças e melhorias na qualidade da assistência prestada

Desta forma, sugerimos a utilização desses resultados para programação de Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, João Guilherme Bezerra et al. Qualidade de vida em estudantes de medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. **Revista Brasileira de educação Médica**. v. 34, n. 01, p. 91-6, 2010.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo; PONTES, Ana Lucia (Org). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 29-60. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br> Acesso em: 20 nov. 2011.

BARBETTA, Pedro Alberto. Estatística aplicada às ciências sociais. 4.ed Florianópolis: Ed. UFSC, 2001. (Série Didática)

BRANCO, Ana Filipa Ribeiro. **Aprendizagem na diabetes tipo 2 – Vertente alimentar**. 2009. 54f. Monografia. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Faculdade do Porto, Portugal.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades da pesquisa**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. 304p. II.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. **Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica, nº 16**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c.

_____. **Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/rel10.htm>> Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S.; SMELTZER, S C.; BARE, B G. **Brunner & suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CARVALHO, Fernanda Sanches et al. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 56, n.2, p. 110-9, 2012.

CARVALHO, Isabella Accioly Germoglio; PINTO, Fernanda Cristina de Lima. **Relevância do índice glicêmico e carga glicêmica na prescrição de dieta para portadores de diabetes mellitus.** Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Nutrição/MONITORIA, 2010.

CASTRO, Regina Célia Figueiredo. **Comunicação Científica na área de Saúde Pública: Perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento.** 2003. 238f. Tese (Serviços de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

CORRER, Cassyano Januário et al. Tradução para o português e validação do instrumento diabetes quality of life measure. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 52, n.3, p. 515-22, 2008.

CURSIO, Raquel et al. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 13, n.2, p. 331-7, 2011.

DIAS, Alana Ferreira Gomes et al. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol.** v. 73, n.5, p. 414-8, 2010.

DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP. Reduction of the incidence of type 2 diabetes with life style intervention of metformin. **New England Journal.** v.346, n.6, p. 393-403, 2002.

GAMBA, Monica Antar et al. Amputação de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Revista de saúde pública.** v. 38, n. 3, p. 99-404, 2004.

GIL, Gislaine Pinn; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; Guariente, Maria Helena Menezes. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: ciências biológicas e da saúde.** v. 19, n. 02, p. 141-54, 2008.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária a saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tânia; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública**. v. 41, n.1, p. 131-8, 2007.

MATTA, Gustavo Correa; MOROSINI, Marcia Valéria Guimarães. Atenção Primária a Saúde. In: PERERA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cezar França (Org.) **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 20 nov. 2011.

MELO, Cristina Maria de Meira et al. **As organizações sociais como executoras de ações públicas não estatais de saúde**. 1998. 24f. Monografia (Saúde Pública)– Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDES, Telma de Almeida Busch et al. Diabetes Mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.27, n.6, p.1233-43, 2011.

MICHELS, Murilo José et al. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 54, n.7, p. 644-51, 2010.

MOURA, Camila Melo Araujo de; COSTA, Soraya Almerinda Costa; NAVARRO, Francisco. Índice Glicêmico e Carga Glicêmica: Aplicabilidade na Prática Clínica do Profissional Nutricionista. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v.1, n.6, p. 01-11, 2007.

OLIVEIRA, Kelly Cristina Silva de; ZANETTI, Maria Lucia. Conhecimento e atitude de usuários com Diabetes Mellitus em um serviço de atenção básica a saúde. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 4, p. 862-8, 2011.

OLIVEIRA, Marcelo Antunes et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: Prevalência e fatores associados. **Cad Saúde Pública**. v. 28, n.2, p. 335-45, 2012.

OTERO, Liudmila Miyar; ZANETTI, Maria Lucia; OGRIZIO, Michelle Daguano. Conhecimento do paciente diabético acerca da sua doença, antes e depois da implantação de um programa de educação em diabetes. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 16, n.8, p. 231-37, 2008.

PACE, Ana Emilia et al. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino Americana de enfermagem**. v. 14, n. 05, p. 84-90, 2006.

PAIN, Jairnilson; FILHO, Neomar de Almeida. Saúde Coletiva: “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PEREIRA, Queli Lisiane Castro et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento Familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-5, 2007.

PEREZ, Denise Siqueira; SANTOS, Manoel Antonio; ZANETTI, Maria Lucia; FERRONATO, Antonio Augusto. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n.6, p.1105-12, 2007.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatiano; HUNGLER, Bernadette. Delineamento de pesquisa. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.309-56.

RODRIGUES, Flávia Fernandes Luchetti et al. Conhecimento e atitudes: Componentes para a educação em diabetes. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.17, n.4, p. 28-34, 2009.

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inês Pádula. Saúde da Família: Uma estratégia Necessária. **Revista Brasileira de medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 21-24, 2011.

SANTO, Michele Brandão do Espírito et al. Adesão dos portadores de diabetes Mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na Atenção primária a saúde. **Enfermagem Revista**. v.15, n.1, p.88-101, 2012.

SANTOS, Tânia Steren dos. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**. v. 11, n. 21, p. 120-156, 2009.

SILVA DMGV. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. [Tese]. Florianópolis: Departamento de Enfermagem/EFSC; 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes melittus**: diretrizes da sociedade brasileira de diabetes melittus: Diagraphic. Rio de Janeiro, 2007.

VIEIRA, Paula Consolin; HELENA, Ernani Tiaraju de Santa. Fatores associados ao consumo de medicamentos sem receita médica por pessoas com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial atendidas por equipes da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**. v.14, n.2, p. 139-48, 2011.

XAVIER, A. T. da F; BITTAR, D. B. e ATAIDE, M. B. C de. **Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática**. Texto contexto - enferm. [online]. 2009, vol.18, n.1, pp. 124-130. ISSN 0104-0707.

APÉNDICE

APÊNDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DO PARTICIPANTE**

Estamos realizando um projeto para monografia da Residência Multiprofissional em Atenção Básica Saúde da Família – UNESCO intitulado “**PERFIL DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS QUANTO A COMPREENSÃO, APRENDIZAGEM E QUALIDADE DE VIDA**” O Srº (a) foi plenamente esclarecido de que autorizando este projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos: Identificar o perfil do portador de diabetes mellitus quanto a compreensão, aprendizagem e qualidade de vida. Embora o Srº (a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro você não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por autorizar a pesquisa. Os dados referentes a pesquisa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o Srº (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

A coleta de dados será realizada pela residente Simoni Leal Justo (fone: 99379632 e orientada pela professora Ioná Vieira Bez Birolo (9928-9765). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC) ____ de _____ de 2012.

Assinatura da Participante

ANEXO

ANEXO A

Versão Brasileira do Questionário
Escala de Conhecimento de Diabete – Formulário A

Há quanto tempo você tem diabete?

Como ela é tratada? (marque um)

(a) Dieta (b) Dieta e hipoglicemiante oral (c) Dieta e insulina

INSTRUÇÕES: este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre diabete. Se você souber a resposta **certa**, faça um círculo em volta da letra na frente dela. Se você não souber a resposta, faça um círculo em volta da letra à frente de “**Não sei**”.

<p>1. Na diabete SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é</p> <p>A. Normal B. Alto C. Baixo D. Não sei</p> <p>2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA?</p> <p>A. Não importa se a sua diabete não está sob controle, desde que você não entre em coma. B. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia. C. O controle mal feito da diabete pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde. D. Não sei.</p> <p>3. A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de</p> <p>A. 70 –110 mg/dl B. 70 –140 mg/dl C. 50 –200 mg/dl D. Não sei.</p> <p>4. A manteiga é composta principalmente de</p> <p>A. Proteínas B. Carboidratos C. Gordura D. Minerais e vitaminas E. Não sei.</p>	<p>5. O arroz é composto principalmente de</p> <p>A. Proteínas B. Carboidratos C. Gordura D. Minerais e vitaminas E. Não sei.</p> <p>6. A presença de cetonas na urina é</p> <p>A. Um bom sinal. B. Um mau sinal. C. Encontrado normalmente em quem tem diabete. D. Não sei.</p> <p>7. Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associados à diabete?</p> <p>A. Alterações na visão. B. Alterações nos rins. C. Alterações nos pulmões. D. Não sei.</p> <p>8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve</p> <p>A. Aumentar a insulina. B. Diminuir a insulina. C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde. D. Não sei.</p>
---	--

9. Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada

- A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente.
- B. Ela deve continuar a tomar insulina.
- C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez da insulina.
- D. Não sei.

10. Se você sente que a hipoglicemia está começando, você deve

- A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente.
- B. Deitar-se e descansar imediatamente.
- C. Comer ou beber algo doce imediatamente.
- D. Não sei.

11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes ALIMENTOS

- A. Maçã
- B. Alface e agrião
- C. Carne
- D. Mel
- E. Não sei.

12. A hipoglicemia é causada por

- A. Excesso de insulina
- B. Pouca insulina
- C. Pouco exercício
- D. Não sei.

PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS,
HAVERÁ 2 RESPOSTAS CERTAS.
MARQUE-AS

13. Um QUILO é

- A. Uma unidade de peso.
- B. Igual a 1000 gramas.
- C. Uma unidade de energia.
- D. Um pouco mais que duas gramas.
- E. Não sei.

14. Duas das seguintes substituições são corretas

- A. Um pão francês é igual a quatro (4) biscoitos de água e sal.
- B. Um ovo é igual a uma porção de carne moída.
- C. Um copo de leite é igual a um copo de suco de laranja.
- D. Uma sopa de macarrão é igual a uma sopa de legumes.
- E. Não sei.

15. Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso

- A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal.
- B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios.
- C. Comer uma fatia de queijo.
- D. Deixar para lá.
- E. Não sei.

ANEXO B

<p>1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?</p> <p>(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim Nem Boa (4) Boa (5) Muito Boa</p>
<p>2) Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>3) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>4) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>5) O quanto você aproveita sua vida?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>6) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>7) O quanto você consegue se concentrar?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>8) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>9) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>10) Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>11) Você é capaz de aceitar sua aparência física?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>
<p>14) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?</p> <p>(1) Nada (2) Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p>

<p>15) Quão bem você é capaz de se locomover?</p> <p>(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim Nem Boa (4) Boa (5) Muito Boa</p>
<p>16) Quão satisfeito(a) você está com seu sono?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>17) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>18) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>19) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>20) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>21) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>22) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>23) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora ?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>24) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>

<p>25) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?</p> <p>(1) Muito Insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito</p>
<p>26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p> <p>(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente (5) Sempre</p>
<p>Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?</p> <p>_____</p>
<p>Quanto tempo você levou para preencher este questionário?</p> <p>_____</p>

ANEXO C

Versão Brasileira do Questionário de Atitudes ATT - 19

INSTRUÇÕES: este formulário contém 19 perguntas para ver como você se sente sobre a diabetes e o seu efeito em sua vida. Coloque um X na opção que corresponde à sua resposta

1. Se eu não tivesse **DIABETE**, eu seria uma pessoa bem diferente.

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

2. Não gosto que me chame de **DIABÉTICO**

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

3. Ter **DIABETE** foi a pior coisa que aconteceu na minha vida

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

4. A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

5. Costumo sentir vergonha por ter **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

6. Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar a minha **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

7. Há pouca esperança de levar uma vida normal com **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

8. O controle adequado da **DIABETE** envolve muito sacrifício e inconvenientes

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

9. Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

10. Ser diagnosticado com **DIABETE** é o mesmo que ser condenado a uma vida de

- Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

<p>11. Minha dieta de DIABETE não atrapalha muito minha vida social</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>	<p>16. Não há nada que você possa fazer, se você tiver DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>12. Em geral, os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar pessoas com DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>	<p>17. Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre a minha DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>13. Ter DIABETE durante muito tempo muda a personalidade da pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>	<p>18. Acredito que convivo bem com a DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>14. Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>	<p>19. Costumo achar que é injusto que eu tenha DIABETE e outras pessoas tenham uma saúde muito boa</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
<p>15. DIABETE não é realmente um problema porque pode ser controlado</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>	

ANEXO D**Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP****Resolução**

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 10208/2012

Pesquisador:

IONÁ VIEIRA BEZ BIROLO

Título: "PERFIL DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS QUANTO A COMPREENSÃO, APRENDIZAGEM E QUALIDADE DE VIDA".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 03 de abril de 2012.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP