

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E LICENCIATURA

BEATRIZ CARVALHO ESPÍNDOLA

QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 PARTICIPANTES E
NÃO PARTICIPANTES DE PROGRAMA EDUCATIVO EM SAÚDE – WHOQOL
(BREF): UM ESTUDO COMPARATIVO

NITERÓI
2012

BEATRIZ CARVALHO ESPÍNDOLA

QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 PARTICIPANTES E
NÃO PARTICIPANTES DE PROGRAMA EDUCATIVO EM SAÚDE – WHOQOL
(BREF): UM ESTUDO COMPARATIVO

Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do grau de enfermeiro bacharel e licenciado.

Orientador: Prof^ª Dr^ª VERA MARIA SABÓIA

Niterói
2012

E 77 Espíndola, Beatriz Carvalho.
Qualidade de vida de indivíduos com diabetes tipo 2
participantes e não participantes de trabalho educativo em
saúde – WHOQOL (BREF): Um estudo comparativo/
Beatriz Carvalho Espíndola. – Niterói: [s.n.], 2012.
86 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem e Licenciatura) - Universidade Federal
Fluminense, 2012.

Orientador: Prof^a. Vera Maria Sabóia.

1. Diabetes Mellitus. 2. Qualidade de vida. 3.
Educação em saúde. I. Título.

CDD 616.462

BEATRIZ CARVALHO ESPÍNDOLA

QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 PARTICIPANTES E
NÃO PARTICIPANTES DE PROGRAMA EDUCATIVO EM SAÚDE – WHOQOL
(BREF): UM ESTUDO COMPARATIVO

Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do grau de enfermeiro bacharel e licenciado.

Aprovada em 04 de Julho de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. VERA MARIA SABÓIA – Presidente
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. GEILSA SORAIA CAVALCANTI VALENTE – 1º Examinador
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. DONIZETE VAGO DAHER – 2º Examinador
Universidade Federal Fluminense

Niterói

2012

DEDICATÓRIA

Dedico a minha monografia a duas pessoas de suma importância, Valdiney e Carmen Lucia, que em nenhum momento mediram esforços para realização dos meus sonhos, que me guiaram pelos caminhos corretos me ensinaram a fazer as melhores escolhas, e mostraram que a honestidade e o respeito são essenciais a vida, e que devemos sempre lutar pelo que queremos.

A eles devo a pessoa que me tornei, sou extremamente feliz e tenho muito orgulho por chama-los de pai e mãe. AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar forças pra chegar aonde cheguei.

Aos meus pais e ao meu irmão por me apoiarem em todos os momentos.

Aos amigos mais que queridos por estarem sempre presentes.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Vera Maria Sabóia pelo auxílio e pela paciência na construção deste trabalho. Sinto-me honrada de ter pessoas tão exemplares e dignas ao meu lado e sei que foi Deus quem escolheu cada um de vocês para fazer parte da minha vida e da minha história.

Não devo julgar-me, como profissional, “habitante” de um mundo estranho; mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos “ignorantes e incapazes”. Habitantes de um gueto, de onde saio messianicamente para salvar os “perdidos”, que estão fora. Se procedo assim, não me comprometo verdadeiramente como profissional, nem como homem. Simplesmente me alieno.
(Freire, 1993)

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre a Qualidade de Vida (QV) de pessoas que vivem com Diabetes Mellitus tipo 2, participantes e não participantes do programa educativo em saúde. A análise da QV deste grupo que cresce a cada dia, favorecerá a criação de tecnologias para aprimorar o cuidado em enfermagem, ressaltando o papel da enfermeira e a importância dos programas educativos. Contribuirá na prevenção de complicações e na operacionalização do processo de trabalho da enfermeira. Diabetes Mellitus (DM) impacta a qualidade de vida, este nível é diminuído devido a variáveis relacionadas à doença. A participação em trabalhos educativos favorece a adesão dos indivíduos e maior responsabilidade com sua saúde, como resultado espera-se melhoria na QV destes indivíduos. **Objetivos:** Descrever a qualidade de vida da população acometida por Diabetes Mellitus tipo 2 que participa e a que não participa dos grupos educativos em saúde; Analisar a contribuição da educação em saúde na qualidade de vida da população acometida por Diabetes Mellitus tipo 2 nos grupos estudados; e Comparar o impacto da participação em programas educativos na qualidade de vida dos grupos estudados. **Metodologia:** Abordagem quantitativa. População (n=50) de adultos e idosos, diabéticos tipo 2, divididos no G1 (n=25) frequentando consultas de enfermagem e no G2 (n=25) frequentando consultas de endocrinologia, e nunca participaram do programa educativo. Para coleta de dados utilizou-se o instrumento de caracterização de dados e o WHOQOL-Bref. Análise realizada por meio da estatística descritiva e do software Microsoft Office Excel 2007. A pesquisa foi aprovada pelo CEP do HUAP/UFF, protocolo 274/11. **Resultados:** Predomínio do G1 nos itens relacionados ao conhecimento sobre Diabetes (100%), uso de insulina (96%), administração do hormônio (80%), realizar o rodízio (88%). A prática de exercício físico é maior no G1 (32%) e as complicações estão mais presentes no G2 (44%). O maior escore do G1 foi ao Domínio Relações Sociais (média= 66,28), enquanto no G2 a maior pontuação foi no Domínio Psicológico (média= 65,56). O Grupo G1 obteve maiores escores na maioria dos domínios. **Conclusão:** Os resultados encontrados demonstram que os participantes do grupo G1 tiveram maior escore médio na maioria dos domínios. Embora indivíduos com DM possam ter um prejuízo quanto a sua QV, notamos que a educação em saúde entra nesta perspectiva como uma das tecnologias assistenciais que possibilitam a melhora da qualidade de vida. A pesquisa foi válida, possibilitando desenvolvimento técnico científico.

Palavras-Chaves: Diabetes Mellitus, Qualidade de Vida, Educação em Saúde, Enfermagem, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

It's about a study about the quality of life of people living with diabetes mellitus type 2, participants and non-participants of the health educational program. The analysis of the QV of this group that grows up daily, it will favors the creation of technologies to improve nursing care, emphasizing the nurse job importance of the educational of complications and operationalization of the nurse work process. Diabetes Mellitus (DM) impacts the quality of life, that level is decreased because of the variables related to the disease. The participation in educational works favors the accession of the people and more responsibility with the health, as result is hoped a improve on the QV of those individuals. **Objectives:** Describe the quality of life the population affected by Diabetes Mellitus type 2, participants and non-participants of the health educational groups; Analyze the contribution of health education on quality of life on the diabetic population on the studied groups; and to compare the impact of the participation on educational programs on the quality of life of the studied group. **Methodology:** Quantitative approach. Population adults and elderly, diabetics, divided between G1, attending nursing consultations, and G2, attending consultation of endocrinology and who never participated of the educational program. For collect of data was used the instrument of characterization of data, and the WHOQOL – Bref. Analysis realized by descriptive statistics and by the Software Microsoft Office Excel 2007. The search was approved by CEP of the HUAP/UFF, protocol 274/11. Results: Predominance of the G1 on the items related to the knowledge about Diabetes (100%), use of insulin (96%), administration of hormones (80%), perform the caster (88%). The practice of physical exercises is greater on G1 (32%) and the complications are greater on G2 (44%). The highest score of G1 was to the Social Relationships Domain (average: 66,28), while on G2 the highest score was on Psychological Domain (average: 65,56). The G1 group had highest scores in most domains. **Conclusion:** The found results demonstrate that the participants of the G1 group had highest average score in most domains. Although diabetics can have a prejudice about them QV, we can note that the health education is this perspective like a assistive technologies that allow the improvement of the QV. The search was valid, enabling scientific technical development.

Key-Words: Diabetes Mellitus, Quality of Life, Health Education, Nursing, Promotion of Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição da frequência do sexo dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 43

Figura 2 – Distribuição da frequência do sexo dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 43

Figura 3 – Distribuição da frequência do estado civil dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 44

Figura 4 – Distribuição da frequência do estado civil dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 45

Figura 5 – Conhecimento sobre o que é Diabetes Mellitus dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 48

Figura 6 – Conhecimento sobre administração da insulina dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 49

Figura 7 – Conhecimento sobre o rodízio da administração de insulina dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 49

Figura 8 – Conhecimento sobre a maneira de conservar e usar os materiais de insulina dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 50

Figura 9 – Prática de exercícios físicos dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 50

Figura 10 – Presença de complicações dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 51

Figura 11 – Escore médio dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde (grupo G1) do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 56

Figura 12 – Escore médio dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde (grupo G2) do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 56

Figura 13 – Questão geral 1 dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde (grupo G1) do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 62

Figura 14 – Questão geral 1 dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde (grupo G2) do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 62

Figura 15 – Questão geral 2 dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde (grupo G1) do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 63

Figura 16 – Questão geral 2 dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde (grupo G2) do HUAP/UFF. Niterói, 2012, f. 63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados de identificação sócio-demográfico dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes e não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados em G1 e G2, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012, f. 42

Quadro 2 – Dados de caracterização clínica dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no G1, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012, f. 47

Quadro 3 – Dados de caracterização clínica dos indivíduos diabéticos tipo 2, não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no G2, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012, f. 47

Quadro 4 – Escores dos domínios do WHOQOL (Bref) dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no grupo G1, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012, f. 54

Quadro 5 – Escores dos domínios do WHOQOL (Bref) dos indivíduos diabéticos tipo 2, não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no grupo G2, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012, f. 55

Quadro 6 – Questões gerais 1 e 2 dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes e não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados em G1 e G2, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012, f. 61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

QV	Qualidade de Vida
DM	Diabetes Mellitus
HUAP	Hospital Universitário Antonio Pedro
UFF	Universidade Federal Fluminense
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
ADA	American Diabetes Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
n	número
dp	desvio padrão
PSF	Programa Saúde da Família

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO**, p. 15

1.1 OBJETIVOS, p. 18

2 **REVISÃO DE LITERATURA**, p. 19

2.1 DIABETES MELLITUS, p. 19

2.1.1 CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELLITUS, p. 20

2.1.1.1 *Diabetes Tipo 1*, p. 21

2.1.1.2 *Diabetes Tipo 2*, p. 21

2.1.1.3 *Diabetes Gestacional*, p. 22

2.1.1.4 *Outros Tipos*, p. 23

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE, p. 23

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE, p. 26

2.3.1 GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS DIABÉTICOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO (HUAP) – UMA REALIDADE CONQUISTADA, p. 29

2.4 QUALIDADE DE VIDA, p. 30

2.4.1 QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE DIABÉTICO, p. 34

3 **METODOLOGIA**, p. 36

3.1 ISTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL), p. 39

4 **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**, p. 41

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS, p. 41

4.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS SUJEITOS, p. 46

4.3 ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO WHOQOL (BREF), p. 53

5 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**, p. 65

OBRAS CITADAS, p. 69

OBRAS CONSULTADAS, p. 74

APÊNDICES, p. 76

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS, p. 77

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, p. 78

ANEXOS, p. 79

ESCALA WHOQOL (Bref), p. 80

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, p. 83

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo sobre a Qualidade de Vida (QV) de pessoas que vivem com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 participantes e não participantes do trabalho educativo em saúde desenvolvido por enfermeiras no setor de ambulatórios do Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF) em Niterói, Rio de Janeiro.

O interesse no desenvolvimento desta pesquisa surgiu ao iniciar a disciplina de Fundamentos de Enfermagem I, no quarto período do curso de graduação quando participei e realizei consultas de enfermagem no programa educativo intitulado “Educação em saúde com diabéticos: uma realidade no HUAP/UFF”. Nesta ocasião, percebi a importância da educação em saúde e sua ação direta na melhoria da QV destes indivíduos. O interesse se intensificou e, após cursar esta disciplina me tornei monitora da mesma por dois anos consecutivos. Em seguida, sob supervisão da coordenadora do programa fui selecionada como bolsista no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) com o projeto de pesquisa “Comparação da qualidade de vida de pessoas diabéticas tipo 2 participantes e não participantes de trabalho educativo em saúde_WHOQOL (Bref)”.

Existe o consenso de que o Diabetes Mellitus impacta na QV, através de estudos que comprovam que este grupo populacional possui menor QV. O nível é diminuído devido à diversas variáveis, como: o tipo de Diabetes Mellitus, uso da insulina, idade, complicações, nível social, fatores psicológicos, etnias, educação, conhecimento sobre a doença, o tipo de assistência, dentre outros (AGUIAR et al, 2008).

A participação em trabalhos educativos favorece a adesão dos indivíduos ao tratamento e uma maior responsabilidade em relação à sua saúde e à doença. Como resultado espera-se melhoria na qualidade de vida de pessoas com diagnóstico médico de DM tipo 2 (TORRES et al, 2003).

Estudos sobre qualidade de vida vêm despertando o interesse de pesquisadores no campo da saúde, pois se percebe que a forma de vida do sujeito está diretamente relacionada à sua saúde ou sua doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (AGUIAR et al, 2008, p. 933).

A qualidade de vida tem que ser entendida e analisada em seu contexto social, que se desdobram nas condições ambientais, na biologia humana, na qualidade dos serviços de saúde, que são componentes determinantes da saúde (TEIXEIRA, 2006; SABÓIA, 1997).

A incidência das doenças não transmissíveis aumentou no mundo atual, como resultado da interação genética e envolvimento de fatores de risco que são determinantes da doença. O avanço tecnológico, desde o início do século XX, criou a expectativa de que a cura das doenças ou os tratamentos eficientes e definitivos seria realidade, porém, apesar dos progressos da medicina, torna-se claro que algumas doenças não são passíveis de cura (RAMOS, CREPALDI, 2000). Entre elas podemos relacionar o Diabetes Mellitus.

O fato de viver, às vezes por longos períodos, não significa viver bem, pois quase sempre há limitações com prejuízos da participação em várias atividades, muita das vezes básicas do dia a dia. Isto é, a qualidade de vida está prejudicada e há interesse em fazer sua avaliação.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores de Diabetes Mellitus em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. Trata-se de números alarmantes, atualmente a Diabetes Mellitus configura-se como uma verdadeira pandemia, sendo um desafio para os sistemas de saúde pública (WILD¹ et al, 2004 apud BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

O Diabetes Mellitus possui diversos fatores de risco, dentre estes, pode-se destacar maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de alimentos hipercalóricos de absorção rápida, mudanças do estilo de vida, inatividade física, obesidade e maior sobrevida da pessoa diabética (BRASIL, 2006; PEREIRA, 1995).

Dentre as complicações do Diabetes Mellitus tipo 2, as cardiovasculares emergem como uma das maiores ameaças à saúde com elevados custos econômicos e sociais. Recentemente, comprovou-se que mudanças de estilo de vida (exercício físico regular e redução de peso) podem diminuir a incidência de DM do tipo 2 em indivíduos com intolerância à glicose (SCHAAN et al, 2004).

¹ WILD, S. et al. *Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030*. *Diabetes Care*, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

Para Sabóia e Valente (2010) de modo geral, todo o trabalho educativo visa mudanças de hábitos da clientela através da informação. Nesta visão conservadora de transformação, educar em saúde é levar as pessoas a adotarem atitudes e hábitos que os profissionais consideram corretos, que na visão dos profissionais levará a solução dos problemas.

Mediante a sua ação, os enfermeiros se tornam co-responsáveis por propiciar condições ao processo de ensino-aprendizagem e assim favorecer possíveis mudanças, no tratamento de doenças e conseqüentemente melhoria na qualidade de vida.

Assim, deve se estabelecer a relação entre qualidade de vida e cuidado em saúde, o agir das enfermeiras como uma função essencial na promoção e prevenção da saúde dos indivíduos e da população.

Em relação à relevância deste estudo, trata-se de uma pesquisa importante no âmbito da saúde coletiva. A partir de uma análise a respeito da qualidade de vida de um grupo de indivíduos que cresce a cada dia, este estudo favorecerá a criação de novas tecnologias educacionais para aprimoramento do cuidado de enfermagem, ressaltando o papel da enfermeira como figura atuante na promoção e na educação em saúde e a importância dos programas educativos na reorientação e apoio nas mudanças necessárias no estilo de vida de pessoas que vivem com Diabetes Mellitus.

Além disso, contribuirá na prevenção de complicações e na operacionalização do processo de trabalho da enfermeira no que se refere à prática de ensino e do cuidado voltado para melhoria da qualidade de vida da clientela diabética tendo em vista o aspecto legal, técnico-científico e o impacto social da enfermagem na sociedade.

A articulação das duas temáticas, qualidade de vida e educação em saúde com indivíduos diabéticos, fez com que surgissem algumas inquietações que levaram à construção das seguintes questões norteadoras deste estudo:

- Como é a QV dos pacientes diabéticos tipo 2 que participam de um programa educativo para diabetes?
- Como é a QV dos pacientes diabéticos tipo 2 que não participam de um programa educativo?
- Os indivíduos que participam do grupo educativo em saúde possuem melhor QV do que os que não participam?

1.1 OBJETIVOS

- 1- Descrever a qualidade de vida da população acometida por Diabetes Mellitus tipo 2 que participa e a que não participa dos grupos educativos em saúde.
- 2- Analisar a contribuição da educação em saúde na qualidade de vida da população acometida por Diabetes Mellitus tipo 2 nos grupos estudados.
- 3- Comparar o impacto da participação em programas educativos na qualidade de vida dos grupos estudados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DIABETES MELLITUS

A palavra diabete significa *passar através de* e foi atribuída pelos gregos a 1500 a.C. a indivíduos que eliminavam grande quantidade de urina, como se a água ingerida passasse através de seus corpos sem haver absorção (BRÊTAS, GAMBA, 2006).

Segundo estimativas, no ano de 2000 a prevalência de Diabetes Mellitus no mundo era de 171 milhões de pessoas e, em torno de 2030, espera-se que esse número aumente para 366 milhões (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

O Diabetes Mellitus configura-se como uma verdadeira pandemia. Trata-se de um desafio para os sistemas de saúde pública. A incidência das doenças não transmissíveis aumentou no mundo atual, como resultado da interação genética e envolvimento de fatores de risco que são determinantes da doença, dentre estes, pode-se destacar maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de alimentos hipercalóricos de absorção rápida, mudanças do estilo de vida, inatividade física, obesidade e maior sobrevida da pessoa diabética (BRASIL, 2006; PEREIRA, 1995).

O DM é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas pela hiperglicemia, que é o aumento do nível de açúcar no sangue, resultantes dos defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambas (GROSSI, PASCALI, 2009).

As manifestações fisiopatológicas do diabetes esta relacionada à ineficiência insulínica. Algumas conseqüências serão: elevação da glicemia devido à dificuldade de penetração da glicose no tecido adiposo e muscular; elevação de aminoácidos no sangue devido às não incorporações as proteínas musculares; lise dos triglicérides com liberação de ácidos graxos e glicerol (BEVILACQUA et al, 1995).

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas que controla o nível de glicose sérica, regulando a produção e o armazenamento da mesma. A principal fonte de glicose ocorre através da absorção de alimentos no trato gastrointestinal e formação de glicose pelo fígado (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

A insulina se liga a receptores específicos presentes na parede celular e essa ligação irá possibilitar a ativação do processo de entrada da molécula de glicose na célula. Esse processo é possível devido a presença de uma proteína transportadora, a GLUT 4. A partir da entrada da glicose no meio intracelular, ela será utilizada como fonte energética pela célula (BRÊTAS, GAMBA, 2006). No Diabetes Mellitus as células podem parar de responder a insulina ou o pâncreas pode diminuir ou parar a produção da mesma, este fator desencadeará a hiperglicemia, ocasionando complicações agudas, como cetoacidose diabética, síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica, e complicações crônicas, a nível macrovascular e microvascular (BRUNNER & SUDDARTH, 2009). O principal objetivo do tratamento dos indivíduos que possuem diabetes é o controle dos níveis glicêmicos que possui relação direta com a prevenção das complicações.

Viver com Diabetes Mellitus requer uma vida inteira de comportamentos voltados para o autocuidado. Prestar assistência a esta pessoa inclui ajudá-la a controlar os sintomas, a viver com incapacidades e adaptar-se às mudanças sociais e psicológicas decorrentes da doença. É preciso possuir uma abordagem compreensiva que leve em conta a complexidade, a multiplicidade e a diversidade da doença crônica (GROSSI, PASCALI, 2009). Com esta abordagem compreensiva dos profissionais e com a reflexão e reorientação de comportamentos voltados para o autocuidado de pessoas com Diabetes, há a possibilidade da continuidade de uma qualidade de vida satisfatória e/ou melhora de uma QV prejudicada.

2.1.1 CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELLITUS

O DM classifica-se em 4 diferentes tipo, sendo eles: tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos, diferindo entre si segundo etiologia, evolução, clínica e tratamento.

2.1.1.1 Diabetes Tipo 1

Anteriormente classificado como insulínodépendente ou infante-juvenil. Observa-se maior prevalência em crianças e jovens. Ocorre devido a destruição auto imune das células beta pancreáticas. Os pacientes possuem uma hiperglicemia mais severa e o tratamento se dá através do uso exógeno de insulina e na mudança dos hábitos de vida (BRÊTAS, GAMBA, 2006).

O diabetes tipo 1 afeta cerca de 5 a 10% das pessoas com a doença e se caracteriza por um início agudo (CDC², 2004 apud BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Grossi e Pascali (2009, pág. 8) afirmam que:

O DM auto imune caracteriza-se pela destruição progressiva e insidiosa das células B- produtoras de insulina das ilhotas pancreáticas, usualmente levando a deficiência absoluta de insulina. Evolui em estágios desde uma predisposição genética (principalmente associado ao sistema HLA DR/DQ/DP) modulada por fatores ambientais (infecciosos, dietéticos, tóxicos) que levam ao desenvolvimento de uma insulite auto imune (produção de anticorpos contra componentes da ilhota e ativação de linfócitos T), diminuição progressiva da secreção de insulina e da tolerância a glicose, até a deficiência absoluta de insulina com surgimento da hiperglicemia (estágio clínico). Alguns pacientes podem recuperar parcialmente a função das células B nos primeiros meses após o diagnóstico, fase conhecida como “lua de mel”.

Acredita-se que diversos fatores, tais como, genéticos, imunológicos e ambientais combinados contribuam para que as células betas sejam destruídas. As pessoas não herdam diabetes tipo 1, mas sim uma predisposição genética.

2.1.1.2 Diabetes Tipo 2

O indivíduo apresenta uma sensibilidade diminuída à insulina e funcionamento prejudicado das células beta, tendo como consequência uma produção diminuída de insulina. Os sintomas podem incluir fadiga, irritabilidade, poliúria, polidipsia, feridas cutâneas com má cicatrização, turvação visual, dentre outros (BRUNNER & SUDDARTH, 2009). Como o tipo 2 está associado a uma intolerância a glicose lenta e progressiva, seu início pode passar despercebido durante muitos anos.

² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Diabetes Surveillance System*. National diabetes fact sheet, 2004.

Classificado anteriormente como diabete do adulto ou não insulino dependente, tem como característica níveis elevados de insulina. Observa-se que há uma prevalência em adultos acima de 40 anos e obesos, ressaltando a íntima relação entre a patologia e os hábitos de vida (BRÊTAS, GAMBA, 2006). Estudos recentes demonstram que o diabetes tipo 2 pode ser evitado ou retardado em pessoas com grande risco de desenvolverem a patologia, através da redução de peso e de exercícios físicos.

A prevalência deste tipo é cerca de 90 a 95% das pessoas com a doença. O tratamento é realizado inicialmente com dieta e exercício. Quando os valores glicêmicos persistem inclui-se os hipoglicemiantes orais, e caso ainda assim não haja o controle, inicia-se o uso de insulina (GROSSI, PASCALI, 2009).

2.1.1.3 Diabetes Gestacional

Grau de intolerância a glicose com início durante período gestacional. A hiperglicemia é consequência da ação dos hormônios placentários, provocando resistência a insulina. Trata-se de um risco adicional para desenvolvimento de distúrbio hipertensivo durante a gestação (ADA³, 2004 apud BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008). Observa-se hoje que hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos neste tipo de DM. (MIRANDA, REIS, 2008).

Mulheres obesas, com história pessoal de diabetes gestacional, glicosúria ou história familiar de diabetes, são consideradas em gestação de alto risco (GROSSI, PASCALI, 2009). O tratamento inicial inclui a modificação da dieta e monitoração da glicemia, se a hiperglicemia persiste, inclui-se a insulina. O hipoglicemiante oral não deve ser utilizado devido seu mecanismo teratogênico (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

³ American Diabetes Association (ADA). *Gestational diabetes mellitus*. Diabetes Care, v. 27, n. 1, p. 88–90, 2004.

O Diabetes Gestacional pode persistir após o parto ou não. As complicações decorrentes incluem crescimento excessivo fetal, retardo de maturação pulmonar, causando hipoxemia crônica, prematuridade e poliidrânio (BRÊTAS, GAMBA, 2006).

Durante a gravidez, esta mulher que possui tal diagnóstico deve durante a assistência pré-natal receber suas orientações devidas, devendo o profissional se atentar para a frequência das consultas, controle metabólico da gestante, avaliação do bem estar e saúde da criança e avaliação de possíveis complicações.

2.1.1.4 Outros Tipos

Existem “outros tipos” de diabetes além do Tipo 1, Tipo 2 e Gestacional, mas esses ocorrem com menor frequência. São eles: Diabetes secundário ao aumento de função das glândulas endócrinas; Diabetes secundário a doenças pancreáticas; Resistência congênita ou adquirida à insulina; Diabetes associado à poliendocrinopatias auto imunes; Diabetes associado à desnutrição e fibrocalculoso; Diabetes relacionado à anormalidade da insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde, nos últimos anos, passou a representar uma estratégia promissora para enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam a população. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde doença e seus determinantes, há a proposta de articular os saberes técnicos com os saberes populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

O movimento de promoção da saúde teve início formal no Canadá, em 1974, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*. A motivação central do documento foi uma motivação política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica. Em 1978, a Organização Mundial de Saúde convocou instituições e realizou conferências para debater sobre cuidados primários de saúde, que se realizou em Alma-Ata. As conclusões e recomendações de Alma-Ata reforçaram os defensores da estratégia da promoção da saúde, tendo como consequência a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, 1986, culminando na divulgação da Carta de Ottawa (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa esta associada a um conjunto de valores, tais como a qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, dentre outros. Refere-se a uma estratégia que engloba ações do Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Nos relatórios finais destas conferências definiram a saúde não somente como ausência de doenças, mas levando em consideração outras necessidades básicas, incluindo ambiente propício para crescimento e desenvolvimento e a busca de realização do potencial humano (CARVALHO, 2008). O que se observa é que a promoção da saúde passa a ter um enfoque político e técnico, que envolverá o processo de saúde, doença e cuidado.

Carvalho (2008, p. 5) afirma que:

A promoção da saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial é formentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimentos sociais para todos. A estratégia da promoção da saúde é integral na medida em que procura criar e fortalecer elos entre diversos setores e programas, não apenas dentro do chamado “setor de saúde” propriamente dito, mas envolvendo também outras agências do governo, organizações não governamentais e movimentos sociais. Assim, todos os setores da sociedade devem compartilhar a responsabilidade no esforço de proteger e cuidar da vida humana, promovendo saúde e qualidade de vida para todos.

A Carta de Ottawa definiu promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO⁴, 1986 apud BUSS, 2000).

Brunner & Suddarth (2009) define Promoção da Saúde como uma atividade que auxilia o indivíduo a desenvolver recursos para manter ou aumentar o bem-estar e a qualidade de vida. Essas atividades irão envolver os esforços das pessoas para se manterem saudáveis. A promoção da saúde é um processo ativo, não é algo que possa ser prescrito ou ditado, cabendo a cada um decidir se faz as mudanças necessárias para seu bem-estar, ou não.

Pender⁵ (1996) apud Potter (2009) propôs um modelo de promoção da saúde. Ele define a saúde como um estado positivo e dinâmico, no qual a sua promoção estaria diretamente relacionada ao nível de bem estar do indivíduo. Este modelo descreve a natureza multidimensional das pessoas conforme interagem em seu ambiente. O modelo focaliza três áreas: características e experiências individuais; conhecimento específico do comportamento e afeto; e resultados comportamentais.

⁴ WHO. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986.

⁵ Pender, N. J. *Health promotion and nursing practice*. Stanford, Conn: Appleton & Lange, Ed 3, 1996.

Para Garnelo (2008) a proposta da promoção da saúde também irá reafirmar os compromissos com os princípios de solidariedade, participação e promoção da equidade entre os cidadãos brasileiros.

A promoção da saúde pode ser reunida em um grupo que envolve as atividades dirigidas a transformação dos comportamentos, focando seu estilo de vida e a cultura na qual esta inserida (SUTHERLAND & FULTON⁶, 1992 apud BUSS, 2000). Neste cenário, observa-se que para realizar a promoção, se utiliza componentes educativos, relacionados com a possibilidade de mudanças comportamentais. Desta forma, compreende-se que a saúde é consequência de múltiplos fatores relacionados, com: qualidade de vida, alimentação, habitação, trabalho, educação, dentre outros exemplos voltados para o coletivo.

Com o objetivo de alcançar esta promoção, o Brasil definiu algumas prioridades, tais como, promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, cessação e prevenção do tabagismo, redução da morbi-mortalidade devido ao abuso de álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável e de uma cultura de paz (CARVALHO, 2008).

Vale ressaltar que atualmente há uma maior ênfase na promoção da saúde e que exercício, alimentação, estilo de vida saudável têm interessado a muitos indivíduos. Nesta conjuntura a enfermagem entra com um importante papel, promovendo programas na comunidade e programas educacionais de assuntos específicos, atividades de ensino com cliente, família e comunidade.

Potter (2009, pág. 363) afirma que:

A enfermeira é uma fonte visível e competente para os clientes que desejam melhorar seu bem estar físico e psicológico. Na escola, casa, clínica ou local de trabalho, a enfermeira proporciona informação e habilidades que permite ao cliente assumir comportamentos mais saudáveis.

A possibilidade de um comportamento saudável por meio da educação possibilita que os clientes passem a ter mais responsabilidade e compromisso com sua saúde, tornando-se cada vez mais um sujeito ativo neste processo. Redman⁷ (2007) apud Potter (2009) afirma que quando os indivíduos se tornam mais conscientes sobre a saúde, eles são mais propensos para descobrir diagnósticos precoces de seus problemas. O que se observa é que o conhecimento possibilita essa consciência.

Ainda a respeito do enfoque da promoção da saúde pelos profissionais, Brunner & Suddarth (2009, pág. 6) reforçam esse papel do enfermeiro:

⁶ SUTHERLAND, R.W. & FULTON M. J. *Health promotion*. Canadá, Ottawa: In Sutherland & Fulton. Health Care in, p. 161-181, 1992.

⁷ REDMAN, B. K. *The practice of patient education*. St. Louis: Mosby, Ed 10 , 2007.

Esforços especiais estão sendo empreendidos por profissionais de saúde para alcançar e motivar os membros de vários grupos culturais e socioeconômicos a respeito do estilo de vida e práticas de saúde. Estresse, dieta inadequada, falta de exercício, fumo, uso de drogas, comportamentos de alto risco (inclusive práticas sexuais de risco) e higiene deficiente são, sem exceção, comportamentos de estilo de vida apontados como negativos a saúde. Os profissionais de saúde estão preocupados em incentivar o comportamento que promova a saúde. A meta consiste em motivar as pessoas a melhorar seu modo de viver, modificar os comportamentos de risco e adotar comportamentos saudáveis.

As práticas educativas estão inseridas em todo o trabalho assistencial do enfermeiro. Tem-se amplo conhecimento à cerca de hábitos e estilos de vida que afetam negativamente a vida e a saúde de tais sujeitos e são muito comuns na atualidade, seja por uma questão econômica, social e cultural. Por este motivo não é fácil conseguir mudar tais comportamentos de risco em comportamentos saudáveis, por isto, deve ser constante a prática educativa para que os indivíduos atuem como sujeitos ativos deste processo de reorientação.

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde, enquanto campo específico de atividade educativa, no seu início se tratava de uma estratégia do poder público, na qual, visava garantir ações de controle e prevenção de doenças. Na atualidade, essa prática se orienta numa perspectiva de intercâmbio de saberes, voltada à socialização do conhecimento sobre a prevenção, promoção e recuperação da saúde (SABÓIA, 2003).

A educação em saúde esta inserida em um âmbito de conhecimento que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre condição de vida e de trabalho e a saúde e doença. Esta compreensão possibilita uma pressão sobre o governo, para aplicarem os recursos públicos conforme real necessidade da população (VALLA, STOLZ, 1994). Desta forma, a prática de um trabalho educativo gera um conhecimento, que possibilita uma transformação social.

Oliveira (2005) aborda a educação em saúde em dois diferentes modelos, o preventivo e o radical.

O modelo preventivo de educação em saúde, também chamado de educação em saúde tradicional, é baseado nos princípios da velha saúde pública, informado pelas tradições da biomedicina, objetivando a prevenção de doenças. A abordagem preventiva da educação em saúde trabalha com a idéia de que os modos de vida dos indivíduos são as principais causas da falta de saúde, igualando assim, a falta de saúde como uma falha moral (OLIVEIRA, 2005).

O modelo radical está centrado na consciência crítica das pessoas, diretamente relacionado à noção de conscientização. O principal objetivo do modelo é promover a saúde no seu sentido positivo, sendo uma saúde vivida com qualidade, meta que inclui quatro estágios: a) fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal; b) estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade; c) exame das implicações dessa realidade e d) desenvolvimento de um plano de ação para alterá-la. (TONES⁸, 1994 apud OLIVEIRA, 2005).

A educação em saúde engloba as atividades de todos profissionais de saúde. A ação educativa é um elemento essencialmente presente no processo de trabalho assistencial, principalmente no da enfermagem. Entretanto, observa-se que nos serviços de saúde há o predomínio do caráter autoritário, baseado na transmissão de informação e voltado para a mudança de comportamento do indivíduo (LEITE et al, 2010).

A prática educativa deve incentivar a participação social, contribuindo para que os problemas de saúde possam ser compreendidos além do âmbito individual, buscando solução em um universo mais amplo. O enfermeiro inserido na equipe multiprofissional tem o papel de agente transformador, no qual a ação educativa esta inclusa nas ações básicas de saúde (MENDONÇA, 1997).

Observa-se que tais práticas, de modo geral, têm-se mostrado ineficazes para atender as necessidades e enfrentar os problemas de saúde, pois não estão orientadas para promover a participação do sujeito no enfrentamento de seus problemas (LEITE et al, 2010).

Tendo em vista o alcance dos objetivos, a formação dos profissionais de saúde deve visar o desenvolvimento de competências necessárias para que ocorra a ação educativa. Leite et al (2010) afirma que construir competências implica articular diferentes saberes para a construção de uma prática profissional fundamentada não somente na incorporação de conhecimentos, mas em atitudes pessoas comprometidas com a transformação da realidade de saúde.

Segundo Leonello e Oliveira (2008) as competências são: integralidade do cuidado à saúde; articulação da teoria e da prática; promoção do acolhimento; reconhecimento e atuação como agente de transformação da realidade em saúde; respeito a autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de andar a vida; reconhecer e respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional; utilização do diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde; utilização de técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo; instrumentalização dos sujeitos com informação adequada; e valorização e exercício da intersetorialidade no cuidado a saúde.

⁸ Tones, K. *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. 2 ed. London (UK): Chapman & Hall; 1994.

A educação em saúde com pacientes diabéticos é de suma relevância, visto que há necessidade de aprendizado a cerca do âmbito da patologia, para possibilitar que não haja uma diminuição da qualidade de vida e para os que já estão com diminuição desta QV, que possa haver uma melhoria da mesma.

Geralmente, o que se oferece nos ambulatórios é um tratamento clínico, através de medicamentos (insulina e hipoglicemiantes orais) e prescrição de dieta pobre em carboidratos. Observa-se que a educação em saúde não é valorizada como parte do tratamento (SABÓIA, 1997). Atualmente é de conhecimento amplo que é impossível para os diabéticos viver sem compreender sua condição. Segundo Krall⁹ (1983, p. 107) apud Sabóia (1997, p.54) “a educação não é um aditivo ao tratamento – é o tratamento”.

É necessário que este indivíduo que convive com a diabetes conheçam os elementos básicos que são relevantes na patologia, como a dieta, o uso adequado da insulina, o exercício físico, cuidado com pés, hipoglicemia. É necessária a percepção do enfermeiro para avaliar quais são os assuntos relevantes naquele exato momento para o paciente. A educação deve acontecer de forma contínua, sendo um processo de aprendizagem, e não ser compartilhada de uma só vez com a clientela.

O enfermeiro também deve ter a percepção de avaliar o contexto que engloba cada sujeito. Moraes (1999) resgata o fato de que indivíduos são o que são dentro de um contexto, devendo ser compreendidos a partir de suas conexões e relações com a realidade. Desta forma, a educação deve respeitar as diferenças, as diversidades entre os indivíduos e os diferentes processos de desenvolvimento humano.

Vale ressaltar que não devemos fortalecer a relação de dominação e submissão, como acontece normalmente. Freire (1993) acredita que em qualquer tipo de educação não podemos nos colocar na posição de seres superiores que ensinam um grupo de ignorantes, mas sim, na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que também possuem um saber relativo.

Os pacientes têm muito a nos ensinar com suas vivências e experiência, que somadas as nossas, conseguirão, mudanças concretas na sociedade (SABÓIA, 1997). O indivíduo não deve ser colocado em uma posição inferior a nossa, como se apenas o profissional detivesse o poder do conhecimento. O enfermeiro durante todo seu processo de trabalho deve estar atento para o conhecimento proveniente da clientela, implementando, acrescentando, explicando e aprendendo com a mesma.

⁹ KRALL, Leo. *Manual do diabete d Joslin*. São Paulo: Roca, 1983.

2.3.1 GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS DIABÉTICOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO (HUAP) – UMA REALIDADE CONQUISTADA

No ano de 1985 foi implantado na cidade de Niterói - RJ, no Hospital Universitário Antonio Pedro o grupo dos diabéticos. Neste momento, as ações de saúde voltadas para a comunidade estavam ganhando espaço. A formação do grupo ocorreu como uma reação à prática assistencial, funcionalista e individualista e devido ao crescente número da demanda populacional diabética pelos serviços ambulatoriais (SABÓIA, 1997).

Desde 2003, o Grupo dos Diabéticos do HUAP-UFF está vinculado ao Programa de Extensão Universitária denominada “Educação em Saúde com Diabéticos: uma realidade no HUAP/UFF” e conta com a participação de cerca de 2000 clientes e de uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiras (assistenciais, docentes e residentes), médicos endocrinologistas (professores e residentes) e nutricionistas (SABÓIA, VALENTE, 2010).

O programa dispõe de sala própria, para realização da consulta de enfermagem, fornece seringa, agulhas descartáveis e insulinas. Há também a confecção própria de formulários e folhetos educativos.

A maioria dos participantes possuem idade igual ou superior a 60 anos, são diabéticos do tipo 2, em uso de insulina, aposentados ou desempregados, donas-de-casa, de classe social média baixa e baixa, moradores do município de São Gonçalo ou de bairros da periferia de Niterói.

Em relação à dinâmica, a consulta de enfermagem à pessoa diabética acontece diariamente, de segunda à sexta pela manhã. Devido ao aumento da demanda, instituiu-se a marcação de duas consultas para clientes de primeira vez e oito subsequentes a cada manhã. Após a identificação do cliente, o que inclui dados de caracterização pessoais e históricos da doença, durante toda a consulta é avaliado seu estado emocional, através da observação direta, bem como o seu nível de consciência. Os sinais vitais fazem parte do exame, valorizando-se principalmente a verificação da pressão arterial. Faz-se a detecção e/ou se acompanha a evolução de complicações, como as de ordem visual, condições circulatórias periféricas, condições do tecido adiposo, principalmente quando o cliente faz uso de insulina, e condições do tecido cutâneo-mucoso em busca de lesões dermatológicas. O resultado do teste de glicemia capilar realizado durante a consulta, ou no domicílio do cliente (automonitorização), é registrado no prontuário do paciente. Tais resultados, somados às queixas do cliente, indicam o seu estado geral e a possibilidade de continuação do tratamento ambulatorial ou a necessidade de internação.

Em relação aos objetivos do grupo, Sabóia, Valente (2010), afirmam que:

Seus objetivos específicos são: Estimular o cuidado de si, com vistas ao equilíbrio glicêmico e consequente diminuição de complicações e internações; Realizar atividades educativas em grupo priorizando estratégias participativas; desenvolver atividades culturais, lúdicas e/ou de lazer com os participantes do programa (clientela, estudantes e profissionais), implementando visão ampliada da Educação em Saúde, articular saber científico e saber popular; Fortalecer o campo de ensino teórico-prático para estudantes, enfermeiros assistenciais e professores.

Durante a consulta são realizadas perguntas e orientações. Por intermédio da educação em saúde no Grupo de Diabéticos do HUAP, busca-se orientar quanto à importância da dieta balanceada, do autocuidado que contribui para minimizar e/ou evitar o aparecimento de complicações, da reflexão dos fatores relacionados com as condições de vida e interferem na doença.

2.4 QUALIDADE DE VIDA

O conceito de Qualidade de Vida mais conhecido e utilizado foi definido pela Organização Mundial de Saúde, sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa definição vai abranger seis domínios, sendo estes a cerca da saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (INOUE et al, 2010).

Historicamente, a expressão qualidade de vida tem raízes tanto na cultura oriental, quanto na ocidental. Aparece na antiga filosofia chinesa relacionada a arte, literatura, filosofia, medicina tradicional, Yin e Yang representados pelas forças positivas e negativas. Esta expressão começou a ser utilizada nos Estados Unidos após a 2ª Guerra Mundial, para descrever aquisição de bens materiais (KAWAKAME, MIYADAHIRA, 2005). Desta forma, os conceitos iniciais de qualidade de vida confundiam-se com objetos de consumo e poder, tais como: casa, carro, dinheiro, viagens, dentre outros. Após um longo período de tempo que a qualidade de vida passou a mensurar os âmbitos da saúde e da educação.

Na década de 1960, nos Estados Unidos surgiram movimentos sociais e iniciativas políticas, cuja finalidade era melhorar a vida de todos os cidadãos, minimizando as desigualdades sociais. No ano de 1964 o presidente Lyndon Johnson declarou que os objetivos não deveriam mensurar o balanço bancário, mas sim a qualidade de vida proporcionada a população (PASCHOAL, 2002).

Alguns pesquisadores concordam que as características que abrangem a QV são: (1) multidimensional, ligado ao fato de que a vida envolve múltiplas dimensões, tais como a social, mental, material, física, cultural, econômica, dentre outras; (2) dinâmica, atribuída à sua característica inconstante no tempo e espaço; (3) subjetiva, determinada pela importância e percepção do significado individual conferido às experiências inter e intra individuais (INOUYE et al, 2010).

Segundo Paschoal (2002), o conceito passou a significar desenvolvimento social, expresso em boas condições de saúde, moradia, educação, transporte, lazer, trabalho e crescimento pessoal. Os indicadores também se ampliaram, passando a incluir a mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade de transporte e lazer, dentre outros (TAMAI, 2010).

Embora todos esses indicadores sejam importantes, eles não são suficientes para realizar essa mensuração. Passou-se então a valorizar a opinião individual de cada pessoa sobre sua vida. Paschoal (2002) afirma esse novo conceito integrante da QV como sendo a qualidade de vida subjetiva. Minayo e colaboradores (2000) completam afirmando que se trata de uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada do grau de satisfação.

Desta forma, o conceito que antes envolvia basicamente aspectos objetivos como fator ambiental, social, nível socioeconômico e educacional, passou a envolver também aspectos subjetivos a respeito da satisfação pessoal relacionada aos aspectos objetivos. A isto irá depender dos planos, expectativas e objetivos de cada indivíduo, pois o que poderá ser uma vida de qualidade para uma determinada pessoa ou grupo pode não atender as expectativas de outro indivíduo.

Ao utilizar o termo QV, há necessidade de avaliar como se vive e o contexto em que acontece esse viver do indivíduo, permeado pelos significados atribuídos coletivamente no tempo e no espaço à qualidade de vida (PADILHA, SOUZA, 1999).

Compreende-se que este conceito é um constructo multifacetado, que irá integrar comportamento e capacidade cognitiva, o bem estar emocional e o físico (MEERBERG¹⁰, 1993 apud PADILHA, SOUZA, 1999). Na qualidade de vida há a percepção humana que abarca diversos significados e serão influenciados constantemente por múltiplos fatores. Segundo Spirduso (2005), os fatores que afetam na QV são os fatores cognitivos, emocionais, condição financeira, trabalho, moradia, atividade física, saúde, alimentação, social e recreativo.

¹⁰ MEERBERG, G. A. *Quality of life: a concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, p. 32-38, 1993.

No campo da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente e inicia-se concomitante as mudanças dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Em conjunto a essas mudanças, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, seja na prática assistencial ou nas políticas públicas (SEIDL, ZANNON, 2004). Trata-se de uma meta a ser alcançada pelos profissionais da saúde, no qual não se busca apenas a cura, a reabilitação ou o prolongamento da morte. Não é apenas viver, mas sim viver bem, viver dignamente.

Segundo Panzini et al (2007):

A introdução do conceito de qualidade de vida (QV) como medida de desfecho em saúde surgiu a partir da década de 1970, no contexto do progresso da medicina. Este trouxe um prolongamento na expectativa de vida, na medida em que doenças anteriormente letais (por exemplo, infecções) passaram a ser curáveis ou a ter, pelo menos, controle dos sintomas ou retardo do seu curso natural.

A QV passa para o âmbito da saúde quando considera que a doença e as intervenções dos profissionais influenciam a quantidade e a qualidade da vida desse indivíduo. Os aspectos subjetivos são importantes e essenciais porque a ideia de satisfação pessoal é intrínseco, a QV é individual e só pode ser avaliada pela própria pessoa (MICHELONE, SANTOS, 2004).

A Organização Mundial de Saúde estabelece o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS¹¹, 1946 apud PANZINI et al, 2007). A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, dispõe que saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantida através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de demais agravos e ao acesso universal e igualitário para ações de promoção, proteção e recuperação.

O novo conceito de saúde impõe uma visão que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não somente a ausência de doenças. Nessa concepção a saúde deixa de ser estática e passa a ser dinâmica. Assim, alcançar saúde engloba além de evitar doenças e prolongar a expectativa de vida, inclui meios que aumentem a qualidade dessa vida. Neste âmbito se a saúde esta relacionada com a qualidade de vida, e a saúde é um dever do Estado, presumi-se que a qualidade de vida terá um importante enfoque do Estado, já que as implicações da QV alterariam o estado de saúde do indivíduo.

As condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, devido ao progresso político, econômico, social, ambiental e aos avanços na saúde pública e na medicina. Entretanto, mesmo que essa melhoria seja inquestionável, também o é a permanência

¹¹ Organização Mundial de Saúde. *Constituição*. New York: OMS, 1946.

das profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países e dentro deles (BUSS, 2000).

Compreende-se que a saúde tem uma relação direta com a QV, que esta interligada aos direitos de cidadania. Várias doenças estão associadas às condições de vida, tal como: trabalho pesado, moradia insalubre, desnutrição, dentre outros (SABÓIA, 1997). Esta realidade que envolve parte da população afasta a possibilidade de se ter uma QV satisfatória e a ausência de doenças, reforçando a contribuição do contexto histórico e social na saúde e na doença dos indivíduos.

O que se observa é que em países como o Brasil, há uma desproporcional distribuição de renda, analfabetismo, baixo grau de escolaridade e condições precárias de moradia, tendo um importante papel nas condições de vida e saúde (BUSS, 2000).

Qualidade de vida tem que ser entendida e analisada em seu contexto social, que se desdobram nas condições ambientais, na biologia humana, na qualidade dos serviços de saúde, que são componentes determinantes da saúde (TEIXEIRA, 2006; SABÓIA, 1997). Nessa relação entre a saúde e condições de QV, identifica-se o desenvolvimento da promoção da saúde como campo conceitual e de prática, buscando explicações e respostas integradoras para estas questões (BUSS, 2000).

Vale ressaltar que o número de pesquisas sobre o tema vem em crescimento desde a década de 1970 pela utilização dos resultados obtidos na QV relacionada à saúde, não só para descrever o fenômeno saúde/doença, mas também para ajudar os clínicos e gestores em saúde a mais bem avaliarem o impacto das terapêuticas e políticas de saúde (AGUIAR et al, 2008).

Pode-se dizer que QV é uma das mais interdisciplinares terminologias, pois abrange vários contextos de pesquisa, servindo como elo de diversas profissões, como a sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia (MICHELONE, SANTOS, 2004).

2.4.1 QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE DIABÉTICO

As novas tecnologias de tratamento em saúde vêm ocasionando o aumento da expectativa de vida da população, mas viver muito, não significa viver bem. Observa-se que houve uma troca no quadro epidemiológico, no qual havia a prevalência de doenças infecto-contagiosas, e agora há uma grande prevalência das doenças crônicas (RABELO, PADILHA, 1999). Assim sendo, as pessoas que

possuem uma doença crônica necessitam conhecer sobre sua doença e o âmbito que a envolve, para assim, minimizar os efeitos causados.

A OMS aponta a vivência de pessoas em situações de estresse como situação prioritária para a mensuração da QV (FLECK, 2000). Possuir uma doença crônica, e muita das vezes somada a outros problemas tais como, condições econômicas e sociais poderá ser um grande fator de estresse.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas é possível observar o interesse crescente pela avaliação da QV. Desta forma, informações sobre QV têm sido incluídas como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos (SEIDL, ZANNON, 2004). Quando um indivíduo não reconhece como cuidar da sua situação e necessidade, ele estará sujeito a diminuir seu tempo de vida, bem como a qualidade dessa vida, pois as complicações decorrentes da doença aparecem mais rápidas e o deterioram em sua totalidade (RABELO, PADILHA, 1999).

Existe o consenso de que o Diabetes Mellitus impacta na QV, através de estudos que comprovam que esses pacientes têm menor QV. Esse nível diminuído é devido às variáveis, como o tipo de Diabetes Mellitus, uso da insulina, idade, complicações, nível social, fatores psicológicos, etnias, educação, conhecimento sobre a doença, o tipo de assistência, dentre outros. A presença de complicações tem impacto potencial na QV, visto que se trata de uma relação inversamente proporcional, onde quanto maior o número de complicações, pior será a QV do paciente (AGUIAR et al, 2008).

No estabelecimento hospitalar, a discussão sobre qualidade de vida, permeando o bom e adequado trabalho desenvolvido pelas enfermeiras, inserindo uma nova compreensão sobre a forma como o mesmo pode ser modificado, e melhorando para garantir satisfação, realização, garantia de condições de trabalho adequadas, e conseqüentemente uma assistência de enfermagem competente e livre de riscos (PADILHA, SOUZA, 1999).

3 METODOLOGIA

A opção pelo método e técnica de pesquisas depende da natureza do problema que preocupa o investigador, ou do objeto que se deseja conhecer ou estudar. A pesquisa deve se preocupar com a generalização, isto é, devem-se buscar conclusões que possam ser generalizadas além dos limites restritos da pesquisa. Além disso, deve ser possível a outro pesquisador, utilizando os mesmos procedimentos, verificar a validade dos resultados encontrados (TEIXEIRA, 2008).

Esta é uma pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo comparativa, descritiva e transversal.

Quanto à metodologia dos estudos quantitativos, a principal preocupação é proporcionar, através do bom delineamento, as respostas mais exatas, imparciais e interpretáveis possíveis para a questão de pesquisa e propiciar resultados replicáveis (POLIT et al, 2004).

A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos. Esta pesquisa utiliza descrição matemática como uma linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre as variáveis (TEIXEIRA, 2008).

Com relação ao tipo descritivo, trata-se de uma segunda classe dentro das pesquisas não-experimentais. A finalidade deste estudo inclui observar, descrever e documentar. Muitos estudos em pesquisa de enfermagem possuem como principal objetivo a descrição e explicação de fenômenos relacionados com a profissão. Este pesquisador que utiliza a investigação descritiva observa, conta, descreve e classifica (POLIT et al, 2004).

A descrição quantitativa envolve a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno. O relatório pode referir-se ao delineamento como estudo descritivo correlacional, significando que o pesquisador está interessado nas descrições dos relacionamentos entre as variáveis, sem procurar, necessariamente, estabelecer uma descrição causal. (POLIT et al, 2004).

No que diz respeito ao método tipo transversal Yin (2005) diz que estudo de corte transversal é constituído por investigações, onde causa e efeito são detectados simultaneamente, ocorrendo em um único momento da situação estudada, em uma população.

O estudo transversal envolve a coleta de dados em um ponto de tempo. Os fenômenos são obtidos durante o período de coleta de dados. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou a relação entre um fenômeno e um ponto fixo (POLIT et al, 2004).

Para Pinto et al (1998) a estrutura de um estudo transversal é semelhante a um estudo de corte, no entanto, nos estudos transversais todas as medições são feitas em um único momento, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos. Em um estudo transversal o investigador tem que, primeiro, definir a questão a responder, depois, definir a população a estudar e os métodos de medição das variáveis de interesse.

Ainda de acordo com esse autor, a maior vantagem desse tipo de estudo é que as conclusões são realizadas prontamente, além de ser mais rápido, mais barato e mais fácil em termos logísticos e não sensíveis a problemas como as perdas de seguimento.

O cenário do estudo é no Grupo dos Diabéticos do Hospital Universitário Antonio Pedro/Universidade Federal Fluminense, no município de Niterói. A população é constituída por 50 clientes adultos e idosos, diabéticos tipo 2 atendidos nos ambulatórios de consulta de enfermagem e de endocrinologia do HUAP/UFF. Escolheu-se uma amostra de 50 sujeitos devido as possibilidades da pesquisa, dos ambulatórios e do tempo disponível para conclusão do estudo.

A amostra foi selecionada por demanda livre, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, no período de outubro de 2011 a março de 2012, após as consultas desses profissionais de saúde. Os clientes foram divididos em dois grupos. No primeiro grupo (G1) há 25 clientes que freqüentam as consultas de enfermagem e/ou encontros grupais no Grupo dos diabéticos do HUAP/UFF há um ano ou mais. No segundo grupo (G2), ficaram os outros 25 clientes que frequentam as consultas de endocrinologia, mas que nunca participaram do programa educativo do HUAP/UFF.

Os critérios de inclusão do estudo são: indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 40 anos, com diagnóstico médico de DM tipo 2, atendidos nos ambulatórios de consulta de enfermagem e/ou de endocrinologia do HUAP/UFF que, voluntariamente, concordaram em participar da pesquisa e não apresentaram dificuldade na compreensão do instrumento utilizado para coleta de dados. Os critérios de exclusão são: indivíduos com idade inferior a 40 anos, com DM tipo 2 que frequente a menos de um ano as consultas de enfermagem e/ou de endocrinologia, que não sejam cadastrados no HUAP/UFF e/ou que se recusem a assinar o TCLE.

Para coleta de dados foi empregado um instrumento adicional destinado à caracterização de dados sócio-demográficos (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, religião, perfil ocupacional e remuneração) e clínicos (tempo de participação no programa, motivo de permanência ou não participação, glicemia e/ou valor da última hemoglobina glicada, presença de complicações crônicas e agudas, outras doenças associadas, conhecimento a cerca da doença e hábitos de vida) (Apêndice 1) e a escala WHOQOL-Bref versão em português (Anexo 1).

O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões e considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. Duas questões referem-se à percepção individual a respeito da qualidade de vida e as demais 24 estão subdivididas em 4 domínios, e representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), tais como: *Domínio I - Físico*, com ênfase nas seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; *Domínio II - Psicológico*, focalizando as seguintes facetas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; *Domínio III - Relações sociais*, abordando as facetas: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; *Domínio IV - Meio ambiente*, com as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte (FLECK et al., 2000).

Quanto à análise dos dados, as informações quantitativas foram analisadas através de análise estatística descritiva dos dados sócio-demográficos e clínicos e do WHOQOL-Bref. Os dados sobre QV foram analisados através do software Microsoft Office Excel 2007.

A pesquisa, além da análise descritiva (caracterização dos clientes), se propôs a estabelecer associações entre as variáveis e também buscar confirmação de relações conhecidas através da literatura atualizada. Os dados foram analisados e discutidos buscando a interpretação dos fatos e fenômenos segundo a percepção dos sujeitos da pesquisa, iluminados pelos autores que compõe a revisão bibliográfica.

Aspectos Éticos

Existem três importantes princípios éticos que baseiam os padrões de conduta ética na pesquisa: a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça. O princípio da beneficência é o de acima de tudo não causar danos aos participantes. O princípio do respeito pela dignidade humana inclui a autodeterminação e o direito à revelação total. Por fim, o princípio da justiça inclui o direito dos participantes ao tratamento justo e à privacidade (POLIT et al, 2006).

Este estudo está pautado nos princípios éticos de beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça, assegurando que não haja nenhum tipo de dano aos participantes. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do HUAP/UFF (Hospital Universitário Antonio Pedro/ Universidade Federal Fluminense) atendendo aos pré-requisitos estipulados pela Resolução nº 196, de 16 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, no mês de Outubro de 2011, com devida aprovação sob número de protocolo 274/11 (Anexo 2).

Todos os pacientes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2) para participarem voluntariamente da pesquisa. Foi informado que somente os resultados coletivos da pesquisa serão divulgados, garantindo-se o anonimato e privacidade dos resultados individuais obtidos.

3.1 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL)

A avaliação da qualidade de vida vem se tornando cada vez mais utilizada para medir o impacto de doenças na vida dos indivíduos. O Diabetes Mellitus é uma doença crônica associada com morbi-mortalidade elevada e prejuízo na QV (AGUIAR et al, 2008).

A falta de um instrumento de avaliação de qualidade de vida com enfoque transcultural impulsionou a OMS a desenvolver uma metodologia única para sua criação. Inicialmente foi desenvolvido o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – 100), instrumento composto de cem questões. A necessidade de um instrumento mais curto para uso em amplos estudos epidemiológicos fez com que a OMS desenvolvesse a versão abreviada com 26 questões, o WHOQOL – Bref (FLECK, 2000).

O grupo formado pela OMS (grupo WHOQOL) é uma colaboração entre pesquisadores, clínicos e cientistas que vêm trabalhando juntos a mais de 12 anos, com base em protocolos

internacionais, desenvolvidos a cada estágio de desenvolvimento do projeto de construção do instrumento de avaliação da QV (SKEVINGTON¹², 2002 apud PANZINI et al, 2007).

Os instrumentos que mensuram a QV relacionada à saúde tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral desta qualidade de vida, embora a ênfase seja sobre os sintomas, incapacidades ou limitações causadas por enfermidades (SEIDL, ZANNON, 2004).

O grupo WHOQOL propôs que essas percepções se originam na cultura à qual a pessoa pertence. Assim, a questão cultural é fundamental na QV, já que diferentes culturas priorizam diferentes aspectos. O grupo WHOQOL pode ter sido o primeiro na definição de Qualidade de Vida incluir o aspecto cultural como parte integrante, ao invés de tratar sua influência como uma variável não relacionada (PANZINI et al, 2007).

O WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original, pois inicialmente há formação de um único instrumento de forma colaborativa em diferentes centros, com diferentes culturas, que participaram da operacionalização dos domínios de avaliação da QV, da redação e seleção de questões, da derivação das escalas de respostas e dos testes de campo nos países envolvidos (FLECK, 2000).

Trata-se de um instrumento com 100 perguntas separadas em 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade. Esses domínios são divididos em 24 facetas, contendo 4 perguntas cada. As perguntas são respondidas através de 4 tipos de escalas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (MICHELONE, SANTOS, 2004).

Devido ao grande número de questões presentes no WHOQOL – 100 observou-se que seria inviável a utilização deste questionário em pesquisas extensas, que abrangesse um grande quantitativo de indivíduos. Fleck (2000) afirma que surgiu a necessidade de um instrumento mais curto, que acarretasse pouco tempo para o preenchimento e que conservasse características psicométricas satisfatórias, ocasionando desta forma, a origem de uma versão abreviada do WHOQOL – 100, o WHOQOL – bref.

O WHOQOL – bref consta com 26 questões, sendo 2 questões gerais de QV e as demais representando cada uma das 24 facetas do instrumento anterior. O WHOQOL – bref passou a ser composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000).

As respostas para todas as questões do WHOQOL – bref são obtidas através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, além de duas questões de QV calculadas em conjunto para gerar um

¹² SKEVINGTON, S. M. *Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development*. Quality of life research, p. 135-144, 2002.

único escore independente do escore dos domínios, denominado overall, ou QV geral (MICHELONE, SANTOS, 2004).

O programa pode estabelecer escores dos domínios da QV em geral, entretanto, o WHOQOL-100 e o WHOQOL- bref não permitem o estabelecimento de um escore único, pois ambos foram desenvolvidos a partir da concepção de que qualidade de vida é um construto multidimensional, portanto, é mais sensato considerar cada domínio e escore individualmente (MICHELONE, SANTOS, 2004). No que se refere aos escores, eles são uma escala positiva, e quanto maior este, maior será a QV. Alterações em um ou mais domínios implicam em alterações da QV (SIMIM, MELLO, 2008).

Antes de este questionário começar a ser utilizado junto à população, o mesmo foi submetido à avaliação de algumas de suas propriedades psicométricas como a confiabilidade através da consistência interna e validade de construto e de critério concorrente. Após a avaliação, os resultados foram considerados satisfatórios para atestar a consistência interna do instrumento (MICHELONE, SANTOS, 2004).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Inicialmente serão apresentadas as características sócio-demográficas e clínicas da amostra dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, em tratamento nos ambulatórios de consulta de enfermagem e de consulta de endocrinologia do HUAP/UFF. Foram classificadas como características sócio-demográficas, as variáveis: sexo, idade, estado civil, religião, se mora sozinho e o tempo de diagnóstico. As características clínicas analisadas compreendem: presença de complicações, conhecimento sobre o que é Diabetes, insulina, administração do hormônio (rodízio, conservação, uso dos materiais), dieta e informações sobre obesidade, tabagismo, etilismo, prática de exercícios físicos, eliminações intestinais e vesicais.

Serão apresentados os resultados referentes à análise destes componentes de forma isolada e também quando for necessária uma associação entre eles. Após a primeira caracterização, serão apresentados em sequência, os resultados acerca da Qualidade de Vida, sendo baseadoS no questionário, World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL), na versão abreviada (Bref) e em português do Brasil, adotado neste estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Para caracterização dos sujeitos deste estudo que estão em acompanhamento no ambulatório de consulta de enfermagem e consulta de endocrinologia do HUAP/UFF, foram analisadas as seguintes variáveis sócio-demográficas presentes no quadro 1, onde se observa um número total de 50 participantes (n=50), divididos nos grupos G1 e G2.

QUADRO 1 - Dados de identificação sócio-demográfico dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes e não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados em G1 e G2, HUAP, Niterói, outubro de 2011 a março de 2012.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (n=50)					
		Grupo G1 (n=25)	%	Grupo G2 (n=25)	%
SEXO	Feminino	21	84%	17	68%
	Masculino	4	16%	8	32%
IDADE	Média	63,5	-	58,8	-
	Máxima	85	-	81	-
	Mínima	42	-	40	-
ESTADO CIVIL	Solteiro	4	16%	7	28%
	Casado	13	52%	14	56%
	Viúvo	5	20%	3	12%
	Divorciado	3	12%	1	4%
RELIGIÃO	Católico	12	48%	10	40%
	Cristão	12	48%	12	48%
	Outros	1	4%	3	12%
MORA SOZINHO	Sim	3	12%	4	16%
	Não	22	88%	21	84%
TEMPO DE DIAGNÓSTICO	Médio	16,5	-	11,2	-
	Máximo	30	-	26	-
	Mínimo	3	-	1	-

Fonte: Pesquisa direta: Espíndola, B. C., Coleta de dados através de análise documental dos questionário sócio-demográfico, HUAP, Niterói, out-2011 a mar-2012.

No Grupo G1, pode-se notar que há um predomínio de indivíduos do sexo feminino (84%), com uma idade média de 63,5 anos, casados (52%), da religião católica (48%) e evangélica (48%), que não moram sozinhos (88%) e possuem o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 a uma média de 16,5 anos. Enquanto isto, no Grupo G2 o predomínio também é do sexo feminino (68%) e a idade média dos indivíduos é um pouco menor em comparação com o Grupo G1 (58,8 anos), sendo também sua grande maioria casados (56%), religião evangélica (48%) e que não moram sozinhos (84%). Outra diferença encontrada é no tempo médio de diagnóstico da doença que diminui de 16,5 anos para 11,2 anos.

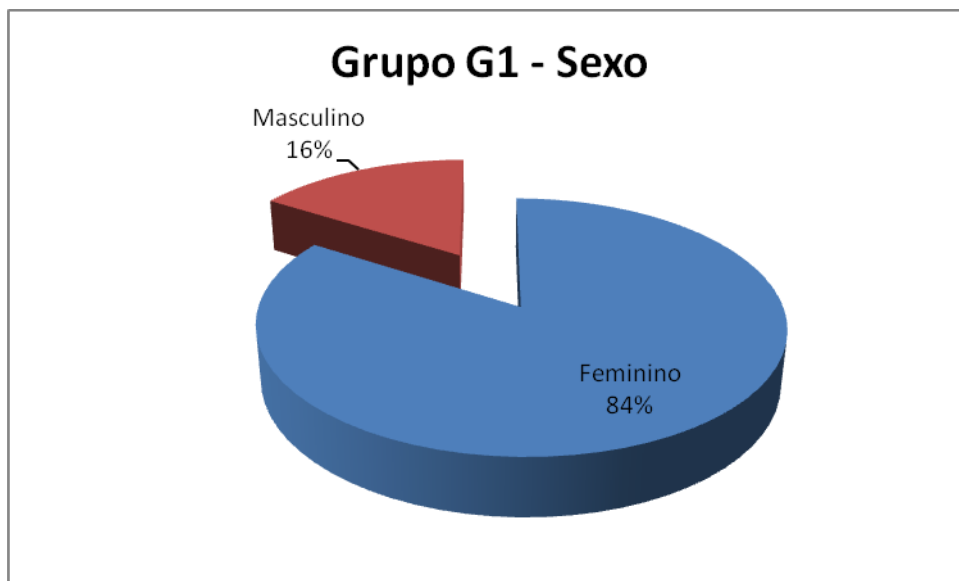


Figura 1 – Distribuição da frequência do sexo dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

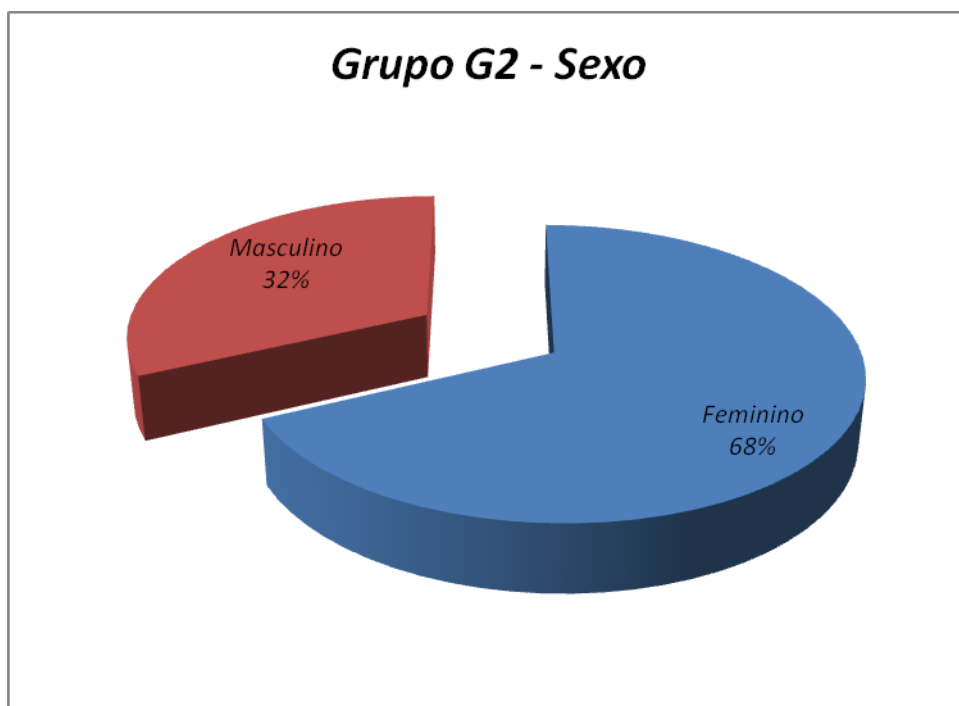


Figura 2 – Distribuição da frequência do sexo dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

Vários estudos comprovam o fato de que homens são mais vulneráveis às doenças, principalmente as graves e crônicas e que morrem mais precocemente do que as mulheres (NARDI et al, 2008; LAURENTI et al, 2005). Desta forma, observa-se que a respeito da vulnerabilidade

masculina, há um aumento das taxas de morbimortalidade, onde o homem, diferentemente das mulheres, não busca os serviços de atenção primária. Segundo Figueiredo (2005) a figura masculina, na maioria das vezes, entra no sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, agravando assim a sua morbidade, isto é, a ocorrência de uma determinada doença.

O Ministério da Saúde afirma que grande parte da não adesão dos homens às medidas de atenção integral é devido à cultura, na qual o estereótipo do gênero potencializa práticas e valores do que é ser masculino. A doença acaba sendo considerada como uma fragilidade que os homens não reconhecem como sendo da sua condição biológica (BRASIL, 2008).

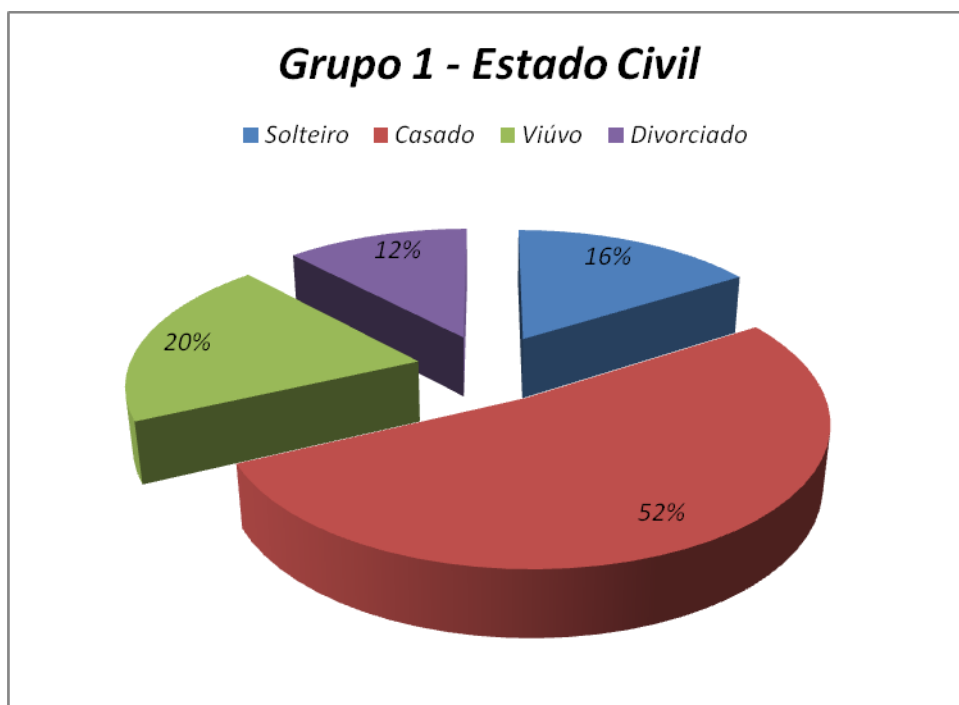


Figura 3 – Distribuição da frequência do estado civil dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

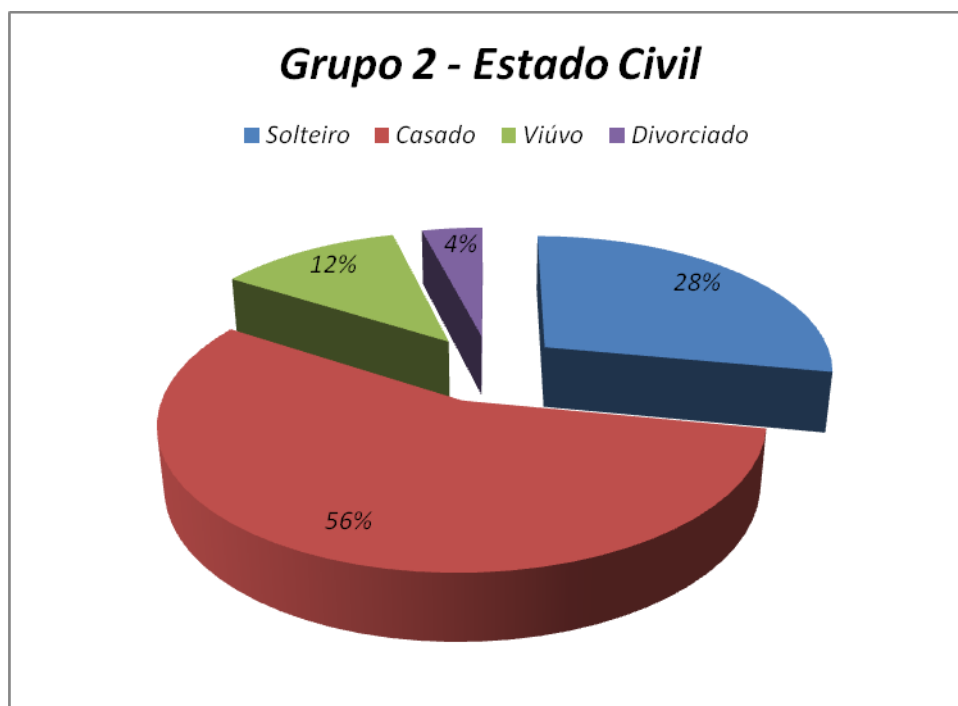


Figura 4 – Distribuição da frequência do estado civil dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

Outra variável carregada de valores e pré-concepções culturais é o estado civil e o fato de viver ou não sozinho. Nota-se na tabela que a grande maioria dos sujeitos da pesquisa não moram sozinhos, possuindo na maioria das vezes uma esposa(a) ou companheiro(a). Estes dados confirmam os achados na literatura os quais indicam a relação existente entre o estado civil e a morbidade e mortalidade, evidenciando o coeficiente mais elevado de mortalidade entre viúvos, divorciados e solteiros, sendo mais baixo entre os casados (GUIMARÃES E TAKAYANAGUI, 2002).

Minayo e Gutierrez (2010, p.1498) afirmam que “uma observação mais atenta e criteriosa nos leva a perceber que os "cuidados da saúde" são produzidos em pelo menos dois contextos distintos, porém inter-relacionados: a rede oficial de serviços e a rede informal, representada especialmente pela família”.

Esta rede oficial falada pelas autoras inclui o saber biomédico e as tecnologias terapêuticas modernas, enquanto a rede informal é a que tem a família seu principal elemento. É na e pela família que se produzem cuidados essenciais à saúde. Estes vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento, passando pelo aprendizado da higiene e da cultura alimentar e atingem o nível da adesão aos tratamentos prescritos (medicação, dietas e atividades preventivas). Essa adesão se dá através de ações concretas no cotidiano das famílias, o que permite reconhecimento de doenças,

busca de atendimento médico, incentivo para o autocuidado e o apoio emocional (MINAYO E GUTIERREZ, 2010).

Um estudo realizado por professores da Universidade Brigham Young, em Utah, nos Estados Unidos da América, concluiu que as relações sociais -amigos, família, vizinhos e colegas- aumentam as chances de viver mais em 50%. A pesquisa foi publicada na revista científica PLoS Medicine (PASTORE, 2010). Esta interação é benéfica não apenas para a saúde psicológica, como também reflete na saúde física. O indivíduo acaba se cuidando mais quando tem um suporte social, o vínculo com outros indivíduos permite este cuidado consigo, essa busca pela saúde.

Volich (2007) discute a produção de cuidados na família, numa análise psicanalítica, a partir da relação mãe-bebê. Para ele, no processo de desenvolvimento psíquico humano, o outro está colocado como parte essencial e permite a superação do sentimento de desamparo original. Essa presença estruturante e organizadora do outro, serve de paradigma para as futuras relações na vida. Estas relações estão baseadas na perspectiva de gênero e cuidado, no qual nos processos interativos entre homem e mulher, o cuidado é quase que exclusivo da “mulher-mãe de família”.

Carvalho (2002) afirma que a família tem recebido maior atenção nas formulações das políticas sociais desde a década de noventa. No entanto, o discurso que fundamenta essas políticas parte da perspectiva da ação solidária de uma família idealizada que não conta com a necessária proteção social para que, ao ver-se protegida, possa proteger os seus membros.

A "família" emerge como foco de atenção específica com o Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa preconiza dois pontos fundamentais: a perspectiva de atenção básica descentralizada e local, substituindo o modelo hospitalocêntrico, e o reconhecimento do cuidado em saúde a partir do grupo familiar (MINAYO E GUTIERREZ, 2010).

4.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS SUJEITOS

Quanto aos dados clínicos, encontramos tais informações nos quadros 2 e 3, a respeito dos Grupos G1 e G2, respectivamente.

QUADRO 2 - Dados de caracterização clínica dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no G1, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012.

DADOS CLÍNICOS – G1 (n= 25)				
	Sim	%	Não	%
Presença de Complicações	9	36%	16	64%
Sabe o que é Diabetes Mellitus	25	100%	0	0%
Faz uso de insulina	24	96%	1	4%
Sabe administrar	20	80%	5	20%
Conhece o rodízio	22	88%	3	12%
Conhece a maneira de conservar e usar os materiais	14	56%	11	44%
Segue dieta	18	72%	7	28%
É obeso	12	48%	13	52%
Fuma	0	0%	25	100%
Ingere bebida alcoólica	2	8%	23	92%
Pratica exercícios físicos	8	32%	17	68%
Eliminações intestinais sem alterações	16	64%	9	36%
Eliminações vesicais sem alterações	19	76%	6	24%

Fonte: Pesquisa direta: Espíndola, B. C., Coleta de dados através de análise documental dos questionário sócio-demográfico e clínico, HUAP, Niteroi, out-2011 a mar-2012.

QUADRO 3 - Dados de caracterização clínica dos indivíduos diabéticos tipo 2, não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no G2, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012.

DADOS CLÍNICOS – G2 (n= 25)				
	Sim	%	Não	%
Presença de Complicações	11	44%	14	56%
Sabe o que é Diabetes Mellitus	20	80%	5	20%
Faz uso de insulina	12	48%	13	52%
Sabe administrar	11	44%	14	56%
Conhece o rodízio	12	48%	13	52%
Conhece a maneira de conservar e usar os materiais	11	44%	14	56%

Segue dieta	17	68%	8	32%
É obeso	7	28%	18	72%
Fuma	2	8%	23	92%
Ingere bebida alcoólica	3	12%	22	88%
Pratica exercícios físicos	5	20%	20	80%
Eliminações intestinais sem alterações	20	80%	5	20%
Eliminações vesicais sem alterações	19	76%	6	24%

Fonte: Pesquisa direta: Espíndola, B. C., Coleta de dados através de análise documental dos questionário sócio-demográfico e clínico, HUAP, Niteroi, out-2011 a mar-2012.

Ao analisar o quadro 2 e o quadro 3, podemos fazer algumas observações. Em relação ao conhecimento desses indivíduos, houve um predomínio no Grupo G1 a respeito de saber o que é Diabetes Mellitus (100%), ao uso de insulina (96%), a saber como administrar (80%), e a fazer o rodízio (88%) e sobre conhecer a maneira correta de conservar e usar os materiais (56%). As figuras 5, 6, 7 e 8 demonstram a diferença entre o conhecimento dos dois grupos conforme a variável pesquisada.

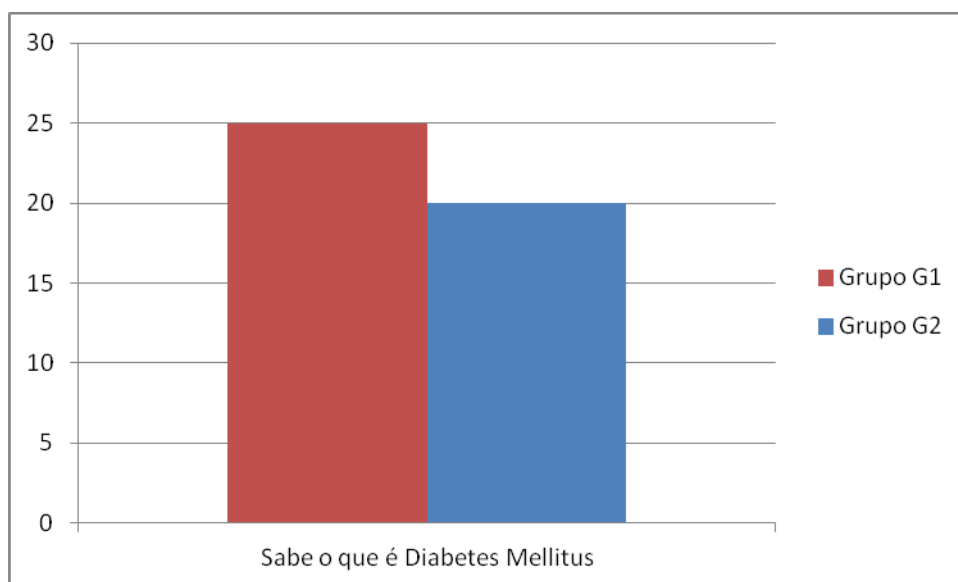


Figura 5 – Conhecimento sobre o que é Diabetes Mellitus dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

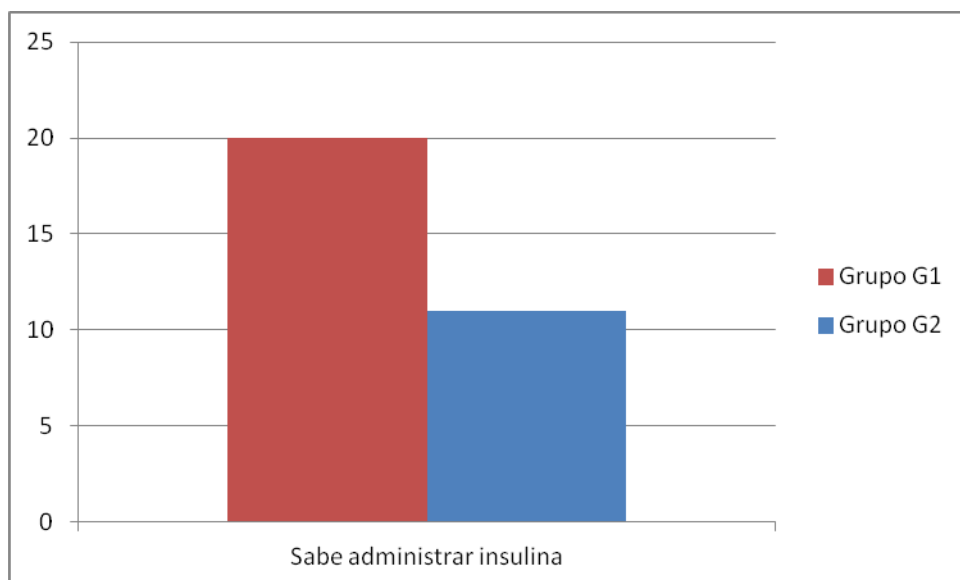


Figura 6 – Conhecimento sobre administração da insulina dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

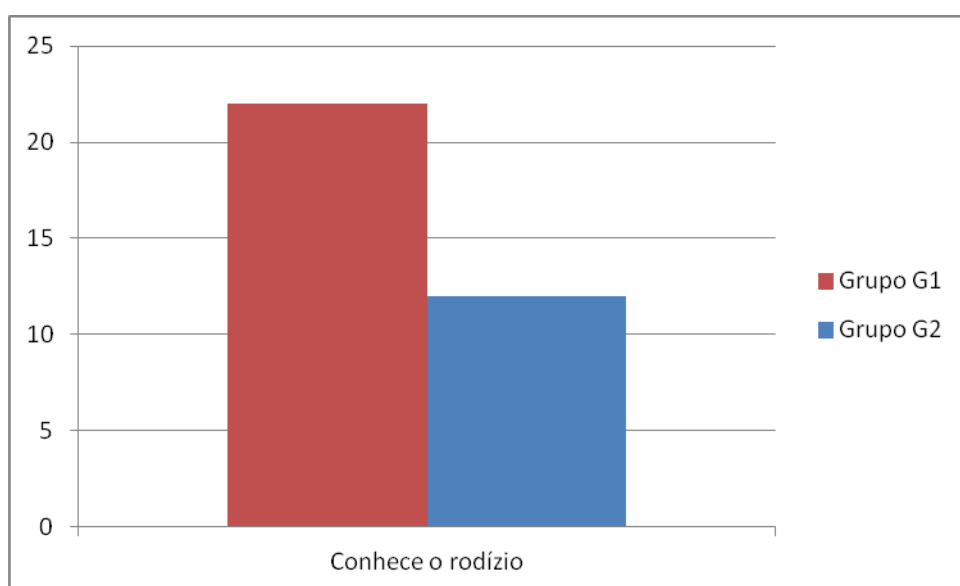


Figura 7 – Conhecimento sobre o rodízio da administração de insulina dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

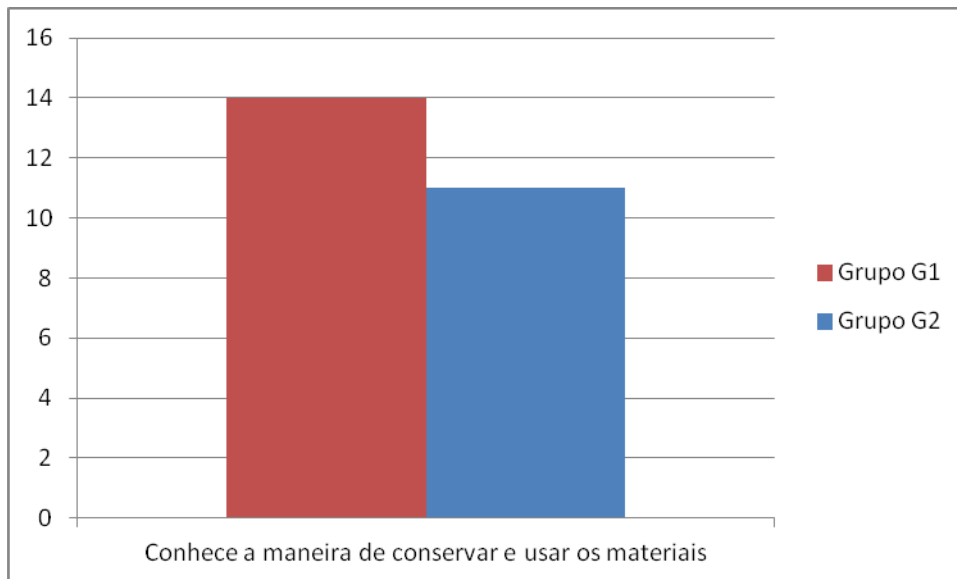


Figura 8 – Conhecimento sobre a maneira de conservar e usar os materiais de insulina dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

Embora a dieta seja seguida com maior frequência no grupo G1 (72%) que no Grupo G2 (68%), há mais indivíduos obesos no primeiro grupo (48%) do que no segundo (28%). O uso do fumo não aparece no G1, tendo uma prevalência de 8% no G2. A bebida esta presente nos dois grupos, 8% no G1 e 12% no G2. A prática de exercício físico é pouco prevalente nos dois grupos, porém maior no primeiro grupo (32%) do que no segundo (20%), conforme podemos analisar na figura 9.

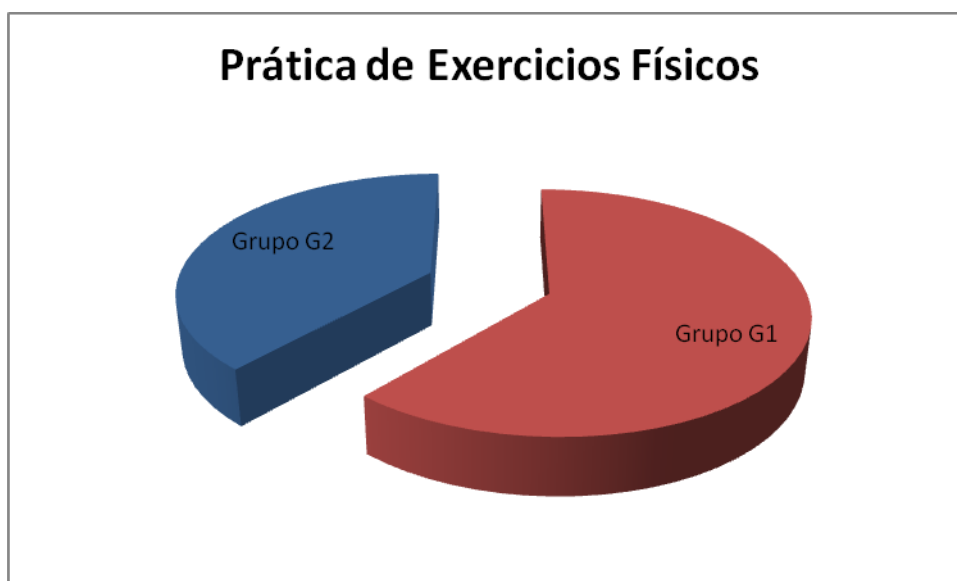


Figura 9 – Prática de exercícios físicos dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

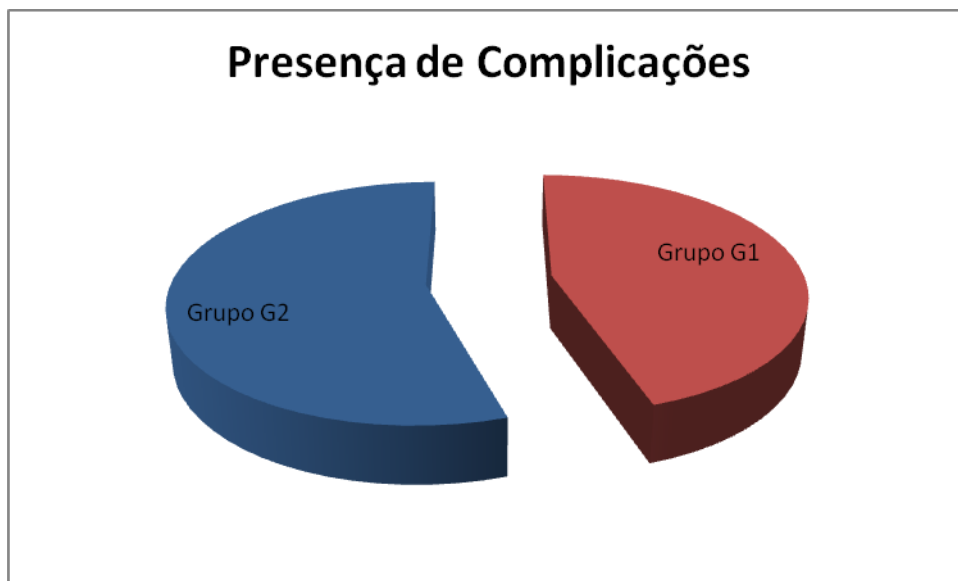


Figura 10 – Presença de complicações dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes e não participantes do grupo educativo em saúde do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

Um item de grande importância que são as complicações presentes nos indivíduos que convivem com a DM tipo 2, observamos que há mais indivíduos com algum tipo de complicação no G2 (44%) do que no G1 (36%). Notamos uma íntima relação entre essas variáveis analisadas nos dados clínicos e a educação em saúde.

A OMS (2003) reconhece que é necessário que o indivíduo com DM adote habilidades de autocuidado que lhe permita controlar a doença e quanto maior o acesso a informação e ao conhecimento maior será sua capacidade de realizar uma ação de maneira competente e eficaz, aceitando medidas que lhe permita a adoção de uma nutrição saudável e a prática de atividade física diária.

A educação é parte essencial no controle do DM e consiste em um processo contínuo de alteração de hábitos de vida que requer tempo, espaço, planejamento, materiais didáticos e profissionais capacitados. Apenas seguir a prescrição corretamente não é o suficiente para a melhoria da QV desses indivíduos (BRITO, 2001).

Segundo Torres, Pereira e Alexandre (2010) relata que resultados de estudos divulgados na literatura têm reforçado a importância das estratégias promotoras de mudanças comportamentais, incluindo a educação, a informação e a comunicação interpessoal. A educação voltada para a prevenção e o controle da DM apresenta um desafio quer para os indivíduos, quer para os profissionais de saúde.

O tratamento inicial consiste exclusivamente em uma reorientação no estilo de vida, incluindo basicamente, a adaptação a um plano alimentar específico e a prática de atividade física.

Concomitantemente, deve-se iniciar um programa de educação em diabetes, abordando temas de importância e dando ênfase ao plano alimentar e aos benefícios da atividade física (GUIMARÃES E TAKAYANAGUI, 2002)..

A educação em saúde para indivíduos com diabetes pode ser desenvolvida de várias maneiras, permite aliar lazer e cultura, proporcionando ao diabético aquisição de conhecimentos, estimulação da monitorização e cuidados contínuos evitando complicações e levando ao aumento de sua qualidade de vida.

Ao incentivar a reflexão e a crítica sobre os fatores relacionados com as condições de vida que interferem no aparecimento das doenças de um modo geral, inclusive o Diabetes Mellitus, encontra-se profícuo espaço para debater direitos de cidadania com a clientela. Com esse intuito, durante os encontros é enfatizada a relação existente entre saúde e condições de vida (SABÓIA E VALENTE, 2010).

A educação em saúde esta inserida em um âmbito de conhecimento que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre condição de vida e de trabalho e a saúde e doença (VALLA, STOLZ, 1994). É necessário que este indivíduo que convive com a diabetes conheçam os elementos básicos que são relevantes na patologia, como a dieta, o uso adequado da insulina, o exercício físico, cuidado com pés, hipoglicemia. É necessária a percepção do enfermeiro para avaliar quais são os assuntos relevantes naquele exato momento para o paciente. A educação deve acontecer de forma contínua, sendo um processo de aprendizagem, e não ser compartilhada de uma só vez com a clientela.

Segundo Sabóia (1997) a educação em saúde desenvolvida no Grupo dos Diabéticos do HUAP/UFF, procura orientar aos participantes do Grupo e da Consulta de Enfermagem quanto à importância da dieta balanceada, estimulando o cuidado de si, que contribui para minimizar e/ou evitar o aparecimento de complicações agudas e crônicas, incentivando-os a refletir sobre os fatores relacionados com as condições de vida que interferem no aparecimento das doenças de um modo geral, inclusive do diabetes mellitus, esclarecendo-os sobre seus direitos como cidadãos.

A educação é parte imprescindível do tratamento de pessoas que vivem com diabetes, associado ao controle metabólico adequado, atividade física e dieta. O maior nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações estão relacionadas a uma melhora da qualidade de vida, com redução do número de crises de hipoglicemia, menor número de internações hospitalares, melhor controle metabólico e maior aceitação da doença (MAIA E ARAUJO, 2002). Certamente o tratamento não será adequado, caso o diabético e seus familiares não souberem desses elementos,

como a dieta, aplicação correta da insulina, como agir na hipoglicemia, o cuidado com os pés e outros fatores (SABÓIA, 1997).

O exercício físico deve fazer parte do cotidiano do indivíduo com diabetes, sendo parte deste tratamento. Segundo ADA “as recomendações iniciais sobre a atividade física devem ser modestas, segundo os desejos e as capacidades de cada doente, ser gradualmente crescentes em duração e frequência até 30-45 min de exercício aeróbio moderado 3-5 dias por semana, sempre que seja possível” (ADA, 2005, p.22).

Segundo Correia (2007) a alimentação e o exercício parecem ser as atividades de autocuidado que os diabéticos tipo 2 mais possuem dificuldade em integrar na vida diária, com consequentes níveis de adesão mais baixos. Esta afirmação confirma os achados encontrados na pesquisa, no qual há um baixo índice de pessoas que realizam atividade física, sendo o quantitativo de 32% para o grupo G1 e 20% para o grupo G2.

As barreiras apontadas pelos indivíduos para a aderência à dieta e atividade física incluem a falta do apoio familiar, o estresse, o trabalho ou a ocupação, a segurança e o custo dos lugares para a realização dos exercícios (TORRES, PEREIRA E ALEXANDRE, 2010).

O segundo instrumento utilizado e analisado foi o WHOQOL (Bref), que mensurou a Qualidade de Vida dos grupos estudados. Agrupamos os escores conforme os domínios do WHOQOL (Bref) e das questões gerais. De acordo com os escores obtidos pela conversão dos escores brutos em escores transformados, utilizando-se a escala de transformação de 0-100, conforme o manual do WHOQOL-Bref (WHO, 1996). A partir da transformação, iremos calcular a média dos domínios e quanto maior o escore, melhor será a qualidade de vida.

4.3 ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO O WHOQOL (BREF)

Após a análise dos resultados encontrados na caracterização dos dados sócio-demográficos e clínicos dos sujeitos da pesquisa, iremos analisar e discutir os achados a respeito da qualidade de vida por meio do questionário World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL), na versão abreviada (Bref) e em português do Brasil, adotado por este estudo.

QUADRO 4 – Escores dos domínios do WHOQOL (Bref) dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no grupo G1, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012.

WHOQOL (Bref) - Grupo G1				
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
N	25	25	25	25
Escore Médio	57,44	64,08	66,28	58,84
Escore Máximo	94	94	94	81
Escore Mínimo	19	31	25	31
Mediana	63	69	69	56
Desvio Padrão	22,03	16,82	16,08	14,30
Desvio Padrão da População Feminina	22,82	17,66	17,38	15,00
Desvio Padrão da População Masculina	19,92	16,25	11,84	13,42
Percentil de 0,25	38	56	69	50
Percentil de 0,50	63	69	69	56
Percentil de 0,75	75	75	75	75

Fonte: Pesquisa direta: Espíndola, B. C., Coleta de dados através de análise documental do questionário sobre qualidade de vida WHOQOL (Bref) , HUAP, Niteroi, out-2011 a mar-2012.

No quadro 4 encontramos diversos dados a respeito dos escores dos domínios do WHOQOL (Bref), a partir das questões presentes nos questionários, nas quais cada resposta obtinha um valor próprio, variando de 1 a 5. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida deste indivíduo. A análise quantitativa foi realizada conforme o domínio presente. Com base na tabela, pode-se levantar algumas considerações a respeito do grupo G1.

O domínio que obteve um escore mais elevado foi o Domínio Relações Sociais. Como o desvio padrão foi relativamente alto (em relação ao escore máximo e mínimo) notamos que o grupo não possui respostas tão homogêneas. O domínio mais próximo em relação a presença de respostas parecidas foi o Domínio Meio Ambiente (dp= 14,30). A variação do escore dos Domínios Psicológico e de Relações Sociais foi quantitativamente próxima (dp= 16,82 e dp= 16,08, respectivamente). A maior discrepância do desvio das respostas foi encontrada no Domínio Físico (dp= 22,03).

Quando analisamos este mesmo desvio, porém separando a população feminina da população masculina notamos que entre as mulheres há um desvio do padrão das respostas muito maior do que entre os homens, ou seja, há uma homogeneidade maior entre as respostas masculinas do que entre as respostas femininas.

Em relação ao percentil, notamos que o percentil 0,50 está acima da média dos escores, o que significa dizer que a maioria das pessoas participantes do grupo educativo está acima da média geral de escore da população e que um número maior de indivíduos estão com respostas mais positivas do que negativas.

QUADRO 5 – Escores dos domínios do WHOQOL (Bref) dos indivíduos diabéticos tipo 2, não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no grupo G2, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012.

WHOQOL (Bref) - Grupo G2				
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
N	25	25	25	25
Escore Médio	56,6	65,56	64,04	57,96
Escore Máximo	75	81	81	81
Escore Mínimo	19	25	25	38
Mediana	63	69	69	63
Desvio Padrão	16,01	13,65	14,72	9,75
Desvio Padrão da População Feminina	15,68	15,82	15,11	10,13
Desvio Padrão da População Masculina	17,21	9,11	15,75	10,07
Percentil de 0,25	50	56	56	50
Percentil de 0,50	63	69	69	63
Percentil de 0,75	69	75	75	63

Fonte: Pesquisa direta: Espíndola, B. C., Coleta de dados através de análise documental do questionário sobre qualidade de vida WHOQOL (Bref) , HUAP, Niteroi, out-2011 a mar-2012.

No quadro 5 encontramos diversos dados a respeito dos escores dos domínios do WHOQOL (Bref), demonstrando o nível de qualidade de vida da população do grupo G2, ou seja, o grupo que não possui acompanhamento no ambulatório de consulta de enfermagem. Com base na tabela, pode-se levantar algumas considerações a respeito deste grupo.

O domínio que obteve um escore mais elevado foi o Domínio Psicológico. O desvio padrão foi relativamente menor em relação aos escores do grupo G1, notamos que o grupo G2 possui respostas mais homogêneas. O domínio mais próximo em relação a presença de respostas próximas foi o Domínio Meio Ambiente (dp= 9,75). A maior discrepância do desvio das respostas foi encontrada no Domínio Físico (dp= 16,01).

Quando analisamos este mesmo desvio, porém separando a população feminina da população masculina notamos que entre as mulheres há um desvio do padrão maior das respostas dos domínios psicológico e meio ambiente do que entre os homens, e um desvio maior entre os homens nos domínios físico e relações sociais, do que entre as mulheres.

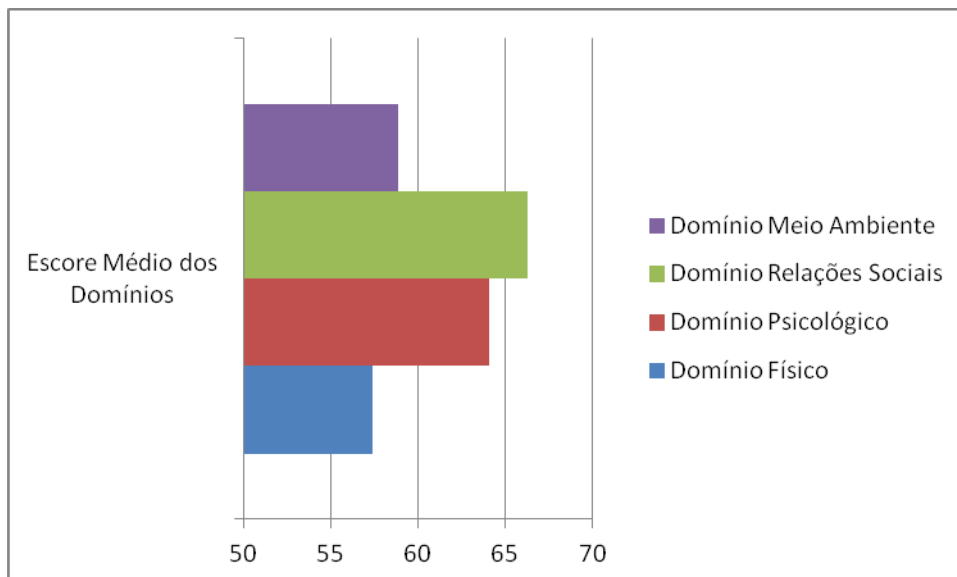


Figura 11 – Escore médio dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde (grupo G1) do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

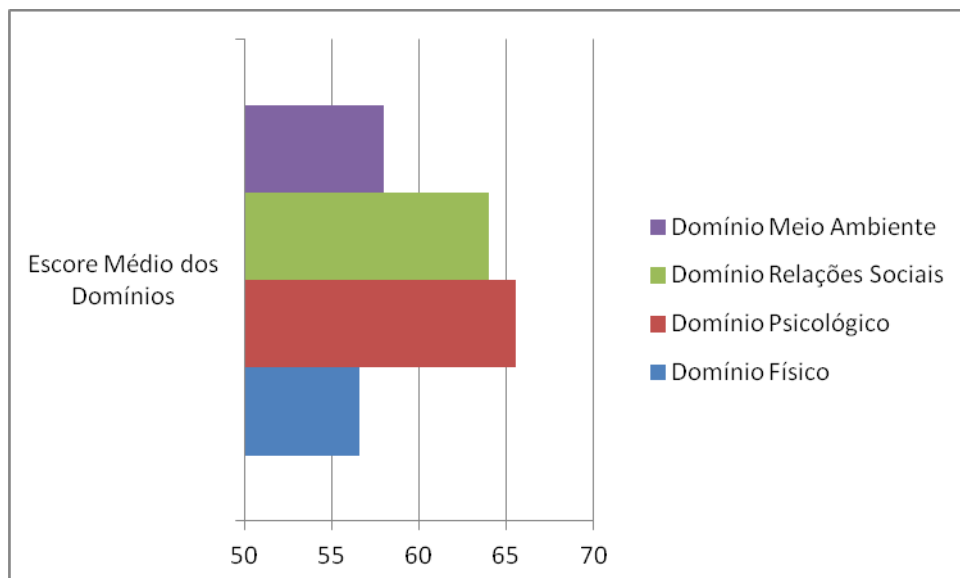


Figura 12 – Escore médio dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde (grupo G2) do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

O maior escore do Grupo G1 foi ao Domínio Relações Sociais (média de 66,28), enquanto no G2 a maior pontuação foi no Domínio Psicológico (média de 65,56). De forma geral, o Grupo G1 obteve maiores escores na maioria dos domínios. Isto demonstra que para o grupo G1 os aspectos relações sociais são os que contribuíram mais positivamente à QV dos entrevistados, enquanto as questões psicológicas tiveram maior ênfase na QV do grupo G2.

Em relação ao grupo G1 obter maior escore no Domínio Relações Sociais evidencia que a participação no “Grupo dos Diabéticos” contribui para aprimorar não apenas o conhecimento dos pacientes a respeito de sua patologia, mas também para criação de vínculos com pessoas que compartilham à mesma problemática e com profissionais de saúde envolvidos no processo, favorecendo o enfrentamento de conflitos comuns e fortalecendo a auto estima e o autocuidado de tais sujeitos.

No grupo G2 o maior escore foi no Domínio Psicológico. Acreditamos que o fato de que apenas eram encaminhados para as consultas de enfermagem aqueles indivíduos que possuíam algum agravante visível, físico ou psicológico, ou seja, o grupo que participava apenas das consultas de endocrinologia não possuíam visivelmente tais agravantes, o que o fizeram ter um escore mais elevado neste domínio.

A avaliação da qualidade de vida vem se tornando cada vez mais utilizada para medir o impacto de doenças na vida dos indivíduos. O Diabetes Mellitus é uma doença crônica associada com morbi-mortalidade elevada e prejuízo na QV (AGUIAR et al, 2008).

A prática educativa deve incentivar a participação social, contribuindo para que os problemas de saúde possam ser compreendidos além do âmbito individual, buscando solução em um universo mais amplo (MENDONÇA, 1997).

Desta forma, embora que os indivíduos com DM possam ter um prejuízo quanto a sua qualidade de vida, notamos que a educação em saúde entra nesta perspectiva como uma das terapêuticas que possibilitam a melhora desta QV. A ação educativa é um elemento essencial presente durante a consulta de enfermagem e, assim sendo, durante a elaboração da pesquisa esperava-se pelos resultados da qualidade de vida do grupo que participa das consultas de enfermagem e das consultas de endocrinologia do HUAP/UFF e do grupo que participa somente das consultas de endocrinologia do HUAP/UFF, a fim de analisarmos se a consulta de enfermagem desenvolvida no ambulatório do HUAP contribui para que esta QV seja benéfica.

De forma geral, o grupo que participa da consulta de enfermagem (Grupo G1) obteve maiores escores em três dos quatro domínios presentes no WHOQOL-Bref (Domínio Físico, Domínio Relações Sociais e Domínio Meio Ambiente), atingindo uma diferença média de escores de 1,36 para cada domínio entre os dois grupos (G1 e G2).

O WHOQOL – bref consta com 26 questões, sendo 2 questões gerais de QV e as demais representando cada uma das 24 facetas do instrumento anterior. O WHOQOL – bref passou a ser composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000).

O domínio físico engloba nas suas questões facetas como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho. Todas essas facetas podem apresentar uma alteração nos indivíduos com DM.

No grupo G1 a média foi 57,44, máxima de 94 e mínima de 19, o desvio padrão das respostas foi relativamente alto, atingindo 22,03 e maior entre as mulheres ($dp=22,82$) do que entre os homens ($dp= 19,92$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 38 e a mediana representa que metade da população esta acima do escore médio geral. Enquanto isto, no grupo G2, a média foi 56,60, sendo a máxima 75 e a mínima de 19, o desvio padrão foi bem menor do que no grupo G1, 16,01 e maior entre os homens ($dp= 17,21$) do que entre as mulheres ($dp= 15,68$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 50. A mediana é a mesma que o grupo G1.

Segundo Brasil (2006), alguns dos sintomas inespecíficos da DM incluem fadiga, fraqueza, letargia, dor, ansiedade, além de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia e doença cardiovascular e insuficiência renal crônica. A patologia é ainda responsável por um grande número

de internações, amputações e cegueira. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, devido à perda da produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. Por se tratar de uma doença evolutiva, quase todos os pacientes requerem tratamento farmacológico. Todos esses pontos abordados possuem uma íntima relação com o domínio físico, sendo os responsáveis pelo prejuízo de tal domínio.

O domínio psicológico possui facetas a respeito de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, auto-estima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

No grupo G1 a média foi 64,08, máxima de 94 e mínima de 31, o desvio padrão foi 16,83 e maior entre as mulheres ($dp=17,66$) do que entre os homens ($dp= 16,25$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 56 e a mediana (69) representa que metade da população esta acima do escore médio geral. Enquanto isto, no grupo G2, a média foi 65,56, sendo a máxima 81 e a mínima de 25, o desvio padrão foi menor do que no grupo G1, 13,65 e menor entre os homens ($dp= 9,11$) do que entre as mulheres ($dp= 15,82$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 56. A mediana é a mesma que o grupo G1.

Segundo Sabóia e Valente (2010) a participação em grupos educativos contribui para os participantes aprofundarem seu conhecimento sobre o Diabetes Mellitus e como lidar melhor com a doença, A possibilidade de o indivíduo partilhar com outras pessoas com problemas semelhantes o leva a perceber que não é o único que sofre ou tem dificuldades e isso o faz crescer individualmente.

Zamanillo (2008, p. 12) afirma que:

O trabalho com grupos, portanto, pode ajudar as pessoas a se relacionar ou restabelecer vínculos perdidos numa sociedade cada vez mais individualista. Por meio da interação intersubjetiva, as pessoas aprendem umas com as outras a enfrentar os conflitos da vida cotidiana, fortalecendo a auto-estima e ampliando outras realidades em seu mundo.

O domínio relações sociais explora as facetas relações pessoais, suporte e apoio social e atividade sexual. O diabetes representa uma carga adicional à sociedade, diversos fatores físicos e emocionais, podem alterar a sua relação social com amigos, familiares e companheiros.

No grupo G1 a média foi 66,28, máxima de 94 e mínima de 25, o desvio padrão das respostas foi de 16,08 e maior entre as mulheres ($dp=17,38$) do que entre os homens ($dp= 11,84$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 69 e a mediana (69) representa que metade da população esta acima do escore médio geral. Enquanto isto, no grupo G2, a média foi 64,04, sendo a máxima 81 e a mínima de 25, o desvio padrão foi menor do que no grupo G1, 14,72 e

maior entre os homens ($dp= 15,75$) do que entre as mulheres ($dp= 15,11$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 56. A mediana é a mesma que o grupo G1.

Nunes (2005) afirma que há uma quantidade substancial de benefícios físicos e psicológicos do apoio social e que os sujeitos com apoio social se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos indutores de stress; se recuperam melhor e reduzem o risco de mortalidade a doenças específicas como é o caso do diabetes. Afirma ainda que os diabéticos que beneficiam de suporte social possuem uma qualidade de vida mais satisfatória.

O suporte social, especialmente representado pela família demonstra ter um papel fundamental, colaborando na realização de algumas atividades de autocuidado, como a vigilância da glicemia, os cuidados aos pés e o preparo da medicação. A falta de compreensão por parte de familiares e amigos para o cumprimento do plano alimentar e de exercício foi referido pelos participantes como o aspecto menos positivo do apoio social (CORREIA, 2007).

Em relação a atividade sexual, a impotência (incapacidade do pênis de ficar rígido e sustentar uma ereção adequada para a penetração) ocorre com maior frequência nos homens com diabetes do que em outros homens na mesma idade, isto ocorre devido a neuropatia diabética (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

De acordo com Carvalho e Duarte (2002), a disfunção sexual atinge 40 a 50% dos indivíduos diabéticos com 10 anos de evolução, mas pode também manifestar-se logo após o diagnóstico. Este é um problema que afeta a qualidade de vida e as relações estabelecidas, mas que pode usufruir de intervenções eficazes na sua resolução, seja a nível psicológico, ou a nível farmacológico. É fundamental que se crie um ambiente terapêutico que proporcione um diálogo franco, isento de juízos de valor, que permita ao diabético e ao profissional de saúde abordar este assunto com naturalidade e encontrar as soluções mais indicadas para cada caso.

O último domínio é o sobre o meio ambiente e engloba as seguintes facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Este domínio tem grande importância na percepção da qualidade de vida. Segundo Chepp (2006) resultados positivos neste domínio indicam que a qualidade de vida esta adequada. Existe uma relação direta entre a QV e as condições ambientais que permitam os comportamentos biológicos, sociais e psicológicos.

No grupo G1 a média foi 58,84, máxima de 81 e mínima de 31, o desvio padrão das respostas foi de 14,30 e maior entre as mulheres ($dp=15,00$) do que entre os homens ($dp= 13,42$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 50 e a mediana (56) representa

que metade da população esta abaixo do escore médio geral. Enquanto isto, no grupo G2, a média foi 57,96, sendo a máxima 81 e a mínima de 38, o desvio padrão foi bem menor do que no grupo G1, 9,75 e maior entre as mulheres (dp= 10,13) do que entre os homens (dp= 10,07). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 50. A mediana (63) é maior que o grupo G1.

QUADRO 6 - Questões gerais 1 e 2 dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes e não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados em G1 e G2, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012.

Questão Geral 1: Como você avalia sua qualidade de vida?				
	Grupo G1	%	G2	%
Muito Ruim	0	0%	0	0%
Ruim	3	12%	3	12%
Nem ruim e nem boa	5	20%	15	60%
Boa	14	56%	6	24%
Muito Boa	3	12%	1	4%
Questão Geral 2: Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?				
	Grupo G1	%	G2	%
Muito insatisfeito	1	4%	1	4%
Insatisfeito	12	48%	11	44%
Nem satisfeito e nem insatisfeito	4	16%	6	24%
Satisfeito	6	24%	7	28%
Muito satisfeito	2	8%	0	0%

Fonte: Pesquisa direta: Espíndola, B. C., Coleta de dados através de análise documental do questionário sobre qualidade de vida WHOQOL (Bref) , HUAP, Niterói, out-2011 a mar-2012.

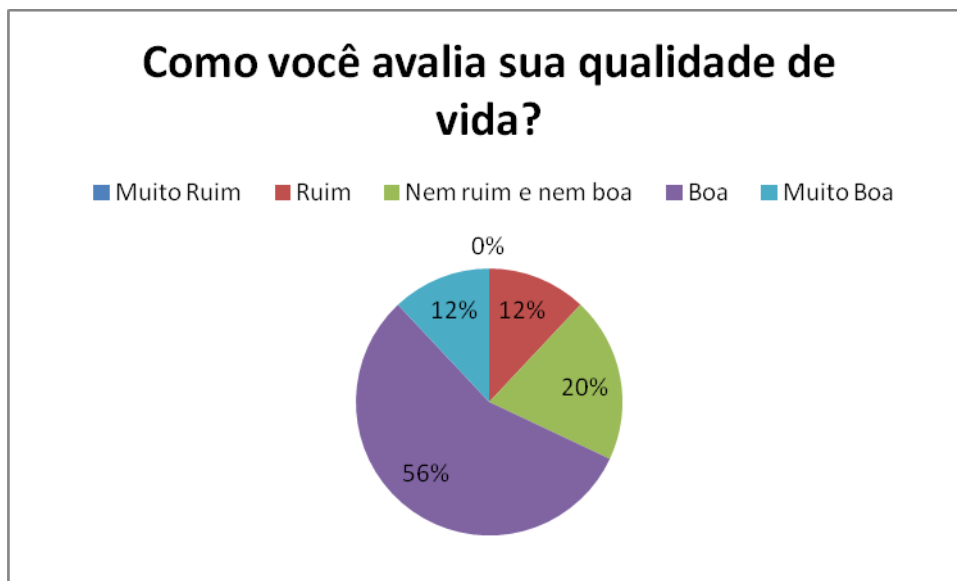


Figura 13 – Questão geral 1 dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde (grupo G1) do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

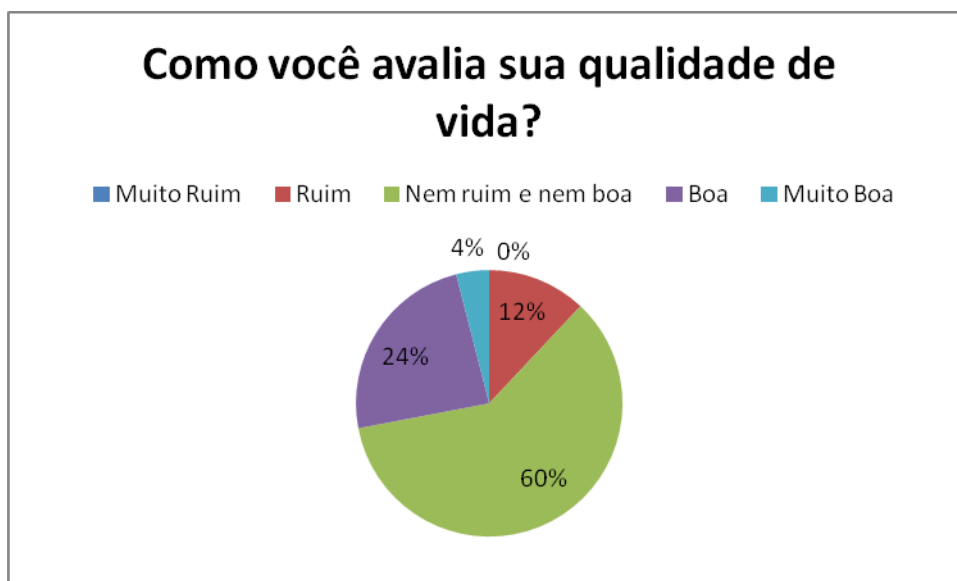


Figura 14 – Questão geral 1 dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde (grupo G2) do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

Em relação às duas questões gerais, a primeira fala a respeito de “como você avalia sua qualidade de vida”. No grupo G1 a resposta prevalente vem sendo a QV considerada BOA (56%) e no Grupo G2 sendo a QV NEM RUIM E NEM BOA (60 %).

A segunda questão geral pergunta sobre “quão satisfeito você está com a sua saúde”. Tanto o primeiro grupo (48%), quanto o segundo (44%) responderam que estavam INSATISFEITOS.

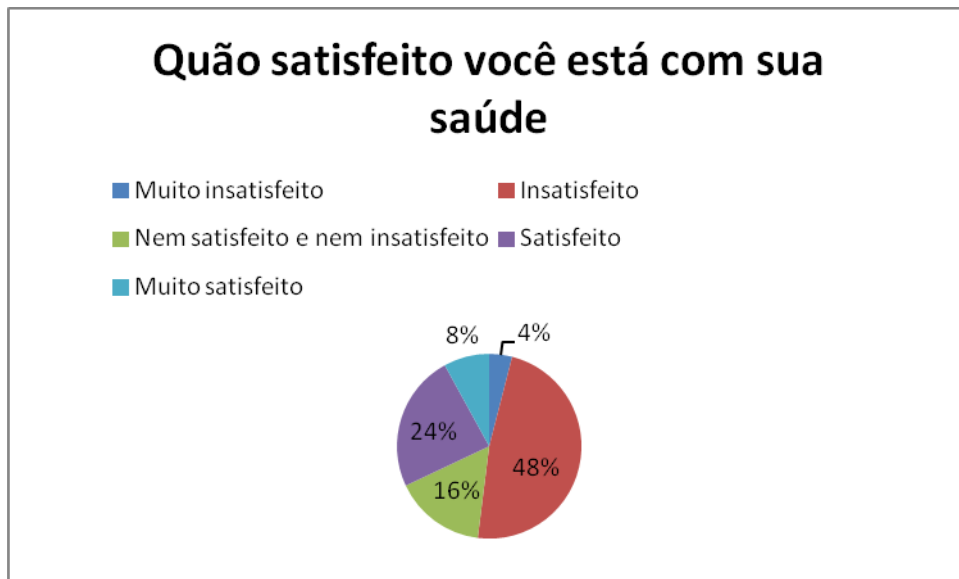


Figura 15 – Questão geral 2 dos pacientes diabéticos tipo 2 participantes do grupo educativo em saúde (grupo G1) do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

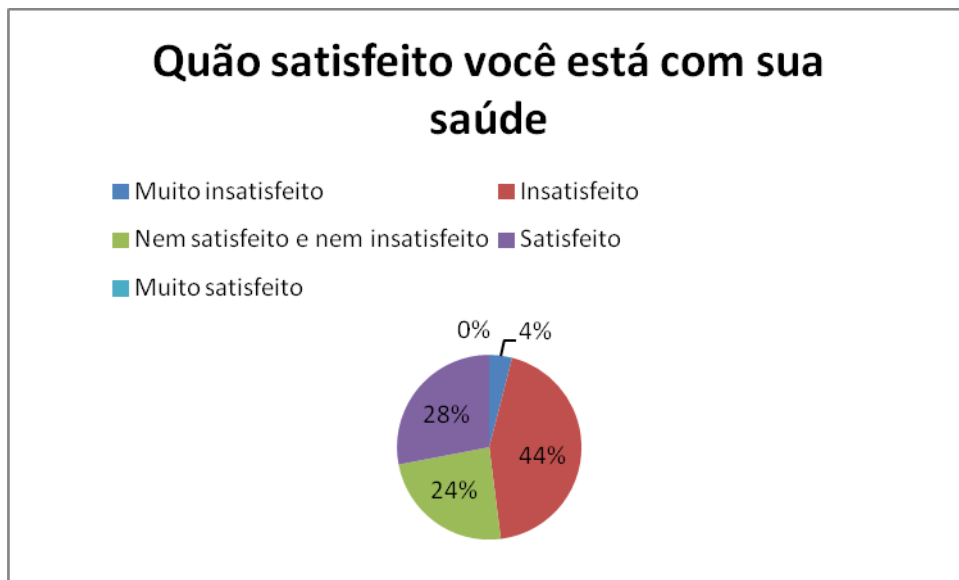


Figura 16 – Questão geral 2 dos pacientes diabéticos tipo 2 não participantes do grupo educativo em saúde (grupo G2) do HUAP/UFF. Niterói, 2012.

A auto-percepção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença. Os dados coletados indicam que há necessidade da realização de estudos, que identifiquem os fatores responsáveis pela percepção negativa quanto à condição de saúde.

Expressão das condições objetivas de vida, a saúde é a melhor indicação de sua qualidade. Saúde e cidadania são faces da mesma moeda. Conquistam-se de forma indissociável. O principal instrumento de luta pela conquista da cidadania é a consciência dos determinantes e condicionantes da saúde como adjuvante da qualidade de vida (ABRASCO/CEBES, 1992).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos que nortearam esta pesquisa foram atingidos, uma vez que descrevemos a qualidade de vida de pessoas que vivem com Diabetes Mellitus tipo 2, que participam e a que não participam do programa “Educação em Saúde com diabéticos: Uma Realidade no HUAP/UFF”. Em seguida analisamos a contribuição da educação em saúde na qualidade de vida deste grupo populacional específico e comparamos o impacto da participação em programas educativos na qualidade de vida dos sujeitos, por meio dos escores que medem este índice. Acreditamos que conseguimos clarear algumas questões ao finalizar esta pesquisa, o que nos permitiu chegar às seguintes considerações finais.

Em relação aos dados sócio-demográficos, a pesquisa evidencia alguns achados encontrados na maioria dos estudos realizados nos serviços de atenção primária à saúde que envolve determinada população de ambos os sexos, nas quais o predomínio do sexo feminino é consideravelmente maior do que o sexo masculino. Tal fato é evidenciado por questões econômicas, culturais e sociais. Outro achado importante diz respeito ao estado civil. A maioria dos sujeitos que buscam pelo serviço de saúde são casados ou possuem um companheiro (a), evidenciando assim a importância das relações estáveis e da família para se ter um maior vínculo e compromisso com sua saúde.

Desta forma, observa-se que a respeito da vulnerabilidade masculina, há um aumento das taxas de morbimortalidade, onde o homem, diferentemente das mulheres, não busca os serviços de atenção primária com tanta frequência quanto as mulheres e que a família é importante nos cuidados de saúde, por possibilitar uma motivação mais concreta, o reconhecimento de doenças, a busca de atendimento médico, o incentivo para o autocuidado, o apoio emocional e o fortalecimento da auto estima.

A idade média dos sujeitos da investigação evidencia uma população idosa (grupo G1), ou próxima desta fase (grupo G2), a qual muitas vezes já possui uma doença concomitante, além das alterações fisiológicas e características do envelhecimento. Diante disto, percebemos que se trata de um grupo populacional propício ao aparecimento de complicações, além da diminuição da qualidade de vida. Devido a diversos fatores como os apresentados na pesquisa, envolvendo o tipo de diabetes,

uso de insulina, administração do hormônio, conhecimento sobre a patologia, hábitos de vida como alimentação saudável e a prática de exercícios físicos, dentre outros.

Ao analisar e comparar os dois grupos estudados, notamos que o grupo participante das consultas de enfermagem desenvolvidas no ambulatório do HUAP/UFF possui um maior conhecimento em relação a estes aspectos, o que corrobora a importância da implementação e desenvolvimento de práticas educativas.

A literatura afirma que a educação em saúde esta inserida em um âmbito de conhecimento que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre condição de vida e trabalho e entre saúde e doença. A educação em saúde com pessoas que vivem com DM é relevante para o seu tratamento, visto a contribuição que ela exerce na informação, na reflexão e na crítica, não se limitando a questões relativas à patologia, mas ampliando para questões mais abrangentes e contextuais, favorecendo assim a melhoria desta QV.

Além destes hábitos e conhecimentos especificados anteriormente, o grupo participante deste trabalho educativo em saúde também apresenta menor incidência de complicações crônicas e/ou agudas, frequentes entre os diabéticos. Notamos assim, uma íntima relação das variáveis analisadas entre dados clínicos e educação em saúde.

Uma outra observação encontrada no campo de pesquisa, foi que os pacientes são encaminhados para as consultas de enfermagem pelos endocrinologistas. Estes indivíduos foram encaminhados devido a algum agravante, enquanto muito dos sujeitos que não participam das consultas de enfermagem desconheciam a existência dessas consultas, assim como o programa educativo.

A partir deste fato levantamos duas reflexões: a primeira é que os indivíduos que foram encaminhados para a consulta de enfermagem já possuíam um certo “prejuízo” na sua qualidade de vida devido as variáveis que motivaram o encaminhamento. Mesmo assim verificou-se que a consulta de enfermagem que integra o programa educativo proporcionou uma melhoria da QV a ponto dos escores serem maiores no grupo G1 do que no grupo G2; a segunda reflexão é que se todos os sujeitos com DM fossem encaminhados para a consulta de enfermagem, independente de ter um agravante ou não, haveria uma maior possibilidade de melhora nesta QV.

Neste sentido, chegamos a conclusão que há uma necessidade de maior integração entre esses dois serviços do ambulatório do HUAP/UFF, para que todas as pessoas que vivem com DM, com ou sem agravantes possam ser encaminhados e atendidos nas consultas de enfermagem e participar do programa educativo. Ressaltamos também a importância do aprimoramento destes serviços e da

maior disponibilidade de recursos físicos e materiais, além de um número adequado de profissionais capacitados que atendam esta demanda específica.

A Organização Mundial de Saúde reconhece que é necessário que o indivíduo com Diabetes Mellitus se reoriente em relação a habilidades de autocuidado, favorecendo o equilíbrio da glicemia. Esta instituição também reconhece que quanto maior o acesso a informação e ao conhecimento maior será a capacidade do cliente de realizar uma ação de maneira competente e eficaz, adotando medidas que lhe permita, por exemplo, a adoção de uma nutrição saudável e a prática de atividade física rotineira.

Na pesquisa em tela ficou demonstrado que a alimentação adequada e a prática de exercícios físicos é mais prevalente no grupo que participa do trabalho educativo em saúde, porém, ainda assim, a quantidade de sujeitos que realizam tais atividades é pequena. Percebemos por meio do estudo e da literatura consultada que a alimentação e o exercício parecem ser os aspectos do tratamento que os diabéticos apresentam maior dificuldade em integrar na sua vida diária.

A avaliação da qualidade de vida vem se tornando cada vez mais utilizada para medir o impacto de agravos na vida dos indivíduos. Sabemos que o Diabetes Mellitus Tipo 2 é uma doença crônica, com morbi-mortalidade elevada e que acarreta prejuízos na QV. A análise final do questionário sobre o índice de qualidade de vida foi bastante esperada pelas pesquisadoras, a fim de compreendermos melhor a qualidade de vida nesta população, assim como, e se os indivíduos com DM que participam do trabalho educativo, possuem maior nível de qualidade de vida em comparação com os que não participam, exatamente para compreender a eficácia da educação desenvolvida pelas enfermeiras no Grupo dos Diabéticos do HUAP.

Os resultados encontrados na pesquisa foram satisfatórios, pois demonstraram que as pessoas que são acompanhadas nas consultas de enfermagem tiveram um maior escore médio de qualidade de vida na maioria dos domínios em comparação com o grupo que nunca havia participado das consultas de enfermagem.

O maior escore do Grupo G1 foi relativo ao Domínio Relações Sociais, enquanto no G2 a maior pontuação foi relativa ao Domínio Psicológico. De forma geral, o Grupo G1 obteve maiores escores na maioria dos domínios. Isso demonstra que, para o grupo G1 os aspectos que envolvem as relações sociais são os que contribuíram mais positivamente para a QV dos entrevistados, enquanto as questões psicológicas tiveram maior ênfase na avaliação da QV do grupo G2.

Desta forma, embora os indivíduos com DM possam já possuir um certo prejuízo quanto a sua qualidade de vida, notamos que a educação em saúde contribui como uma das tecnologias assistências em saúde que favorece a melhora da QV. Finalmente, podemos dizer que a prática

educativa em saúde incentiva a participação social, contribuindo para que os problemas de saúde possam ser compreendidos para além do âmbito individual, buscando soluções em um universo mais amplo.

OBRAS CITADAS

ABRASCO/CEBES. Saúde é qualidade de vida. ABRASCO/CEBES. Rio de Janeiro/ Brasília1992, 32p.

ADA. American Diabetes Association. *Guia prático clínico da diabetes 2005*. Normas de Educação em diabetes. Recomendações práticas clínicas. Carnaxide, Bayer Portugal SA, Divisão Diabetes Care, Diabetes Care, 25, 2005.

AGUIAR, Carlos Clayton Torres et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo: v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.

BEVILACQUA, Fernando et al. *Fisiopatologia Clínica*. 5 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

BRASIL. *Atenção Básica Hipertensão e Diabetes*. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hi.php>>. Acesso em: 25 abril 2011.

BRASIL. Constituição Federal 1988, art. 196. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Política Nacional de atenção integral a saúde do homem. Secretaria de atenção a saúde. Brasília, 2008.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; GAMBÁ, Mônica Antar. *Enfermagem e saúde do adulto*. São Paulo: Manole, 2006. 299 p.

BRITO, MMS. Tratamento do diabetes mellito tipo 1. In: Coronho V, Petroianu, Eds. Tratado de endocrinologia e metabologia e cirurgia endócrina. P. 935-938, 2001.

BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 2038 p.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade e vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 24, n. 1, p. 4-5, 2008.

CARVALHO, Mamede de; DUARTE, Rui. Neuropatia diabética. In: Duarte, R. Diabetologia Clínica. 3ª Ed. Lisboa, 2002.

CARVALHO, MCB. O lugar da família na política social. In: Carvalho MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002.

CHEPP, Camila Cecin. Estudo transversal da qualidade de vida através da escala WHOQOL (Bref) da população octogenária e nonagenária de Siderópolis. Criciúma, 2006, 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2006.

CORREIA, Carla Susana Lopes. Adesão e gestão do regime terapêutico em diabetes tipo 2 – o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem. Lisboa, 2007, 236 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta Lisboa, Lisboa, 2007.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência a saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. . *Rev. Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 5, n. 1, p. 32-38, 2000.

FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 19 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

GARNELO, Luiza. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 24, n. 12, p. 2986-2988, 2008.

GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. *Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 12 maio 2011.

GUIMARÃES, Fernanda Pontin de Mattos; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Nutrição*. Campinas: v. 15, n. 1, 2002.

INOUYE, Keika et al. Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto: v. 18, n. 1, p. 26-32, 2010.

KAWAKAME, Patrícia Moita Garcia; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Rev. Escola de Enfermagem USP*, São Paulo: v. 39, n. 2, p. 164-172, 2005.

LAURENTI, Ruy et al. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Rev. Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LEITE, Maria Madalena Januário et al. *Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora*. São Paulo: Difusão, 2010. 87 p.

LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto: v. 26, n. 2, p. 177-183, 2008.

MAIO, Frederico; ARAUJO Levimar. Projeto “Diabetes Weekend” proposta de educação em Diabetes Mellitus tipo 1. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo: v. 46, n. 5, 2002.

MENDONÇA, Geysa de Freitas. *Ação educativa nos serviços básicos de saúde*. Mimeogr, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e Colaboradores. Qualidade de vida: um debate necessário. *Rev. Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUTIERREZ, Denise Machado Duran. Produção de conhecimento de cuidados da saúde no âmbito da família. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; v. 15, n. 1, 2010.

MIRANDA, P. A. C., REIS, R. Diabetes Mellitus Gestacional. *Rev. Assoc. Med. Bras*. São Paulo: v. 54, n. 6, p. 477-480, 2008.

MICHELONE, Adriana de Paula Congro; SANTOS Vera Lúcia Conceição Gouveia. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e em ostomia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo: v. 12, n.6, p. 875-883, 2004.

MORAES, M. C. *O paradigma educacional emergente*. 3 ed. Campinas: Papirus, 1999.

NARDI, Aguinaldo et al. Primeiro estudo epidemiológico sobre Câncer de pênis no Brasil. *International Braz J Urol*, Rio de Janeiro: v. 34, n. 5, p. 1-7, 2008.

NUNES, Maria. Apoio social na diabetes. *Rev. Millenium do ISPV*. v. 31, 2005.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto: v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida: WHQOL. Coordenador Fleck, M.P.A. Porto Alegre, 1998.

PADILHA Maria Itayra Coelho de Souza; SOUZA Lúcia Nazareth Amante de. Qualidade de vida – reflexão de enfermeiras. *Rev. Texto Contexto Enfer*. Florianópolis: v. 8, n. 3, p. 11-26, 1999.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiq. Clín*. v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo, 2000, 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PASTORE, Mariana. Relações sociais aumentam expectativa de vida. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/773628-relacoes-sociais-aumentam-expectativa-de-vida.shtml>> Acesso em: 07/05/2012.

PEREIRA Maurício Gomes. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 127 p.

PINTO, A. T. et al. Estudos transversais. Serviço de bioestatística e informática médica. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 1998.

POLIT, Denise et al. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 5ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POTTER, Patricia Ann. *Fundamentos de Enfermagem*. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1480 p.

RABELO Samara Eliane; PADILHA Maria Itayra Coelho de Souza. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. *Rev. Texto Contexto Enferm*. Florianópolis: v. 8, n. 3, p. 250-262, 1999.

RAMOS, Ana Tereza de Abreu; CREPALDI, André Luiz. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J. Pneumologia*. v. 26, n. 4, p. 207-213, 2000.

SABÓIA, Vera Maria. *A mão dupla do poder: a enfermeira e os idosos no grupo dos diabéticos do HUAP-UFF*. Niterói: EdUFF, 1997. 115 p.

SABÓIA, Vera Maria; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos. *Rev. de Enfermagem Referência*. Granada: III Série, n. 2, p. 17-26, 2010.

SABÓIA, Vera Maria. *Educação em saúde: a arte de talhar pedras*. Niterói: Intertexto, 2003. 134 p.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SCHAAN, Beatriz D'Agord et al.. *Perfil cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada*. Revista de saúde pública. Vol. 38, n. 4. São Paulo, 2004.

SIMIM, Mario Antonio de Moura; MELLO, Marco Túlio. A percepção de qualidade de vida de clínica médica no exercício e no esporte: pessoas portadoras de deficiência física podem ser influenciadas pela prática de atividade física? *Rev. Brás. Med. Esporte*. Niterói: v.15, n. 3, p. 174-178, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Outros Tipos de Diabetes. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/tipos-de-diabetes/127-outros-tipos-de-diabetes>> Acesso em: 10/01/2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diabetes Mellitus Gestacional. *Rev. Assoc. Med. Bras*. São Paulo: v. 54, n. 6, p. 477-480, 2008.

SPIRDUSO, Waneen Wyrick. *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole, 2005.

TAMAI, Silvia Affini Borsoi. Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos. São Paulo, 2010, 158 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TEIXEIRA, Enéas Rangel et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro: v. 10, n. 3, p. 378-384, 2006.

TEIXEIRA, Elizabeth. *As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. 5ªed. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2008.

TORRES, Heloisa de Carvalho et al. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.19, n.4, 2003.

TORRES, Heloísa de Carvalho; PEREIRA, Flávia Rodrigues Lobo; ALEXANDRE Luciana Rodrigues. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Esc. Enf. USP*. São Paulo: v. 45, n. 5, p. 1077-1082, 2010.

YIN, Robert. *Estudo de caso- planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.

VALLA, Victor Vincent, STOLZ, Eduardo Navarro. *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994.

VOLICH, Rubens Marcelo. O cuidado e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. Disponível em:
<http://www.estadosgerais.org/gruposvirtuais/volich_rubenso_cuidar_e_o_sonhar.shtml> Acesso em 07/05/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHOQOL-BREF; Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996.

ZAMANILLO, Teresa. *Trabajo social com grupos y pedagogia ciudadana*. Ed. Síntesis. Madri: 2008.

OLIVEIRA, Beatriz Marques de et al. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. *Rev. Bras. Enfermagem*. Brasília: v. 64, n. 1, p. 130-135, 2011

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Educação em saúde: experiência de avaliação em uma disciplina na pós-graduação. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. v. 12, n. 4, p. 775-779, 2010. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a26.htm>>. Acesso em: 15 maio 2011.

OBRAS CONSULTADAS

ARÔCA, Sandra Regina Soares. *Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do “Sofrimento dos Nervos” em mulheres*. Rio de Janeiro, 2009. 131 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 23, m. 1, p. 244-246, 2007.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. *Ed. Vozes*. Rio de Janeiro: 1999.

CATTAI, Glauco Barnez Pignata et al. Qualidade de vida em pacientes com Insuficiência Renal Crônica – SF-36. *Ciênc Cuid Saúde*. v. 6, n. 2, p. 460-467, 2007.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti et al. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Ribeirão Preto: v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.

DYNIWICZ, Ana Maria. *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. São Caetano do Sul: Difusora Editora, 2007.

FREITAS, Clara Maria Silvestre Monteiro de et al. Tempo livre e lazer na juventude noronhense: influência na qualidade de vida e implicações sociais. *Rev. Bras. Ciên. e Mov*. v. 15, n. 1, p. 7-15, 2007.

GARBIN, Lívia Maria et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes portadores de Hemofilia. *Ciênc. Cuid. Saúde*. v. 6, n. 2, p. 197-205, 2007.

KAWAKAME, Patrícia Moita Garcia; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. São Paulo: v. 39, n. 2, p. 164-172, 2005.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellituse hipertensão, acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Rev. Texto Contexto Enferm*. Florianópolis: v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

LIMA, Margareth Guimarães et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, avaliada com o uso do SF-36 em estudos de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 25, n. 10, p. 2159-2167, 2009.

OLIVEIRA, Beatriz Marques de et al. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. *Rev. Bras. Enfermagem*. Brasília: v. 64, n. 1, p. 130-135, 2011

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Educação em saúde: experiência de avaliação em uma disciplina na pós-graduação. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. v. 12, n. 4, p. 775-779, 2010. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a26.htm>>. Acesso em: 15 maio 2011.

APÊNDICES

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS/ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM E ADMINISTRAÇÃO**

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo:___ Estado civil: _____ Religião _____
Escolaridade: _____ (em anos) Ocupação: _____ Remuneração () menos de 1 salário () 1 salário
() 2 salários () 3 salários ou +
Endereço: _____
Mora sozinho: () Sim () Não
Ano do Diagnóstico da doença: _____
Forma de admissão no grupo: () EMERG. () AMBULAT. () OUTROS : _____

II – DADOS CLÍNICOS

Participa de programa educativo: () Sim () Não Quanto tempo participa: _____
Motivo de permanência ou não participação _____
Presença de complicações: () Sim () Não Quais _____
Doenças associadas _____

Conhecimento da doença

- Você sabe o que é Diabetes Mellitus? () Sim () Não
- Compreende que o Sedentarismo, Obesidade, Fatores genéticos colaboram para o agravamento da doença? () Sim () Não
- Faz uso de Insulina? () Sim () Não
- Sabe Administrar? () Sim () Não
- Conhece o Rodízio? () Sim () Não
- Conhece a maneira de conservar e usar os materiais? () Sim () Não

Hábitos de vida

- Segue dieta () Sim () Não
- Relate a alimentação realizada
- É Obeso? () Sim () Não
- Ingesta hídrica (em copos) _____
- Fuma? () Sim () Não Quanto tempo: _____
- Fumava () Sim () Não Quanto tempo: _____
- Pratica exercícios Físicos? () Sim () Não
- Ingere bebida Alcoólica? () Sim () Não Quanto tempo: _____
- Usava bebida alcoólica: () Sim () Não Quanto tempo: _____
- Eliminações intestinais (frequência e características) _____
- Eliminações vesicais (frequência e características) _____

Valores glicêmicos, pressóricos e peso

HGT: _____
PA: _____
Peso: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do projeto: Comparação da qualidade de vida de pessoas diabéticas tipo 2 participantes e não participantes de trabalho educativo em saúde_WHOQOL (Bref)

Pesquisador responsável: Profª Drª Vera Maria Sabóia

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato: (21) 99764275

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos RG: _____

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa : “Comparação da qualidade de vida de pessoas diabéticas tipo 2 participantes e não participantes de trabalho educativo em saúde_WHOQOL (Bref)”, de responsabilidade do pesquisador Profª Drª Vera Maria Sabóia. O objetivo da pesquisa é 1) Analisar a qualidade de vida da população acometida por Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos no serviço ambulatorial do HUAP/UFF; 2) Comparar a relação entre participação em programas educativos e qualidade de vida. Apresenta como justificativa a contribuição no desenvolvimento de técnicas e tecnologias em saúde enfocando os cuidados aos usuários diabéticos tipo 2, prevenindo complicações e operacionalizando o processo de trabalho da enfermeira no que se refere à prática de ensino e do cuidado voltado para melhoria da qualidade de vida por meio da construção de propostas clínicas de cuidado voltados para clientela diabética. Será aplicado um questionário que mede a qualidade de vida do cliente diabético e um questionário clínico-demográfico para a obtenção dos dados necessários. Caso necessite, poderão ser marcados encontros para respostas ou esclarecimentos de qualquer dúvida acerca da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e/ou revistas científicas. A retirada do consentimento e permissão de realização do estudo pode ser feita a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos. Será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas á privacidade do participante da pesquisa. Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo representante legal do sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Eu, _____, RG nº _____,

Declaro ter sido informado e concordo com minha participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____.

(entrevistado)

(responsável por obter o consentimento)

(testemunha)

(testemunha)

ANEXOS

ESCALA WHOQOL (Bref)

WHOQOL - ABREVIADO Versão em Português ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** .

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim e nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita sua vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim e nem boa	Boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais(amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**
Representante Comunidade Científica

CEP CMM/HUAP nº 274/11

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos
Faculdade de Medicina - Depto Radiologia

CAAE: 0287.0.258.000-11

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal
Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia

Renato Augusto M. Sá / Selma Maria A. Sias
Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP
A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva
Faculdade de Medicina - Depto Patologia

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal
Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

Sr.(a) Pesquisador(a)

José Carlos Carraro Eduardo
Faculdade de Medicina - Repr. Colegiado

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio
A.Senna
Instituto de Saúde da Comunidade

Informo a V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Sérvio Túlio / Rogério Dultra
Faculdade de Direito

Ana Paula Black Veiga
Hospital Universitário Antônio Pedro

Rosângela Arrabal Thomaz
Faculdade de Medicina

José Plácido / Lígia Lobato
Representantes da Comunidade Usuária

Título do Projeto:
"COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS DIABÉTICAS TIPO 2 PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE TRABALHO EDUCATIVO EM SAÚDE_ WHOQOL (Bref)

Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho
Faculdade de Odontologia

Pesquisador Responsável:
Vera Maria Sabóia de Souza Mota

Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias
Faculdade de Farmácia

Denise Mafra / Daniele M. Ferreira
Faculdade de Nutrição

Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos
Faculdade de Enfermagem

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):
Beatriz Carvalho Espíndola.

Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski
Faculdade de Biologia

Data: 07/10/11

Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima
Escola de Serviço Social

Parecer: Aprovado

Luís Antônio C. Ribeiro / Antônio Amaral Serra
Instituto de Ciências Sociais - Depto Filosofia

Abrahão Santos / Elton H. Matsushima
Instituto de Ciências Sociais - Depto Psicologia

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca
Instituto de Matemática

Atenciosamente,

H Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

Renato A. Moreira de Sá
CRM 5251923-2

