



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

RAÍSSA LIMA TOSCANO

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR DIABÉTICOS TIPO 2 EM
MUNICÍPIO DA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE
2019**

RAÍSSA LIMA TOSCANO

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR DIABÉTICOS TIPO 2 EM
MUNICÍPIO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) da
Universidade Estadual da Paraíba, apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
bacharel em Odontologia.
Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Renata de Souza Coelho Soares

**CAMPINA GRANDE
2019**

T713u Toscano, Raíssa Lima.
Utilização dos Serviços de Saúde por diabéticos tipo 2 em município da Paraíba [manuscrito] / Raíssa Lima Toscano. - 2019.
36 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares, Departamento de Odontologia - CCBS."
1. Diabetes mellitus. 2. Serviços de Saúde. 3. Qualidade de vida. I. Título

21. ed. CDD 616.462

RAÍSSA LIMA TOSCANO

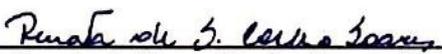
UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR DIABÉTICOS TIPO 2 EM MUNICÍPIO
DA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) da
Universidade Estadual da Paraíba, apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
bacharel em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: 11 / 06 / 19.

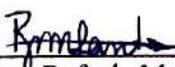
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Renata de Souza Coelho Soares (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Dra. Raquel Christina Barboza Gomes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Dra. Bruna Rafaela Martins dos Santos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus que não permitiu que eu desistisse durante a caminhada, dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua infinita misericórdia e amor, que não permitiu que eu desistisse dessa caminhada quando inúmeras vezes me senti incapaz. Por ter me mostrado que Seus planos são maiores que os meus e que quando estou fraco, então sou forte porque Ele está comigo.

À minha mãe, Virgem Maria, que me acolheu e sobre mim colocou seu mando divino. Abriu caminhos, portas e corações, passou na frente de todos os problemas e angústias. Me amou e eu pude sentir seu amor.

Aos meus pais, Cléo e Ricardo, a quem sou imensamente grata pelo amor e dedicação todos os dias da minha vida. Sem eles, eu não teria sido capaz de chegar até aqui, de alcançar sonhos. Se hoje tenho valores que levarei por toda minha vida é porque eles foram meus exemplos de perseverança, justiça, sinceridade e caridade.

Aos meus avós maternos, Lia e Zé Pirrita, que também são meus pais e me criaram. Contribuíram para minha educação e formação pessoal, me ensinaram sobre respeito, acolhimento, doação e gratidão. Que Deus os permita uma longa vida e assim eu possa retribuir tudo o que fizeram por mim.

Aos meus amigos que me acolheram na UEPB e estiveram comigo nessa longa jornada, amenizando as dores e colocando sorrisos em meu rosto quando a dor parecia insuportável. Obrigada Larissa, Fernanda, Rodrigo, Diogo, Carol Rêgo, Samia, Kelly, Flávia, Gabi, Carol Araújo, Camila, Arthur, Matheus, Isabelle e Ohanna. Agradeço especialmente à minha dupla, Fernanda, que esteve ao meu lado, me apoiando e ajudando, nas clínicas, que aprendeu a lidar comigo e se doou em todos os momentos. Aos meus dois grandes amigos Alequine e Tayná, a quem sou imensamente grata pela amizade e companheirismo por toda vida.

Ao meu melhor amigo e namorado, Mateus, que é reflexo do amor de Deus por mim. Não há palavras pra agradecer por tudo que tens feito, pelo amor e doação, pelas palavras que acalentavam meu coração quando eu me via perdida, sem rumo. Obrigada pelo apoio e por acreditar em mim quando eu não me sentia capaz, pelos sonhos compartilhados e por me ensinar a enxergar a vida com mais leveza e menos preocupação.

Aos meus professores que tanto se dedicaram para minha formação, não medindo esforços para me ajudar. Obrigada Bruna, Raquel, Edja, Ramon, Ana Flávia, Jacinta, Kátia, Robeci, Lorena, Criseuda, Pollianna, João Paulo, Ana Isabella, Renata Rocha, Alessandro, Julierme, Francineide, Darlene, Daliana, Jozinete, Denise, Daniela e Karla.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Renata Coelho, que me acolheu e me deu a oportunidade de somar à pesquisa. O sentimento de gratidão é imenso, não somente pela orientação, mas também pelo amoroso e compreensivo tratamento que teve comigo desde o início da nossa parceria. A relação professora – aluna se tornou uma relação de amizade, onde me espelho e a admiro pelas suas inúmeras características.

Ao meu grupo de pesquisa, Waleska e Carol Araújo, que me acolheram com carinho e ajudaram a concluir mais essa etapa na graduação.

Aos funcionários da UEPB e do bloco de Odontologia que facilitaram a vivência dentro da instituição. Obrigada Mariana, Christofer, Alessandro, Thiago, Pequena, Clécia, Rejane, Alexandre, Ângela, Geórgia, Cris, Marta, Edna e ao pessoal do apoio e limpeza.

“O futuro pertence àqueles que acreditam na
beleza de seus sonhos.” - Eleanor Roosevelt.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde	16
----------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos portadores de diabetes de acordo com características sócio econômicas e demográficas. Patos, Paraíba, Brasil, 2018	19
Tabela 2 -	Distribuição dos portadores de diabetes de acordo com as variáveis tempo de diagnóstico do DM, número de complicações e tratamento realizado. Patos, Paraíba, Brasil, 2018	20
Tabela 3 -	Uso dos serviços de saúde público e privado com ou sem regularidade	20
Tabela 4 -	Escores de cada dimensão do questionário D-39 para avaliar o nível de impacto do diabetes na qualidade de vida	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	MÉTODOS	17
3	RESULTADOS	19
4	DISCUSSÃO	21
5	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS	24
	ANEXO 1	28
	APÊNDICE 1	32
	APÊNDICE 2	33
	APÊNDICE 3	34

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR DIABÉTICOS TIPO 2 EM MUNICÍPIO DA PARAÍBA

USE OF DIABETES HEALTH SERVICES TYPE 2 IN MUNICIPALITY OF PARAÍBA

Raíssa Lima Toscano*

RESUMO

INTRODUÇÃO: O diabetes é uma desordem metabólica crônica de etiologia múltipla, configurando-se como um problema de saúde pública do século XXI. O entendimento sobre o processo saúde-doença e da utilização dos serviços de saúde são fundamentais para que se possa reduzir as barreiras de acesso e orientar políticas de saúde que promovam a equidade no uso dos recursos e reduzam as vulnerabilidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida portadores dessa alteração sistêmica. **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos diabéticos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de município de médio porte do estado da Paraíba, tipo de serviço de saúde utilizado, bem como o impacto da doença na qualidade de vida do indivíduo. **MATERIAIS E MÉTODO:** Consistiu em um estudo transversal com abordagem quantitativa, envolvendo 43 indivíduos. Para coleta de dados aplicou-se um formulário estruturado contendo informações sócio-demográficas e questões relacionadas ao uso dos serviços de saúde, e aplicação do Diabetes-39 para avaliar a qualidade de vida. A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS 20.0 e os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva. **RESULTADOS:** Grande parte dos entrevistados foi composta por indivíduos do sexo feminino (60,5%), brancos (60,5%) com 60 anos ou mais (76,7%). A maioria não apresentava companheiro (53,5%), de escolaridade média (90,7%) e desempregados (55,8%). Quase metade dos usuários (41,9%) relatou ter tido o diagnóstico de diabetes mellitus entre 6 e 10 anos, apresentando até duas complicações sistêmicas (76,7%) e associavam tratamentos para controle da doença (58%). Utilizavam o serviço público 74,4% dos usuários, e destes, 68,7% o faziam com regularidade. Quanto ao impacto do diabetes na qualidade de vida, verificou-se que as dimensões mais afetadas foram: ansiedade e preocupação (média = 36,14; DP = 24,53) e energia e mobilidade (média = 34,94; DP = 24,78). **CONCLUSÕES:** Os resultados evidenciaram que a maioria dos participantes, mulheres idosas, sem companheiro e desempregadas, eram usuários dos serviços públicos de saúde e o faziam com regularidade, e o diabetes causava ansiedade e preocupação, ainda afetava sua energia e mobilidade. Grande parte destes usuários apresentava até duas complicações sistêmicas e relatou associarem tratamento medicamentoso e dieta para controle da doença.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus. Serviços de Saúde. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Diabetes is a chronic metabolic disorder of multiple etiology, becoming a public health problem of the 21st century. The knowledge of health-disease process and of health services utilization are fundamental for reducing barriers to health access and to guide

* Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: raissaltoscano@gmail.com

health policies that promote equity in the use of resources and reduce vulnerabilities, contributing to the improvement of quality of life with this systemic disease. **OBJECTIVE:** To characterize the socio-demographic profile of diabetic patients assisted by family health strategy of a medium-sized municipality in Paraíba state, the type of health service used, as well as the impact of the disease on the quality of life of the individual. **MATERIALS AND METHOD:** It consisted of a cross-sectional study with a quantitative approach involving 43 individuals. For data collection, a structured form containing socio-demographic information and questions related to the use of health services was applied and the application of Diabetes-39 to assess the quality of life. Data analysis was performed using the statistical software SPSS 20.0 and the results were presented through descriptive statistic (absolute and percentage frequencies). **RESULTS:** The prevalence of female (60.5%), white (60.5%) with 60 years or more (76.7%) was evidenced. The majority had no partner (53.5%), average schooling (9.7%) and unemployed (55.8%). Almost half of users (41.9%) reported having had a diagnosis of DM between 6 and 10 years, presenting up to two systemic complications (76.7%) and associating treatments for disease control (58%). 74.4% used the public service, and of these, 68.7% did so on a regular basis. Regarding the impact of diabetes on quality of life, the most affected dimensions were: anxiety and worry (mean = 36.14, SD = 24.53) and energy and mobility (mean = 34.94, SD = 24.78). **CONCLUSIONS:** Results showed that the majority of the participants, elderly women, unmarried and unemployed, were users of public health services and did so regularly, and diabetes caused anxiety and concern, affecting their energy and mobility. Most of these users had two systemic complications and reported associate drug treatment and diet for disease control.

Keywords: Diabetes Mellitus. Health Services. Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser conceituado como uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por quadros de hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas, resultantes de defeitos na produção, excreção, mecanismo de ação da insulina e/ou por uma combinação destes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; SEINO et al, 2010).

Os indivíduos com diabetes podem ou não manifestar ao longo da vida sinais e sintomas como poliúria (produção excessiva de urina), polidipsia (sede excessiva) e polifagia (apetite excessivo), além de prurido, fraqueza e fadiga. Contudo, como resultado da doença, são mais propensos as complicações sistêmicas retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronária, doença arterial dos membros inferiores, hipertensão arterial, doença cerebrovascular, além de manifestações bucais como doença periodontal, candidíase, xerostomia (YAMASHITA et al., 2013; ARTILHEIRO et al, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; ZIMPEL et al, 2018).

Etiologicamente, o DM é classificado em tipo 1, tipo 2, gestacional e outros tipos específicos. O DM tipo 2, é o mais prevalente, envolvendo 90 a 95% de todos os casos diagnosticados da doença (SBD, 2015), caracterizado por uma deficiência insulínica proveniente de uma falha secundária nas células β do pâncreas, possuindo forte componente genético. Seu risco pode aumentar com a idade, falta de atividade física e má alimentação (COSTA, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

O diabetes configura-se como uma das epidemias mundiais do século XXI, traduzindo-se em um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, mas, sobretudo nestes últimos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; COSTA, 2014). Os números referentes à quantidade de diabéticos vêm aumentando em decorrência do crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como, aumento da sobrevida de pacientes com diabetes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; LEAL et al, 2014).

Em todo o mundo, são 415 milhões de pessoas vivendo com diabetes, e a expectativa é que sejam 642 milhões em 2040. O crescimento dos casos tem sido significativamente maior nos países de média e baixa renda, que já concentram 80% da população com a doença. Padrão evidenciado no Brasil, que passou da 8ª posição no ranking dos países com maior prevalência de portadores de diabetes no mundo, para a 4ª posição, do ano 2000 para 2015

(RODRIGUES, 2017) deixando evidente a sua configuração epidêmica e que aponta para uma curva de prevalência crescente (COSTA, 2014).

A política de atenção ao portador de diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e propõe a prevenção da doença, bem como de suas complicações, através do cuidado integral e de maneira resolutiva. Esta política preconiza a realização de ações de promoção e prevenção de saúde, o diagnóstico, bem como a capacitação de profissionais e assistência farmacêutica, para um tratamento eficaz que leve a melhorias nas condições de saúde do indivíduo. As ações de assistência devem ser executadas pelos municípios, sobretudo por meio da rede primária de atenção à saúde (SILVA et al, 2016).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada para reestruturar o modelo assistencial vigente no país, possui particularidades em seu processo de trabalho que visam permitir aos profissionais atuarem mais próximos da comunidade, possibilitando uma maior adesão do público alvo nas atividades que buscam prevenir e controlar as complicações decorrentes do diabetes mellitus (SANTANA; LEONNETE, 2011). Reforça-se ainda a premissa de que a ESF de cada município deve ter suas práticas de educação em saúde e intervenções de acompanhamento às pessoas com Doenças Crônicas não-transmissíveis (DCNT) voltadas à melhoria das condições de vida e saúde destes usuários promovendo assim um cuidado integral (SILVA et al., 2016).

Visando estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção a estes indivíduos no SUS, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Neste Plano, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de estabelecer uma parceria com Estados, municípios e sociedade, que incluía a Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus para a atenção aos portadores desses agravos no SUS, mediante a reestruturação e a ampliação do atendimento básico voltado à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, com ênfase na prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde. Para isso, elaborou um programa, que incluía a atenção farmacêutica, com um sistema de informação em saúde, o Hiperdia, que permitisse ao diagnosticar, prontamente cadastrar, e poder acompanhar e controlar os medicamentos prescritos (SILVA et al., 2010; BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde tem implementado estratégias que envolvem a assistência de indivíduos com doenças crônicas, dentre elas o DM e suas complicações sistêmicas, por meio do cuidado integral de forma resolutiva e com qualidade. Em 2006 foi lançado o Caderno de

Atenção Básica nº 16 e em 2013, o Caderno de Atenção Básica nº 36 que traz conceitos, o panorama atual do DM e o protocolo atualizado, baseado em evidências científicas mundiais, dirigido aos profissionais de saúde da Atenção Básica, sobretudo os das equipes Saúde da Família, que, com ações comunitárias e individuais, puderam informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco através do rastreamento, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica, inclusive medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no auto-cuidado, monitorar o controle, prevenir complicações, gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, promover recomendações e mudanças no estilo de vida, buscando a melhoria de qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013).

Neste contexto, Malta et al. (2015), atentaram para a importância de conhecer a forma na qual os portadores de DCNT, como o diabetes mellitus, utilizam os serviços de saúde, afirmando que tal passo é fundamental para que se possa reduzir as barreiras de acesso e orientar políticas de saúde que promovam a equidade no acesso aos recursos e reduzam as vulnerabilidades.

A avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde para o enfrentamento do diabetes e de suas complicações nos serviços de saúde tem se baseado na análise de vários indicadores (SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006). A fim de que se compreenda a Utilização dos Serviços de Saúde (USS) e qual o seu papel para a melhoria e manutenção da saúde do portador de diabetes é importante lembrar alguns conceitos e apresentar um dos principais modelos de explicação da Utilização dos Serviços de Saúde construído ao longo dos anos.

Os serviços de saúde são estabelecimentos voltados à promoção da saúde do indivíduo, a fim de protegê-lo de doenças e agravos, à prevenção e limitação dos danos a ele causados, além da reabilitação quando a sua capacidade física, psíquica ou social for afetada. Sendo assim, a USS representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, e compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) que os usuários têm com tais serviços, sendo resultante da interação entre fatores como o comportamento dos indivíduos, os serviços disponíveis e os profissionais de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

Há vários modelos de explicação da utilização de serviços de saúde. O modelo proposto por Tanahashi (1978) sugere que utilização refere-se ao serviço e é normalmente expressa pela razão entre o número de indivíduos que utilizou o serviço de saúde e a capacidade do mesmo. Uma alta taxa de utilização de serviços de saúde não implica

necessariamente uma cobertura satisfatória. Segundo o autor, seria improvável que uma única medida de cobertura pudesse refletir de forma satisfatória a complexa interação entre serviço de saúde e população alvo e propõe cinco estágios de avaliação da cobertura: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, contato entre usuário e serviço e efetividade (BASTOS, 2011).

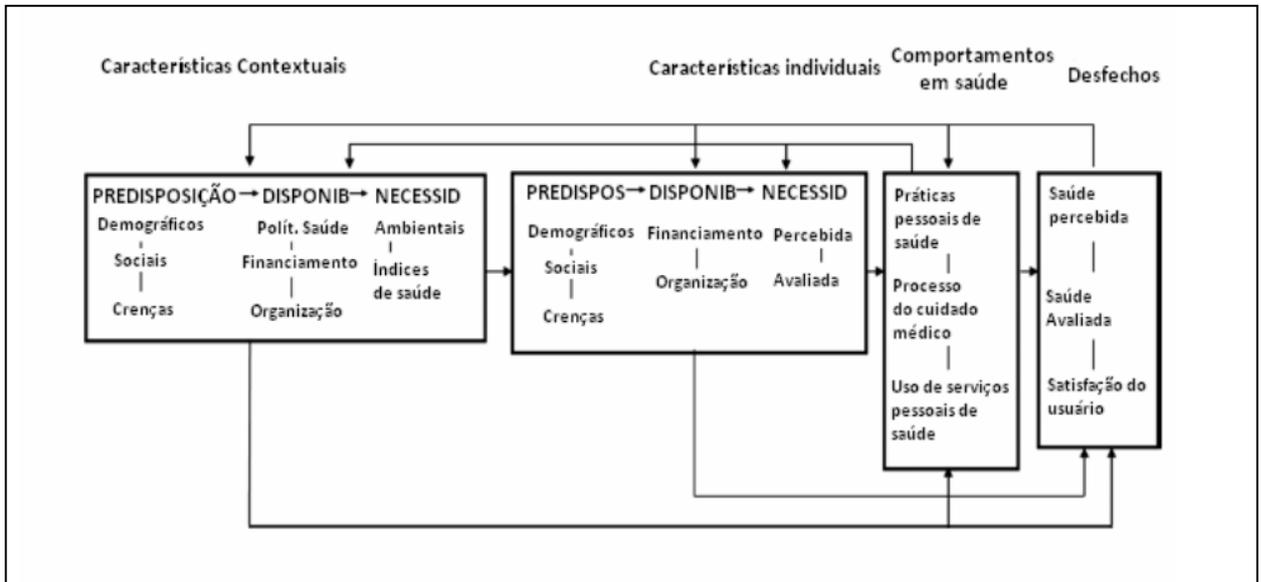
Habicht et al (1999) propuseram outro modelo explicativo para o uso de serviços. Inicialmente, os serviços devem ser fornecidos à população alvo de maneira que estejam disponíveis, acessíveis e que tenham qualidade adequada. A seguir, a população deve aceitar o serviço e fazer uso do mesmo. A utilização resultará em uma cobertura do serviço de saúde. Após ter sido alcançada a cobertura, essa irá gerar um impacto no comportamento ou na saúde da população (BASTOS, 2011).

O modelo proposto por Andersen nos anos 70 tem sido o mais utilizado e, por seu desenvolvimento ter uma trajetória de décadas com algumas adequações, Andersen (2008) o dividiu em cinco fases. Inicialmente sugeriu que o uso que as pessoas faziam dos serviços de saúde ocorria em função de sua predisposição para usar os serviços, fatores que permitiam ou limitavam o uso e a necessidade de cuidados. Um dos principais objetivos do modelo comportamental original era auxiliar na definição e medição de múltiplas dimensões do acesso ao atendimento. Reconhecendo a importância da política nacional de saúde, os recursos e a organização do sistema de saúde na determinação do uso dos serviços pela população, o sistema de saúde foi incluído na segunda fase, assim como a satisfação do usuário como um resultado explícito da utilização de serviços de saúde. Uma terceira fase do modelo reconhecia um tipo adicional de comportamento de saúde - práticas pessoais de saúde como dieta e exercícios - que interagiam com o uso de serviços influenciando diretamente os resultados da saúde. Reconheceu também, que os serviços de saúde deviam manter e melhorar a saúde. Consequentemente, o estado de saúde, tanto percebido pelo indivíduo quanto avaliado pelos profissionais de saúde, foram adicionados à satisfação como um resultado do modelo.

A quarta fase introduz resultados do estado de saúde. Ilustra os múltiplos determinantes do uso de serviços de saúde e, subsequentemente, determinantes do estado de saúde. Mostrando que os resultados, por sua vez, podem afetar a predisposição, capacitação e necessidades características da população e seu uso dos serviços. A última fase do modelo enfatiza que a melhor forma de entender o uso dos serviços de saúde é concentrando-se em determinantes contextuais e individuais. As características contextuais são medidas em um nível mais coletivo do que individual e incluem fatores relacionados à organização da saúde, ao provedor e às características da comunidade. Também adicionado nesta fase como um tipo

de comportamento de saúde (além do uso de serviços de saúde e práticas pessoais de saúde), o processo de atendimento médico, referente ao comportamento dos profissionais que interagem com os pacientes na prestação de cuidados (Figura 1) (ANDERSEN, 2008).

Figura 1 – Modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde.



Fonte: Andersen (2008).

Pelo fato do DM ser uma doença crônica e progressiva, com o passar do tempo o estado de saúde dos indivíduos acometidos tende a piorar, quando surgem as complicações derivadas de um mau controle da doença. Esse agravamento no quadro de saúde assim como as modificações comportamentais relacionadas à dieta, utilização de medicamentos e ao estilo de vida do diabético, podem interferir na qualidade de vida (QV) do indivíduo tanto positivamente, como negativamente, dependendo das orientações quanto ao tratamento e o reconhecimento da importância da mudança de hábitos (MIRANZI et al, 2008).

Nesta perspectiva, também convém salientar a importância da avaliação e percepção desses indivíduos a respeito da sua qualidade de vida (QV), pois a mesma em diabéticos pode ser comprometida por vários fatores, tais como a idade, o gênero, a obesidade, a presença de complicações e o tipo de tratamento, sabendo-se que a qualidade de vida abrange aspectos que vão desde a percepção do indivíduo quanto ao seu bem-estar e satisfação em relação a sua condição física, estado emocional e, também, quanto ao desempenho de funções, que repercutem na qualidade da participação social nos diversos aspectos da vida (FARIA et al, 2013).

Todavia, torna-se difícil para os profissionais que lidam com esses pacientes compreenderem e, sobretudo, mensurarem qualidade de vida com fidedignidade. Isso ocorre, muitas vezes em virtude da própria subjetividade intrínseca ao termo (CORRER et al., 2008).

Segundo a OMS (1999) a definição de qualidade de vida consiste na “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e desta forma, pode-se dizer que a QV é multidimensional sendo constituída de dimensões positivas e negativas, como a mobilidade e a dor, respectivamente. Outra abordagem dada à QV é a “qualidade de vida relacionada a saúde” (QVRS), que avalia o impacto das doenças e dos tratamentos sobre a vida dos indivíduos. A QVRS específica para uma doença baseia-se na percepção do indivíduo sobre como a doença compromete seu bem estar e sua saúde (CORRER et al., 2008).

A disseminação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, principalmente no âmbito das doenças crônicas, é fundamental para obtenção de resultados satisfatórios no tratamento das enfermidades e possibilita a escolha de hábitos de vida mais salutareos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, estudos que relacionam qualidade de vida à saúde viabilizam a criação de estratégias e programas de intervenção eficazes para promoção da integralidade do cuidado a portadores de DM (LEAL et al, 2014).

Desta forma, o presente estudo objetivou caracterizar o perfil sócio-demográfico dos diabéticos assistidos pela Estratégia de Saúde da família de Patos-PB, tipo de serviço de saúde utilizado, bem como o impacto da doença na qualidade de vida do indivíduo.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido através de entrevista estruturada junto aos indivíduos diabéticos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Patos-PB, sendo o presente trabalho um recorte de uma pesquisa em andamento.

A amostra foi composta pelos portadores de DM tipo 2 cadastrados na ESF Lauro Queiroz, localizada na zona urbana, no bairro Jatobá, escolhida por conveniência, que fizeram parte da primeira etapa (estudo piloto) de um estudo de base populacional desenvolvido posteriormente em município paraibano com características socio-econômicas semelhantes a Patos-PB. Foram entrevistados 43 indivíduos, cerca de 10% da população do estudo principal.

Foram incluídos os indivíduos diabéticos com idade igual ou superior a dezoito anos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família, da zona urbana, da Estratégia Saúde da Família da cidade de Patos-PB. Foram excluídos aqueles indivíduos com problemas cognitivos que os impediam de responder por si mesmo o questionário e os que se mudaram da área adscrita da USF durante o período de cadastro até o momento da entrevista.

Para a coleta de dados, foi aplicado inicialmente um formulário estruturado contendo dados sócio-demográficos (idade, sexo, naturalidade, escolaridade, estado civil, cor/raça), informações relacionadas à assistência à saúde do diabético, baseando-se nas “Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde” propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b). Além disso foram utilizados alguns itens relacionados à Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013 (IBGE, 2014) para avaliação do uso e acesso aos serviços de saúde, e o instrumento para avaliação da qualidade de vida de diabéticos, o Diabetes – 39 (D-39) (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

O D-39 é composto por 39 itens, que avaliam a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) em relação a cinco domínios da vida do paciente: energia e mobilidade, controle do diabetes, ansiedade e preocupação, sobrecarga social e funcionamento sexual; além de outros dois itens que qualificam a percepção do respondente acerca da sua qualidade de vida de maneira global (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009; BOYER; EARP, 1997). O D-39 permite que as pessoas com DM respondam o quanto a sua qualidade de vida foi afetada, durante o último mês, por uma determinada ação expressa em cada item, colocando um “X” em um ponto da escala de 1 a 7. Onde, o número 1 representa a qualidade de vida nada afetada e o número 7, extremamente afetada. As pontuações obtidas pelos participantes em cada dimensão foram transformadas em uma escala de 0 a 100 usando transformação linear (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS 20.0 e os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e percentuais).

Por envolver seres humanos, o presente estudo respeitou os princípios éticos e recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 85501318.0.0000.5187. Importa salientar que este estudo consistiu em estudo piloto de pesquisa posteriormente realizada no município de Santa Luzia-PB. Os indivíduos que

aceitaram participar espontaneamente da pesquisa, lendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo suas informações mantidas em sigilo.

3 RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 43 indivíduos. Observou-se a prevalência do sexo feminino (n = 26; 60,5%) de cor auto-declarado não branca (n = 26; 60,5%). Predominando a faixa etária de 60 anos ou mais (n = 33; 76,7%). A maioria não apresentava companheiro (n = 23; 53,5%), de escolaridade média (n = 39; 90,7%), e 55,8% (n = 24) referiram estar desempregados (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos portadores de diabetes de acordo com características sócio-econômicas e demográficas. Patos, Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	<i>Características individuais – Predisposição</i>	n (%)
Sexo		
Masculino		17 (39,5)
Feminino		26 (60,5)
Idade		
31 a 59 anos		10 (23,3)
60 ou mais		33 (76,7)
Cor da pele ou raça		
Branca		17 (39,5)
Não branca		26 (60,5)
Estado civil		
Com companheiro		20 (46,5)
Sem companheiro		23 (53,5)
Escolaridade		
Baixa (< 9 anos de estudo)		3 (7)
Média (9 a 11 anos de estudo)		39 (90,7)
Alta (≥ 12 anos de estudo)		1 (2,3)
Situação empregatícia		
Desempregado		24 (55,8)
Empregado		12 (37,9)
Aposentado e/ou pensionista		7 (16,3)

Os dados evidenciaram que grande parte dos usuários, 41,9% (n = 18), relatou ter tido o diagnóstico de DM entre 6 e 10 anos, apresentando até duas complicações sistêmicas (n = 33; 76,7%), quanto ao tratamento realizado, 58% (n = 25) relataram associarem terapia medicamentosa e reeducação alimentar, como forma de controle da doença (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos portadores de diabetes de acordo com as variáveis tempo de diagnóstico do DM, número de complicações e tratamento realizado. Patos, Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	n (%)
Tempo de diagnóstico do diabetes	
<6 meses	1 (2,3)
6 meses a 5 anos	12 (27,9)
6 a 10 anos	18 (41,9)
11 a 15 anos	6 (14)
16 a 20 anos	3 (7)
>21 anos	3 (7)
Número de complicações sistêmicas	
Até duas complicações	33 (76,7)
3 a 6 complicações	10 (23,3)
Tratamento realizado para o diabetes	
Nenhum	3 (7)
Somente dieta	2 (4,5)
Somente hipoglicemiante oral	11 (26)
Somente insulina	2 (4,5)
Associação de tratamentos	25 (58)

Em relação à utilização dos serviços de saúde (USS), observou-se que 74,4% (n = 32) utilizavam o serviço público, e destes, 68,7% (n = 22) o faziam com regularidade (quatro vezes ou mais ao ano) (Tabela 3), tomando como referência as determinações do Ministério da Saúde.

Tabela 3. Uso dos serviços de saúde público e privado com ou sem regularidade

	Utilização dos serviços de saúde		Total	
	Com regularidade	Sem regularidade		
	n	n	n (%)	
Tipo de serviço de saúde utilizado	Particular	4	7	11 (25,6)
	Público (ESF)	22	10	32 (74,4)
Total	26	17	43 (100)	

Quanto ao impacto do diabetes na qualidade de vida, verificou-se que as dimensões mais afetadas foram: ansiedade e preocupação (média = 36,14; DP = 24,53) e energia e mobilidade (média = 34,94; DP = 24,78). A Tabela 4 mostra os escores médios de cada dimensão do questionário D-39 que permite avaliar o nível de impacto do diabetes na qualidade de vida.

Tabela 4. Escores de cada dimensão do questionário D-39 para avaliar o nível de impacto do diabetes na qualidade de vida.

Dimensões do D-39	Total
	Média (DP)
1. Energia e mobilidade	34,94 (24,78)
2. Controle do diabetes	31,78 (22,62)
3. Ansiedade e preocupação	36,14 (24,53)
4. Sobrecarga social	19,30 (17,30)
5. Funcionamento sexual	7,62 (19,74)

Nota. DP = desvio padrão.

4 DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos encontrados neste estudo confirmam a tendência da prevalência do sexo feminino no uso dos serviços de saúde, o que reflete uma realidade também observada por outros autores (MACEDO, 2019; CORRÊA et al, 2017; BERNINI et al. 2017; DIAZ et al. 2016; MATIAS; MATIAS; ALENCAR, 2016; DICOW, 2015), subentendendo-se que as mulheres procuram mais os serviços de atendimento, se preocupam mais com os cuidados em relação a saúde e, conseqüentemente, têm mais acesso ao diagnóstico da doença. (MACEDO, 2019; CORRÊA et al, 2017; TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2010; MIRANZI et al, 2008; GRILLO; GORINI, 2007). Uma questão importante a ser avaliada é o fato do uso e acesso aos serviços de atenção básica estarem historicamente estruturados para atender mulheres e crianças, cujos horários de funcionamento coincidem com as jornadas laborais dos trabalhadores (SILVA et al, 2012). Neste sentido, quando se trata de cuidados com a saúde, o trabalho tem sido considerado uma barreira, para o acesso e uso dos serviços de saúde, quase impedindo a procura pela assistência. Muitos homens, ao contrário da maioria das mulheres, não priorizam o cuidado à saúde em detrimento de suas tarefas. Sendo assim, procurar um atendimento de saúde muitas vezes significa, para o sexo masculino, ausentar-se do trabalho, colocando em risco sua subsistência econômica. Deixando sua saúde como escolha secundária, o que não se verifica com a maioria das mulheres (MOURA et al, 2017; BRITO et al, 2016; SILVA et al, 2012).

A prevalência de diabetes em idosos com 60 anos ou mais não difere das registradas pelas pesquisas de Rodrigues et al (2018), Bernini et al (2017), Diaz et al (2016), Belon et al (2016) e Arrelias et al (2015), entretanto, não corrobora com os estudos de Macedo (2019), que observou que a faixa etária de 40-59 anos de idade foi a de maior prevalência da doença, seguido da faixa de indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos.

Sobre a informação cor/raça auto-referida, o maior número de não-brancos não corrobora com os estudos envolvendo diabéticos como o de Malta et al (2015) e Belon et al (2016), onde os autores sugerem que um conjunto de fatores sócio-econômicos, comportamentais, estruturais e de acesso e uso de serviços de saúde podem produzir diferenças de condições de saúde entre brancos e não-brancos. E acrescenta que, sendo a informação cor/raça auto-declarada, apresenta limitações e vieses sociais.

Quanto à questão da escolaridade, Esteves et al (2017) e Diaz et al (2016) apresentaram prevalência de diabéticos com escolaridade média, o que condiz com os percentuais encontrados neste estudo, entretanto, divergem de outros autores que observaram uma maior taxa de baixa escolaridade entre diabéticos (BERNINI et al, 2017; BELON et al, 2016; MATIAS; MATIAS; ALENCAR, 2016; ARRELIAS et al, 2015). No que se refere à situação empregatícia, observou-se que a maioria dos portadores de DM não tem atividade ocupacional, o que não corrobora com os estudos de Esteves et al (2017) e Berlon et al (2016), onde pode ser observado que a maioria dos portadores de DM trabalhavam em alguma profissão ligada ao setor de prestação de serviços.

Observou-se a predominância de indivíduos que o tempo de diagnóstico do diabetes variou de 6 a 10 anos, o que discorda de resultados apontados por Corrêa et al (2017), em que os pacientes atendidos na Unidade de Saúde da Família (USF) obtiveram o diagnóstico de DM em um tempo menor ou igual a 5 anos; Rodrigues et al (2018), onde a maioria obteve o diagnóstico de 6 meses a 5 anos e Bernini et al (2017), observou que os portadores tiveram o diagnóstico da doença há mais de 10 anos. Este achado pode ser explicado pelo fato de a maioria da amostra apresentar escolaridade média e ter buscado os serviços com regularidade, o que possibilita a ocorrência de um diagnóstico prévio, quando comparados aos indivíduos dos outros estudos aqui apresentados.

A associação de tratamento para o diabetes apresentou um resultado significativo, achados também identificados por estudos de mesmo seguimento, onde os portadores de DM associavam a dieta ao hipoglicemiante oral ou à aplicação de insulina como forma de controle da alteração sistêmica. (RODRIGUES et al, 2018; ARRELIAS et al, 2015; MIRANZI et al, 2008).

Em relação ao número de complicações sistêmicas, evidenciou-se percentuais elevados para a presença de até 2 complicações, o que corrobora com Rodrigues et al (2018), Almeida et al (2017) e Pereira et al (2017) tendo em vista que a literatura mostra que complicações sistêmicas podem acontecer mais frequentemente em pacientes portadores de DM (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014), sendo as complicações agudas a

hipoglicemia, o estado hiperglicêmico e a cetoacidose diabética; as crônicas a retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular, cardiovascular, vascular periférica e dislipidemia. As complicações degenerativas mais frequentes são o infarto agudo do miocárdio, a arteriopatia periférica, o acidente vascular cerebral e a microangiopatia (CORTEZ et al, 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

O uso dos serviços de saúde foi avaliado e o resultado corrobora com os estudos de Rodrigues et al (2018) e Viacava et al (2018), observando que a maioria dos portadores de DM fazem o uso regular dos serviços públicos de saúde em detrimento daqueles que fazem uso irregular do serviço público ou que utilizam serviço particular de saúde ou convênio.

O impacto do diabetes na qualidade de vida foi mensurado por meio do questionário D-39. A avaliação do nível de impacto do diabetes na qualidade de vida demonstrou que as dimensões mais afetadas foram: ansiedade e preocupação seguido de energia e mobilidade. Tais resultados também foram observados por Rodrigues et al (2018), entretanto, divergentes com os estudos de Zulian et al (2013), onde a dimensão mais afetada foi energia e mobilidade seguido de sobrecarga social, e Alfian et al (2016) em que a dimensão mais afetada foi funcionamento sexual seguido de energia e mobilidade.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo observou que a maioria dos diabéticos eram mulheres idosas, sem companheiro e desempregadas, apresentando uso regular dos serviços públicos de saúde. Quanto ao impacto do DM na qualidade de vida, as dimensões mais afetadas foram ansiedade e preocupação e energia e mobilidade. Grande parte destes usuários obtiveram o diagnóstico da doença entre 6 e 10 anos, apresentando até duas complicações sistêmicas e associando tratamentos para controle da doença.

A utilização regular dos serviços públicos de saúde pode ser explicada pelo nível de escolaridade médio da amostra, possibilitando o reconhecimento da necessidade da busca pela assistência e ainda pelo fato de as pesquisas evidenciarem uma busca mais prevalente dos serviços de saúde pelas mulheres quando comparadas aos homens, visto que tais serviços funcionam comumente em dias e horários em que a grande parte dos homens encontra-se no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALFIAN, S. D. et al. Medication adherence contributes to an improved quality of life in type 2 diabetes mellitus patients: a cross-sectional study. **Diabetes Therapy**, v. 7, n. 4, p. 755-764, 2016.
- ALMEIDA, V. C. D. et al. Complicações micro e macrovasculares em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 6, p. 787-793, 2017.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 37, n. 1 Supplement, p. 81-90, 2014.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, v. 36, n. 1. Supplement, p. 11-66, 2013.
- ANDERSEN, R. M. National health surveys and the behavioral model of health services use. **Medical care**, v. 46, n. 7, p. 647-653, 2008.
- ARRELIAS, Clarissa Cordeiro Alves et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 315-322, 2015.
- ARTILHEIRO, M. M. V.S. A. et al. Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS?. Rio de Janeiro: **Saúde debate**. v. 38, n. 101, 2014.
- BASTOS, G. A. N. Utilização de serviços de saúde por comunidades em vulnerabilidade social em uma capital do sul do Brasil. 2011.
- BELON, A. P. et al. Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde. **Anais**, p. 1-10, 2016.
- BERNINI, L. S. et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde/The impact of diabetes mellitus on the quality of life of patients of Primary Health Care. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 3, 2017.
- BOYER, J. G.; EARP, J. A. L. The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes: Diabetes-39. **Medical care**, p. 440-453, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, A. K. O. L. et al. Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 2, n. 2, p. 191-195, 2016.

CORRÊA, K. et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 921-930, 2017.

CORRER, C. J. et al. Tradução para o português e validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 3, p. 515-522, 2008.

CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015.

COSTA, L. M. F. C. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 assistidos na região metropolitana de Cuiabá-MT. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo: p. 1-5, 2014.

DIAZ, N. et al. O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. **Revista Médica da UFPR**, v. 3, n. 1, 2016.

DICOW, L. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 residentes do município de Agudo, RS. **Cinergis**, v. 16, n. 4, p. 261-266, 2015.

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

FARIA, H. T. G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 348-354, 2013.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Bras Enferm Bras**, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

HABICHT, J. P. et al. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **Int J Epidemiol**, v. 28, n. 1, p. 10-18, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

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

MACEDO, J. L. et al. Epidemiological profile of diabetes mellitus in northeastern Brazil. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 3, p. 2883826, 2019.

MALTA, D. C. et al. Health care among adults with self-reported diabetes mellitus in Brazil, National Health Survey, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 17-32, 2015.

MATIAS, C. O. F.; MATIAS, C. O. F.; ALENCAR, B. R. Qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros/MG. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 8, n. 2, 2016.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

MOURA, M. C. et al. Situação da saúde do homem ao buscar os serviços do Sistema Único de Saúde. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 1, p. 62-70, 2017.

PEREIRA, S. E. A. et al. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. **Ciência & Saúde**, v. 10, n. 4, p. 213-219, 2017.

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

RODRIGUES, A. M. A. M. et al. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2018/Ago). Citado em: 08/05/2019. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-dos-servicos-de-saude-segundo-determinantes-sociais-comportamentos-em-saude-e-qualidade-de-vida-entre-diabeticos/16926>

SANTANA, R.; LEONNETE, D. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** Outubro/dezembro, 2011.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. São Paulo: SBD, 2015.

SEINO, Y. et al. Report of the Committee on the Classification and Diagnostic Criteria of Diabetes Mellitus I. **J Diabetes Investig.**, v. 1, n. 5, p. 212–228, 2010.

SILVA, A. B. et al. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2016.

SILVA, A. M. et al. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 2197-2206, 2010.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de

inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 643-55, 2006.

TANAHASHI T. Health service coverage and its evaluation. **Bull World Health Organ**, v. 56, n. 2, p. 295-303, 1978.

TAVARES, D. M. S.; CÔRTEZ, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 97-103, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 190-198, 2004.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. **Geneva, Switzerland: World Health Organization**, 2002.

YAMASHITA, J. M. et al. Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão sistemática. **Revista de Odontologia da UNESP**. São Paulo, 2013.

ZIMPEL, B. T. et al. Diabéticos: uma abordagem odontológica. **Revista Saúde Integrada**, v. 10, n. 20, p. 49-58, 2018.

ZULIAN, L. R. et al. Quality of life in patients with diabetes using the Diabetes 39 (D-39) instrument. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 138-146, 2013.

ANEXO 1 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE DIABÉTICOS DO INTERIOR PARAIBANO

Pesquisador: Renata de Souza Coelho Soares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85501318.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.547.581

Apresentação do Projeto:

O Projeto é intitulado: "Uso dos serviços de saúde e qualidade de vida de diabéticos no Interior paraibano", encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba para apreciação ética, com a finalidade de elaboração da Dissertação de Conclusão do Mestrado em Saúde Pública, da Orientanda Waleska Fernanda Souto Nóbrega, pela UEPB, sob a orientação da Pesquisadora Responsável Renata de Souza Coelho Soares. O objetivo desta pesquisa é investigar a utilização dos serviços de saúde e qualidade de vida de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Luzia – PB. Tem por característica ser um estudo quantitativo com delineamento transversal, censitário, por meio da aplicação em domicílio de um formulário estruturado, composto pela agregação de questões da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD – 2008), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS – 2013), Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil) e dados sociodemográficos, a uma amostra de 403 diabéticos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do referido município. Os dados da pesquisa serão analisados utilizando o programa estatístico SPSS 22.0®, sendo os resultados analisados por estatística bivariada e multivariada. Tal estudo busca apresentar o atual quadro do uso dos serviços de saúde pelos diabéticos, o impacto da doença na qualidade de vida dos portadores e servirá de fomento para o planejamento de ações efetivas que garantam

Endereço: Av. das Barúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.547.581

a manutenção da saúde desses indivíduos. Pode-se concluir que há importância no estudo, onde se pode destacar o que afirma a pesquisadora em sua justificativa, a priori, que "O Diabetes é uma das doenças crônicas que mais mata em todo mundo. O número de portadores de Diabetes aumenta exponencialmente a cada ano e atrelado ao decorrer da idade dos portadores, cresce a probabilidade de apresentar complicações decorrentes da doença que interferem diretamente na qualidade de vida desses indivíduos. Nesse contexto, a atenção básica tem papel primordial no acompanhamento e na garantia de uma assistência regular aos portadores de Diabetes. Nem sempre a assistência à saúde prestada ao portador de DM é a preconizada pelo Ministério da Saúde e tal fato merece ser investigado. Essa pesquisa irá contribuir com o diagnóstico da situação da assistência à saúde e da qualidade de vida desses indivíduos e assim servirá de subsídio para o planejamento de ações efetivas que venham a garantir a manutenção da qualidade de vida dos diabéticos". (PROJETO DE PESQUISA, P. 7).

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a utilização dos serviços de saúde por portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Santa Luzia – PB.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme preconiza a Resolução nº 466/12/CNS/MS, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos de maior, médio e menor potencial ofensivo. Para o referido estudo segundo a pesquisadora responsável na Plataforma Brasil: "RISCOS: Quanto aos riscos da pesquisa, a mesma se enquadra no critério de risco mínimo, considerando-se o possível constrangimento dos participantes no momento das entrevistas, e a ocorrência de um desconforto pelo tempo despendido para a mesma, os quais serão reduzidos através da preservação do anonimato, e evidenciando a possibilidade de desistência da participação na pesquisa sem nenhum prejuízo. BENEFÍCIOS: Através dos resultados obtidos nesta pesquisa será possível conhecer melhor a realidade dos diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Santa Luzia quanto à assistência à saúde e assim os resultados poderão subsidiar gestores e profissionais quanto a melhoria desta assistência e do cuidado integral aos diabéticos, levando a melhorias na sua qualidade de vida. Além disso, os participantes desta pesquisa receberão orientações, sobre a relação entre o diabetes e a saúde geral e bucal. Por fim, os resultados também deverão contribuir para o conhecimento a respeito do tema, visto que ainda há a necessidade de esclarecimentos acerca do impacto da convivência com o diabetes nas diversas esferas da vida de seus portadores.

Endereço: Av. das Barúbas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.547.581

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo censitário transversal, com abordagem quantitativa, sendo ainda descritivo e analítico. Este estudo busca envolver todos os portadores de diabetes tipo 2 cadastrados do município de Santa Luzia-PB. Serão incluídos na pesquisa os portadores de diabetes mellitus tipo II cadastrados nas ESF do município de Santa Luzia – PB, com idade igual ou superior a 18 anos, e que concordarem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos necessários e obrigatórios encontram-se devidamente anexados: Folha de Rosto da Plataforma Brasil; Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa; Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável em cumprir os Termos da Resolução nº 466/12/CNS/MS; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Termo de Autorização Institucional; Instrumento da Coleta de dados.

Recomendações:

Enviar relatório de conclusão da pesquisa na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações que possam comprometer a coleta de dados. Diante do exposto, somos pela aprovação do projeto de Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, somos pela aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1055220.pdf	16/03/2018 08:50:24		Aceito
Folha de Rosto	frrenata_.pdf	16/03/2018 08:50:04	Renata de Souza Coelho Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLERENATA_.pdf	16/03/2018 08:49:20	Renata de Souza Coelho Soares	Aceito

Endereço: Av. das Barúbas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.547.581

Justificativa de Ausência	TCLERENATA_.pdf	16/03/2018 08:49:20	Renata de Souza Coelho Soares	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETORENATA_.pdf	16/03/2018 08:48:05	Renata de Souza Coelho Soares	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 16 de Março de 2018

Assinado por:
Marconi do Ó Catão
(Coordenador)

Endereço: Av. das Banúas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

 RG _____ em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Padrão de utilização dos serviços de saúde por diabéticos: um estudo censitário”. O trabalho tem como pesquisadora responsável a Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. O objetivo geral deste estudo investigar a utilização dos serviços de saúde por portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Patos – PB.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: ao voluntário só caberá a autorização para responder a um formulário, em um tempo aproximado de 30 minutos, em seu domicílio; a pesquisa se enquadra no quesito de risco mínimo definido pela Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS), não havendo maiores prejuízos ao voluntário, com exceção do tempo que o mesmo disponibilizará para a pesquisa; o nome do voluntário será preservado, sendo identificado como um número, e será mantido segredo das informações fornecidas, todavia, solicitamos ao voluntário o seu consentimento para que apenas os dados sejam apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas; a pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução N°. 466/12 do CNS/MS; o voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo; será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial; não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora responsável Renata de S. Coelho Soares, pelo número (83) 3315-3326, ou pelo e-mail: drarenatacoelho@gmail.com.

Ao final da pesquisa, se for do interesse do voluntário, este poderá ter livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em posse do voluntário.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Patos - PB, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DA PESQUISA

USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE DIABÉTICOS DO INTERIOR PARAIBANO

Entrevistador(a): _____ Data da entrevista: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Número do formulário: _____	NQUEST
Nome do entrevistado: _____	NOME
Equipe de saúde da família: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6	ESF
Zona: ()1 Urbana ()2 Rural	ZONA

A – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS – Questões adaptadas da PNS 2013: Módulo Características gerais dos moradores (IBGE, 2014)

A1) Sexo: 1() Masculino 2() Feminino (siga A2)	SEXO
A2) Idade em anos: _____ (siga A3)	IDADE
A3) Cor ou raça: 1() Branca 2() Preta 3() Amarela 4() Parda 5() Indígena (siga A4)	COR
A4) Estado civil: 1() Casado(a) – mora com alguém 2() Separado(a) judicialmente 3() Divorciado(a) 4() Viúvo(a) 5() Solteiro(a) (siga B5)	EST_CIVIL

B – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS – Questões adaptadas da PNS 2013: Módulo Rendimentos domiciliares (IBGE, 2014)

B5) Situação empregatícia: 1() Desempregado 2() Empregado 3() Aposentado/pensionista (siga B6)	TRABALHO
B6) Anos de estudo: _____ anos completos (siga C7)	ANOS_ESTUDO

C – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS – Questões adaptadas da PNS 2013: Módulo Doenças crônicas (IBGE, 2014)

C7) Quanto tempo decorre do primeiro diagnóstico de diabetes? 1() Menos de 6 meses de diagnóstico 2() 6 meses a 1 anos 3() 6 a 10 anos 4() 11 a 15 anos 5() 16 a 20 anos 6() >21 anos (siga C8)	IDAD_DIA G
C8) O(A) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes? a. Problemas na vista (siga C9b) b. Infarto (siga C9c) c. AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame (siga C9d) d. Outro problema circulatório (siga C9e) e. Problema nos rins (siga C9f) f. Úlcera/ferida nos pés (siga C9g) g. Amputação de membros (pés, pernas, mãos ou braços) (siga C9h) h. Coma diabético (siga C9i) i. Outro. Especifique: _____ (siga C10)	COMPLIC_ DIABETES _ A COMPLIC_ DIABETES _ B
C9) O(A) sr(a) faz uso de qual(is) destes tratamentos para diabetes? a. Dieta 1() Sim 2() Não (siga C10b) b. Hipoglicemiante oral 1() Sim 2() Não (siga C10c) c. Insulina 1() Sim 2() Não (siga C10d) d. Outro. Especifique: _____ (siga D11)	TRATAME NTO_DIAB ETES

D – CARACTERÍSTICAS DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – Questões adaptadas da PNS 2013: Módulo Doenças crônicas e Módulo Utilização de serviços de saúde (IBGE, 2014)

D10) O(a) sr(a) usa qual tipo de serviço de saúde para tratar e acompanhar seu diabetes? 1() Particular 2() Público (ESF) 3() Público (Outros estabelecimentos) 4() Plano de Saúde/ Convênio (siga D11)	USA_TIPO_ SERVICO
D11) O(a) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente (pelo menos 4 vezes ao ano) para algum atendimento/ consulta relacionado ao diabetes? 1() Sim 2() Não (siga D12)	VAI_MEDIC O_REGUL_ DIAB

APÊNDICE 3

Instrumento Diabetes-39/ D-39 (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009)

A qualidade de vida das pessoas é afetada por muitas coisas. Estas coisas podem incluir saúde, oportunidade de lazer e férias, amigos e família, e um trabalho. Este questionário é realizado para nos ajudar a compreender sobre o que afeta a qualidade de vida de pessoas com diabetes. A seguir pergunta-se sobre sua qualidade de vida. Para cada frase abaixo, coloque um “X” no número que mostra qual opção afeta sua qualidade de vida num grau de “extremamente afetada” (7), “não afetada” (1), ou “mais ou menos” (de 2 a 6). Um exemplo é mostrado abaixo. Por exemplo, se você pensa que um problema de saúde afeta sua qualidade de vida, até certo ponto, mas não extremamente, você pode marcar na linha como mostrado.

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

LEGENDA PARA O INSTRUMENTO D-39							
NFA	NÃO FOI AFETADA						
EA	EXTREMAMENTE AFETADA						
<Q	MENOR QUALIDADE						
>Q	MAIOR QUALIDADE						
NG	NADA GRAVE						
EG	EXTREMAMENTE GRAVE						
DOMÍNIO ENERGIA E MOBILIDADE (15 ITENS)	1	2	3	4	5	6	7
DOMÍNIO CONTROLE DO DIABETES (12 ITENS)	1	2	3	4	5	6	7
DOMÍNIO ANSIEDADE E PREOCUPAÇÃO (4 ITENS)	1	2	3	4	5	6	7
DOMÍNIO SOBRECARGA SOCIAL (5 ITENS)	1	2	3	4	5	6	7
DOMÍNIO FUNCIONAMENTO SEXUAL (3 ITENS)	1	2	3	4	5	6	7

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADA:	NFA EA						
1. Pelo uso diário de sua medicação para o diabetes QV_USO_MEDICACAO	1	2	3	4	5	6	7
2. Pela preocupação relacionada com questões financeiras QV_PREOCUP_FINANCEIRA	1	2	3	4	5	6	7
3. Pela diminuição ou falta de energia QV_FALTA_ENERGIA	1	2	3	4	5	6	7
4. Por seguir seu tratamento para o diabetes prescrito pelo médico QV_SEGUIR_TRATAMENTO_PRESCRITO_DIAB	1	2	3	4	5	6	7
5. Pelas restrições alimentares necessárias para o controle do seu diabetes QV_RESTRICOES_ALIMENTARES	1	2	3	4	5	6	7
6. Pelas preocupações sobre seu futuro QV_PREOCUPACOES_FUTURO	1	2	3	4	5	6	7
7. Por outros problemas de saúde além do diabetes QV_OUTROS_PROBLEMAS_SAUDE	1	2	3	4	5	6	7

8. Pelo estresse ou pressão em sua vida QV_ESTRESSE_VIDA	1	2	3	4	5	6	7
9. Pela sensação de fraqueza QV_SENSACAO_FRAQUEZA	1	2	3	4	5	6	7
10. Pelo quanto você consegue andar QV_QUANTO_CONSEGUE_ANDAR	1	2	3	4	5	6	7
11. Pela necessidade de realizar exercícios regularmente QV_NECESSID_EXERC_REGULAR	1	2	3	4	5	6	7
12. Pela perda ou embassamento de sua visão QV_PERDA_VISAO	1	2	3	4	5	6	7
13. Por não ser capaz de fazer o que você quer QV_NAO_CAPAZ_FAZER_OQUEQUER	1	2	3	4	5	6	7
14. Por ter diabetes QV_TER_DIABETES	1	2	3	4	5	6	7
15. Por perder o controle dos seus níveis de açúcar no sangue QV_CONTROL_GLIPOSE	1	2	3	4	5	6	7
16. Por outras doenças além do diabetes QV_OUTRAS_DOENCAS_ALEM_DIAB	1	2	3	4	5	6	7
17. Por ter que testar os seus níveis de açúcar QV_TER_TESTAR_GLIPOSE	1	2	3	4	5	6	7
18. Pelo tempo necessário para controlar o seu diabetes QV_TEMPO_CONTROL_DIAB	1	2	3	4	5	6	7

DURANTE O MÊS PASSADO, QUANTO SUA QUALIDADE DE VIDA FOI AFETADA:	NFA EA						
19. Pelas restrições que seu diabetes impõe sobre sua família e amigos QV_RESTRICOES_DIAB_FAMILIAEAMIGOS	1	2	3	4	5	6	7
20. Pelo constrangimento por ter diabetes QV_CONSTRANGIMENTO_DIABETES	1	2	3	4	5	6	7
21. Pelo diabetes interferir na sua vida sexual QV_DIAB_INTERFERIR_VIDA_SEXUAL	1	2	3	4	5	6	7
22. Por sentimento de tristeza ou depressão QV_SENTIMENTO_TRIST_DEPRESSAO	1	2	3	4	5	6	7
23. Por problemas com função sexual QV_PROBLEM_FUNCAO_SEXUAL	1	2	3	4	5	6	7
24. Por tentar manter seu diabetes bem controlado QV_TENTAR_CONTROL_DIABETES	1	2	3	4	5	6	7
25. Por complicações devido o seu diabetes QV_COMPLICACOES_DEVIDO_DIABETES	1	2	3	4	5	6	7
26. Por fazer coisas que sua família ou seus amigos não fazem QV_FAZER_COISAS_QUE_FAMILIAOUAMIGOS_NAO_FAZEM	1	2	3	4	5	6	7
27. Por manter os registros (anotações) dos seus níveis de açúcar QV_MANTER_REGISTROS_GLIPOSE	1	2	3	4	5	6	7
28. Pela necessidade de comer em intervalos regulares QV_NECESSID_COMER_REGULAR	1	2	3	4	5	6	7
29. Por não ser capaz de fazer atividades domésticas ou outros trabalhos que estão relacionados com a casa QV_NAO_SER_CAPAZ_FAZER_ATIV_DOMESTICAS	1	2	3	4	5	6	7
30. Pela diminuição do interesse pelo sexo QV_DIMINUI_INTERESSE_SEXO	1	2	3	4	5	6	7
31. Por ter sua rotina organizada em função do diabetes QV_ROTINA_EMFUNCAO_DIAB	1	2	3	4	5	6	7
32. Pela necessidade de descansar várias vezes no dia QV_DESCANSAR_VARIAS_VEZES	1	2	3	4	5	6	7
33. Por dificuldades em subir escadas QV_DIFICULDADE_SUBIR_ESCADAS	1	2	3	4	5	6	7
34. Pelas dificuldades em cuidar de você mesmo(a) (de se vestir, tomar banho ou usar o vaso sanitário) QV_DIFICULDADES_CUIDAR_VOCE_MESMO	1	2	3	4	5	6	7
35. Pelo sono agitado QV_SONO_AGITADO	1	2	3	4	5	6	7
36. Por andar mais devagar que os outros QV_ANDAR_DEVAGAR_OUTROS	1	2	3	4	5	6	7

37. Por ser chamado de diabético QV_SER_CHAMADO_DIABETICO	1	2	3	4	5	6	7
38. Por ter o diabetes interferindo em sua vida familiar QV_DIAB_INTERFERINDO_VIDA_FAMILIA	1	2	3	4	5	6	7
39. Pelo diabetes em geral QV_DIABETES_EM_GERAL	1	2	3	4	5	6	7

AVALIAÇÕES GERAIS	<Q			>Q			
1. Marque um "X" no número que indique a medida da sua qualidade de vida geral QV_MEDIDA_QV_GERAL	1	2	3	4	5	6	7
2. Marque um "X" no número que indique o quão grave você acha que é o seu diabetes QV_QUAO_GRAVE_ACHA_SEU_DIABETES	1	2	3	4	5	6	7