

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

ALBERTO JOSÉ DE AMORIM FRANCO JÚNIOR

**QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E CONTROLE
GLICÊMICO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO2**

São Bernardo do Campo

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ALBERTO JOSÉ DE AMORIM FRANCO JÚNIOR

**QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E CONTROLE
GLICÊMICO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Geralda Viana Heleno.

São Bernardo do Campo

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Franco Júnior, Alberto José de Amorim

F848q Qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico em portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 / Alberto José de Amorim Franco Júnior. 2010.

93 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) –Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2010.

Orientação de: Maria Geralda Viana Heleno.

1. Qualidade de vida 2. Suporte social 3. Controle glicêmico 4. Diabetes Mellitus tipo 2 I. Título

CDD 157.9

A dissertação de mestrado sob o título “**QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E CONTROLE GLICÊMICO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**”, elaborada por **Alberto José de Amorim Franco Júnior** foi apresentada e aprovada em 06 de dezembro de 2010, perante banca examinadora composta por **Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno** (Presidente/UMESP), **Profa. Dra. Odete de Oliveira Monteiro** (Titular/UNIFESP) e **Profa. Dra. Marília Martins Vizzotto** (Titular/UMESP).

Prof/a. Dr/a. Maria Geralda Viana Heleno

Orientador/a e Presidente da Banca Examinadora

Prof/a. Dr/a. Rogério Gentil Bellot

Diretor da Faculdade de Saúde

Programa: **Pós-Graduação em Psicologia da Saúde**

Área de Concentração: **Psicologia da Saúde**

Linha de Pesquisa: **Prevenção e Tratamento**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e esposa que acreditaram e confiaram em mim. Sem vocês, essa conquista não seria possível. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de registrar primeiramente minha gratidão a Deus que sempre esteve comigo iluminando meus passos.

À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Maria Geralda Viana Heleno, pelos ensinamentos, incentivo e respeito que me foi depositado durante todo o processo de construção deste estudo. Meu carinho e gratidão a você.

À Prof^ª. Dr^ª. Odete de Oliveira Monteiro e Prof^ª. Dr^ª. Marília Martins Vizzotto, pelas excelentes contribuições na qualificação desta pesquisa e por terem aceitado participar da banca de defesa.

À Prof^ª. Cecília Farhat pela paciência e ajuda prestada nas análises estatísticas.

Ao meu filho Gabriel que mesmo distante fisicamente, sempre esteve presente em minha lembrança nesta caminhada. Amo você!

À minha esposa Regina, mulher forte, companheira, amiga e carinhosa. É por esses e tantos outros motivos que te amo!

Aos meus pais pelo apoio, carinho e escuta. Amo vocês!

À minha avó Martha (in memoriam) pelos seus ensinamentos.

Ao Alessandro, colega do Mestrado pela atenção, incentivo e ajuda nas atividades.

Ao Hospital Santa Helena pela colaboração nesta pesquisa, em especial ao Sr. Ronaldo, Dr^ª. Luciane, Dr^ª. Ana Lúcia e médicos do setor de Endocrinologia.

Às funcionárias da secretaria do Mestrado, sempre atenciosas, Vanessa e Elisângela.

A todos aqueles que de alguma forma me ajudaram na realização deste trabalho.

FRANCO JUNIOR, A. J. A. **Qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico em portadores de Diabetes Mellitus tipo2**. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde)-Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

RESUMO

Diabetes Mellitus é uma doença crônica degenerativa que impõe uma série de limitações em função da necessidade de tratamento constante. Por isso, considerou-se que o estudo da qualidade de vida e suporte social poderia trazer conhecimento para melhorar a qualidade das intervenções para estes pacientes. O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico de portadores de Diabetes Mellitus tipo2. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, desenvolvido com 120 pacientes de ambos os gêneros, atendidos no ambulatório de endocrinologia de um hospital situado na cidade de São Bernardo do Campo. Para coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário para caracterização da população, questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS). Os dados referentes ao controle glicêmico foram coletados nos prontuários dos pacientes. Para análise dos dados utilizou-se à estatística descritiva e provas estatísticas (Pearson, Qui-Quadrado, Exato de Fisher, Anova e Pos-hoc). Os resultados indicaram que o domínio das relações sociais foi o que mais contribuiu a qualidade de vida. E as variáveis tempo de diagnóstico, insulino terapia, número de dependentes, escolaridade, dieta e medicação interferiram na qualidade de vida e na qualidade do tratamento. Estes resultados chamam a atenção para que as avaliações médicas devam ser atreladas a avaliações da qualidade de vida, suporte social e também variáveis que interferem na qualidade do tratamento para que, desta forma possam redimensionar ou melhorar fazeres ligados às intervenções com estes pacientes.

Palavras-chave: qualidade de vida, suporte social, controle glicêmico, diabetes mellitus tipo2.

FRANCO JUNIOR, A. J. A. **Qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico em portadores de Diabetes Mellitus tipo2.** 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde)-Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic degenerative disease that requires a lot of limitations due to the need for constant treatment. Therefore, it was considered that the study of life quality and social support could bring knowledge to improve the quality of interventions for these patients. The aim of this study was to evaluate the quality of life, social support and glycemic control in type2 diabetic patients. This is a descriptive and transversal study was conducted among 120 patients of both genders, who attended the outpatient endocrinology clinic of a hospital located in Sao Bernardo do Campo city. For data collection we used the following instruments: a questionnaire for population characteristics, quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF) and the Scale of Perceived Social Support (EPSS). The data relating to glycemic control were collected from medical records of patients. For data analysis we used descriptive statistics and statistical tests (Pearson, Chi-square, Fisher exact, ANOVA and Post hoc). The results indicated that the field of social relations was the largest contributor to quality of life. And the variable time of diagnosis, insulin therapy, and number of dependents, education, diet and medication interfered with quality of life and quality of treatment. These results call attention to the medical evaluations should be tied to assessments of quality of life, social support and also variables that affect the quality of treatment for that in this way can resize or enhance doings related interventions with these patients.

Keywords: quality of life, social support, glycemic control, type2 diabetes mellitus.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas	51
Tabela 2 - Dados relacionados ao Diabetes Mellitus e ao controle glicêmico.....	53
Tabela 3 - Descrição dos fatores de percepção de suporte social e domínios de qualidade de vida	54
Tabela 4 - Correlação entre os domínios de percepção de suporte social e qualidade de vida	56

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. DIABETES MELLITUS.....	15
2.1 Epidemiologia.....	15
2.2 Classificação.....	17
2.3 Diagnóstico.....	19
2.4 Tratamento.....	19
2.5 Controle.....	22
2.6 Fatores de riscos.....	25
2.7 Prevenção.....	25
2.8 Complicações.....	26
3. QUALIDADE DE VIDA.....	30
3.1 Conceito de Qualidade de Vida.....	30
3.2 Avaliação de Qualidade de Vida.....	32
3.3 Qualidade de Vida e Diabetes.....	33
4. SUPORTE SOCIAL.....	38
4.1 Conceito e Dimensões.....	38
4.2 Suporte Social e Saúde.....	40
4.3 Escalas de Suporte Social.....	42
4.4 Suporte Social e Diabetes.....	43
OBJETIVOS.....	45
5. MÉTODO.....	46
5.1 Ambiente.....	46
5.2 Participantes.....	46
5.3 Instrumentos.....	46
5.3.1 Questionário sociodemográfico	47
5.3.2 Questionário de Qualidade de Vida- WHOQOL-BREF.....	47

5.3.3 Escala de Percepção de Suporte Social – EPSS.....	48
5.4 Procedimento.....	48
5.5 Aspectos Éticos.....	49
6. RESULTADOS.....	51
7. DISCUSSÃO.....	59
7.1 Caracterização da Amostra.....	59
7.2 Tempo de Diagnóstico e Controle Glicêmico.....	59
7.3 Dieta e Controle Glicêmico.....	59
7.4 Medicação e Controle Glicêmico.....	60
7.5 Descrição dos Domínios de Qualidade de Vida.....	61
7.6 Estado Civil e Domínio Físico.....	61
7.7 Dependentes e Domínio das Relações Sociais.....	62
7.8 Insulinoterapia e Domínios Psicológico e Relações Sociais.....	62
7.9 Escolaridade e Domínio Psicológico.....	63
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
9. REFERÊNCIAS.....	66
10. ANEXOS.....	80
Anexo A: Questionário Sociodemográfico e Classificação econômica.....	80
Anexo B: Questionário WHOQOL-BREF.....	84
Anexo C: Escala de Percepção de Suporte Social.....	88
Anexo D: Parecer Consubstanciado do CEP-UMESP.....	89
Anexo E: Declaração de Responsabilidade do Pesquisador.....	90
Anexo F: Solicitação de Autorização da Pesquisa.....	91
Anexo G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é uma síndrome de origem múltipla que decorre da falta de insulina ou por efeitos decorridos pela ação ineficaz da insulina. Apresenta como características: hiperglicemia crônica, geralmente acompanhada por dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (SOCIEDADE BRASILEIRA de DIABETES, 2002).

Diabetes Mellitus (DM) representa agravo de saúde pública em decorrência do seu caráter crônico. No ano de 2000, o número de portadores de diabetes era de cinco milhões, estima-se que, no Brasil possam existir cerca de 11 milhões de portadores da doença em 2025, o aumento está estimado em 100%. (BRASIL, 2001).

Em relação a portadores da doença, o DM está entre os quatro mais importantes problemas de saúde (doenças cardiovasculares, neoplasias malignas e causas externas) levando-se em consideração o número de pessoas afetadas, a morbidade associada a sua presença, custos envolvidos e redução nos anos de vida (FRANCO; MAMERI; PAGLIARO; IOCHIDA; GOLDENBERG, 1998). O DM associa-se ao comprometimento da produtividade, da qualidade de vida, mas, também, tem o maior investimento para seu controle e tratamento de suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA de DIABETES, 2002).

A incidência do DM tipo2 é difícil de ser determinada em grandes populações, pois, envolve um acompanhamento que perdura por anos. As medições periódicas de glicemia e os estudos de incidência são geralmente restritos ao DM tipo1, uma vez que suas manifestações iniciais tendem a serem bem características (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Considerando os gastos ou perdas decorrentes desta disfunção, medidas psicoeducativas se tornam necessárias e efetivas, de modo que, pacientes são capacitados para o automonitoramento e controle adequado do diabetes.

Assim, tais pacientes necessitam de uma boa qualidade de vida e suporte social para que tenham uma vida mais saudável e produtiva.

A motivação para estudar o tema Qualidade de Vida e Suporte Social de Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus tipo2, se deu a partir de minha prática profissional dentro de uma Unidade Básica de Saúde situada no Estado do Tocantins que, atende um grande número de pacientes com esta doença e são assistidos pela equipe de Estratégia de Saúde da Família. Observei que, muitos pacientes abandonavam o tratamento, deixavam de comparecer às consultas ou interrompiam o uso da medicação, outros iniciavam o tratamento, mas tinham dificuldades em seguir as orientações propostas pela equipe como: realizar exercícios físicos, comparecer às consultas, realizar dieta, ausência da participação da família no tratamento. Além disso, ocorreram alguns casos em que, o paciente em decorrência da falta de autocuidados, não comparecia às consultas na Unidade de Saúde, acarretando a amputação da parte de um dos membros inferiores.

Tendo em vista a gravidade desta disfunção, e por se tratar de um problema de saúde pública, foi considerado que, o estudo da qualidade de vida e de suporte social poderia trazer conhecimentos para melhorar a qualidade das intervenções para estes pacientes.

No atendimento ao paciente com diabetes é necessário atentar aos vários aspectos envolvidos no tratamento. Neste estudo abordaremos as questões psicológicas ligadas ao Diabetes Mellitus, pois, estes pacientes precisam enfrentar a frustração e a angústia de ter uma enfermidade crônica. Entender as variáveis que permeiam a experiência de viver com uma doença crônica como o diabetes, pode levar a um melhor nível de ajustamento psicossocial (AMORIM; COELHO, 2008; HELENO, 2001). Qualidade de vida e suporte social pode ser apontado como elementos importantes no processo de ajustamento psicossocial do paciente.

Uma das maneiras de medir a eficácia do controle adequado do diabetes é por avaliação da qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde, a partir do The Whoqol Group (1995, p. 1405) definiu Qualidade de Vida (QV) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Segundo Silva (2003), sua avaliação se caracteriza como uma relevante maneira de se buscar a melhora nos serviços ligados à saúde, para que possam adequar suas práticas e manter a vida do paciente diabético com qualidade. De acordo com Pais-Ribeiro (1998),

a noção de QV está intimamente relacionada à saúde e com a intervenção sobre a saúde, consequentemente ocorrerá melhora na QV.

O paciente acometido pelo DM pode passar por uma experiência estressante, medo quanto à natureza incurável de uma doença crônica, possíveis complicações e ter em relação ao complexo tratamento. Em decorrência deste quadro, o apoio social é importante e tem de ser parte do tratamento, visando possibilitar a pessoa enfrentar as solicitações decorrentes desta doença crônica (GOMES-VILAS BOAS; SANTOS; FOSS-FREITAS; PACE, 2009; GOMES-VILAS BOAS, 2009; TAVARES; RODRIGUES; SILVA; MIRANZI, 2007).

A avaliação do suporte social dos pacientes com diabetes podem auxiliar na determinação de objetivos e metas individualizadas. O suporte social para o paciente com diabetes pode levar a um autocontrole metabólico e um ajustamento psicossocial do paciente (GOZ; KARAOZ; GOZ; EKIZ; CETIN, 2007).

DM é uma doença que acarreta inúmeros prejuízos na vida do paciente, em diferentes níveis tais como: econômico, social, psicológico e físico, portanto, os estudos nesta área são justificados. A compreensão da avaliação da QV e do Suporte Social do sujeito permitirá avaliar e redimensionar práticas, fazeres que precisem ser melhorados ou adequados e também aqueles que necessitam ser mantidos, pois, levam a uma maior longevidade e qualidade de vida.

2. DIABETES MELLITUS

A American Diabetes Association (ADA) define Diabetes Mellitus (DM), como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008), esse conceito é adotado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2007).

2.1 Epidemiologia

O DM constitui-se em um dos mais sérios problemas de saúde, tanto em números de pessoas acometidas, incapacitações, morte prematura, como nas despesas envolvidas em seu controle e tratamento de suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

Em 1985 se estimava que existissem 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem nos países em desenvolvimento, onde, a epidemia tem maior prevalência, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens. Existe a previsão que, a quantidade de pessoas com Diabetes irá mais que dobrar como consequência do envelhecimento da população e da urbanização. Além disso, em decorrência do crescimento da prevalência do Diabetes, será inevitável o aumento de mortes por doenças cardiovasculares nesses países, assim como, uma maior prevalência de complicações relacionadas ao Diabetes (WILD; GREEN; SICREE; KING, 2004).

Em 1995, as nações com maior número de pessoas com diabetes, e que se estima em 2025 ainda permaneçam, eram os seguintes: Índia (19 e 57 milhões respectivamente); China (16 e 38 milhões); e os EUA (14 e 22 milhões). Em 1995, o Brasil encontrava-se em terceiro lugar, cinco milhões de pessoas com diabetes, atrás apenas da Rússia (9 milhões); Japão (6 milhões). Em 2025, é previsto que o Brasil esteja entre os 10 países com maior prevalência de Diabetes, Paquistão (15 milhões); Indonésia (12 milhões); a Federação da Rússia (12 milhões); México (12 milhões);

Brasil (cerca de 11 milhões); Egito (9 milhões) e Japão (cerca de 9 milhões) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

A Organização Mundial da Saúde e a International Diabetes Federation (IDF) ressaltaram que, além das doenças não transmissíveis como: doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias, se estimam que, o diabetes passe a ser uma das causas de maior morbimortalidade do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Em um estudo que teve como objetivo a estimativa da quantidade de pessoas com Diabetes Mellitus, entre os anos de 2010 e 2030 realizados em 91 países, mostrou que, a prevalência mundial de diabetes entre os adultos dentro da faixa etária de 20-79 anos será de 6,4% o que corresponde a 285 milhões de adultos, números estes que aumentarão para 7,7% atingindo 439 milhões de adultos até o ano de 2030 (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010).

Com relação ao Brasil, no final da década de 80 foi realizado um estudo em 09 capitais brasileiras que mostrou uma prevalência de aproximadamente 8% na população, com faixa etária entre 30-69 anos, essa taxa, aumentava com a idade sendo de 17,4% no grupo etário de 60 – 69 anos (BRASIL, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), o número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e sedentarismo e maior sobrevida do paciente com DM.

Roglic; Unwin; Bennett; Mathers; Toumlehto; Nag; Connolly; King, (2005) desenvolveu um estudo no ano de 2000 e estimou que 7,5 milhões de pessoas com diabetes tenham falecido. Em sujeitos diabéticos que vieram a falecer com menos de 35 anos a causa foi atribuída ao diabetes em 75% do total de óbitos, já nas pessoas com diabetes com idades entre 35-64 anos, 59% das mortes foram atribuídas ao diabetes e, por fim, nas pessoas diabéticas com mais de 65 anos, 29% das mortes foram atribuídas ao diabetes. Este estudo sugere que, em grande parte dos países em desenvolvimento, quase uma em cada dez mortes em pessoas economicamente produtivas, com idades entre 35-64 anos, pode ser atribuída ao diabetes.

Mundialmente, a quantidade de óbitos atribuídos ao DM está em torno de 800 mil; mas, frequentemente o DM não é mencionado na declaração de óbito por suas

complicações, em especial. Doenças cardiovasculares e cerebrovasculares são causas de morte e, estas doenças aparecem nos dados estatísticos de mortalidade. Um dado mais realista sugere que, cerca de 4 milhões de óbitos que acontecem por ano estão relacionados à presença dessa doença, com importante contribuição de complicações cardiovasculares. Desta forma, correspondendo a aproximadamente 9% do total mundial de mortes. Grandes quantidades destas mortes ocorrem em quanto as pessoas estão economicamente ativas em relação à sociedade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Em um estudo desenvolvido por Brasil (2009), se observou a redução da taxa de mortalidade na população diabética na faixa etária entre 20 a 39 anos e, crescimento nas demais faixas etárias em ambos os sexos no Brasil e, na maioria das regiões entre os anos de 1990 e 2006.

Os custos do DM afetam a todos e não é apenas um problema econômico, os custos intangíveis (dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, por exemplo) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e familiares, e são difíceis de serem quantificados. Estimativas dos custos diretos para o Brasil em 2007 estão em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos, em comparação com 0,8 bilhões para a Argentina e 2 bilhões para o México (BARCELÓ, 2003).

2.2 Classificação

A classificação atual do DM foi proposta pela American Diabetes Association (ADA) em 1997 e se baseia na etiologia da doença e não na sua forma de tratamento, sendo então, os termos diabetes insulino-dependentes e diabetes não insulino-dependentes substituídos pela denominação Diabetes Tipo1 (DM1) e Diabetes Tipo2 (DM2) respectivamente (VILAR, 2006).

Segundo a American Diabetes Association (2008), a atribuição de um tipo de diabetes a um indivíduo, depende frequentemente das circunstâncias presentes no momento do diagnóstico e, muito dos indivíduos diabéticos não cabem facilmente em a única classe. Por exemplo, uma pessoa com Diabetes Mellitus Gestacional (GDM) pode continuar a ser hiperglicêmica após o parto, sendo então considerada com DM2.

Alternativamente, uma pessoa que adquire o diabetes por causa de grandes doses de esteróides exógenos pode tornar-se normoglicêmica uma vez que, os glicocorticóides sejam interrompidos, mas, por outro lado pode desenvolver o diabetes muitos anos mais tarde após episódios periódicos de pancreatite. Sendo, portanto, tanto para o médico, quanto para o paciente, menos importante rotular o tipo de diabetes que compreender a patogênese da hiperglicemia e tratá-la eficazmente.

O DM é então classificado pela American Diabetes Association (2008), em Diabetes Tipo1, Diabetes Tipo2, Diabetes Gestacional e outros tipos específicos. O DM1 é decorrente da destruição das células β , usualmente levado à deficiência absoluta de insulina, pode ser de, causa auto-imune ou idiopática. Já o DM2 pode variar de predominância de resistência insulínica, com relativa deficiência de insulina à predominância de um defeito secretório associado à resistência insulínica.

O DM2 está presente em 90% a 95% dos casos, pode ocorrer, em qualquer idade, entretanto é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, mas, pode ser necessário o tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado. A maioria dos pacientes com esse tipo de DM apresenta sobrepeso ou obesidade e cetoacidose que raramente se desenvolve espontaneamente, ocorrendo apenas quando associada a outras condições como infecções (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Os outros tipos específicos podem ser decorrentes de defeitos genéticos da função da célula β , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do Pâncreas exócrino, endocrinopatias, induzida por medicamentos ou produtos químicos, infecções. Existem formas incomuns de Diabetes auto-imune como: síndrome da pessoa rígida e anticorpos anti-receptores insulínicos, também existem outras síndromes genéticas que às vezes são associadas ao Diabetes como: Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner, Síndrome de Wolfram, Ataxia de Friedreich, Coréia de Huntington, Síndrome de Laurence-Moon-Biedl, Distrofia Miotônica, Porfíria e Síndrome de Prader-Willi (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008).

2.3 Diagnóstico

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), quando a glicemia de jejum está acima de 100mg/dl e abaixo de 126mg/dl, se tem a categoria glicemia de jejum alterada. Esse critério ainda não foi oficializado pela OMS, porém, já existe uma recomendação da Federação Internacional de Diabetes (IDF) que acata o ponto de corte para 100mg/dl. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) apresenta os seguintes valores de glicose plasmática para diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus estágios pré-clínicos:

Valores de Glicose Plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Jejum*	2h apos 75g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	> 140 a < 200	
Diabetes Mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas; **glicemia plasmática casual e aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição; ***os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não-explicada de peso. Nota: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado por meio da repetição do teste em outro dia, ao menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2007, p.14)

2.4 Tratamento

Um dos primeiros passos no tratamento de um paciente com diabetes é definir os objetivos do controle glicêmico. Para esta tarefa deve-se levar em consideração, uma visão geral do paciente que inclua: o tipo de diabetes, o nível educacional, as condições sociais, econômicas e emocionais, a idade, tempo de evolução da doença, nível de glicemia, presença de complicações, entre outras, para um adequado tratamento (OLIVEIRA, 2004).

A orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle da hiperglicemia associados a mudanças no estilo de vida (suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares), são consideradas terapias de primeira escolha para o Diabetes Mellitus tipo 2 e, quando necessário, o tratamento medicamentoso é instituído (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003; BRASIL 2001; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004).

Para Sartorelli; Sciarra; Franco; Cardoso, (2004), a associação de dietoterapia/atividade física provoca uma melhora na sensibilidade à insulina, diminui os níveis plasmáticos de glicose, reduz de forma expressiva a circunferência abdominal e a gordura visceral, melhorando o perfil metabólico com redução nos níveis de LDL e triglicérides e aumento do HDL.

O tratamento alimentar é uma das estratégias que contribuem para a obtenção dos objetivos propostos pela SBD para DM2, pois, a partir de um adequado tratamento nutricional pode-se chegar a um bom controle metabólico. Na terapia nutricional há dois objetivos: o objetivo geral que é o de orientação nutricional, instrumentalizar o indivíduo a realizar mudanças em seus hábitos alimentares e os objetivos específicos que são: auxiliar no controle da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer calorias suficientes para obtenção ou manutenção de peso, prevenir complicações agudas e crônicas do DM e promover a saúde por intermédio de uma alimentação saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

Segundo Brasil (2006), a prática regular de atividade física repercute positivamente no controle metabólico, leva a uma redução na utilização de hipoglicemiantes, atua no sentido de redução de peso, ajuda a combater o risco de doenças cardiovasculares, além de contribuir para a qualidade de vida (QV). Quando se fala em tratamento para o DM que envolva atividade física, cabe lembrar que, esse deve ser estruturado de maneira a contemplar a individualidade do sujeito.

Em um estudo realizado na região do Vale do Itajaí-SC, com pacientes com DM2 tratados e não tratados com insulina e idade entre 45 e 75 anos, chegaram às seguintes conclusões: quando se realizam regularmente exercícios físicos e de intensidade moderada há um melhor controle glicêmico, tanto em indivíduos tratados, como em não tratados com insulina, outro benefício da atividade física regular é a melhora da eficiência cardíaca (SILVA; LIMA, 2002).

A educação em diabetes é outro fator importante no controle metabólico adequado e na melhoria da qualidade de vida de pacientes com diabetes, doença crônica e, pode ser feita por meio de grupos psicoeducativos e colônias de férias, por exemplo. O Diabetes Weekend (DW) é um projeto educacional que tem como objetivo oportunizar ao portador de diabetes aprender a conviver com o DM, assim buscar melhor qualidade de vida, lidar adequadamente com as complicações agudas e complicações crônicas da doença. O DW é uma colônia de final de semana, realizada em sítios, fazendas e cidades históricas próximas a Belo Horizonte- MG, que conta com uma equipe multiprofissional. Após o DW foram observadas mudanças no comportamento dos pacientes sentidas por familiares como maior independência e dinamismo, os jovens passaram a aceitar melhor o DM e demonstraram maior integração social, bem como, redução no índice de crises de hipoglicemia e cetoacidose diabética (MAIA; ARAÚJO, 2002). Heleno; Vizzotto; Mazzotti; Cressoni-Gomes; Modesto; Gouveia, (2009) dizem que: “... o trabalho educativo em DM deve ser realizado de forma continuada”.

Com o objetivo de prevenir consequências causadas por hipertensão e diabetes, esclarecer dúvidas sobre o fator de risco cardiovascular, possibilitar maior adesão ao tratamento, estimular mudanças de comportamento em pacientes hipertensos e diabéticos. Um estudo com esses pacientes foi realizado na Unidade Básica de Saúde Vila Roma, na cidade de São Paulo, no bairro da Lapa, com a participação de uma equipe multiprofissional para realizar uma ação educativa. Foi concluído que, a formação de grupos para ação educativa, com segmento regular, com uso adequado de medicação, atendimento de intercorrência por equipe multidisciplinar realizado durante o período de 30 meses, demonstrou utilidade no controle da diabetes e hipertensão (SILVA; FELDMAM; LIMA; NOBRE; DOMINGUES, 2006).

Quando da não consecução de níveis adequados de glicemia diante de atividades físicas e dieta, existe a possibilidade de buscar tratamento medicamentoso como insulina, antidiabéticos orais como: sulfoniluréais (aumento da secreção de insulina), repaglimida (aumento da secreção de insulina), natelglimida (aumento da secreção de insulina), metformina (aumento da sensibilidade à insulina predominante no fígado), glitazonas (aumento da sensibilidade à insulina no músculo), acarbato (retardo da absorção de carboidatos) (BRASIL, 2001).

Segundo Dullius (2007), o tratamento do DM deve ter como objetivo alcançar a qualidade de vida (QV) e longevidade, os valores da glicemia e o organismo como um todo devem estar o mais próximo da normalidade e, desta forma pode-se evitar ou retardar o aparecimento de complicações. Assim, ocorre prolongamento da saúde e aumento dos anos com QV.

2.5 Controle

As metas estabelecidas pela ADA e SBD para caracterização do bom controle glicêmico estão resumidas na tabela.

Metas terapêuticas para o controle glicêmico, conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes e da American Diabetes Association		
Parâmetro laboratorial	Metas terapêuticas	
	SBD	ADA
Hemoglobina glicada (A1C)	<6,5%	<7%
Glicemia de jejum	<110	90-130
Glicemia pré-prandial	<110	90-130
Glicemia pós-prandial (duas horas)	<140	<180

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2008, p.11).

Brasil (2006) aponta como maneiras de se avaliar o controle glicêmico: a medida da hemoglobina glicada (A1C) e o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC); a partir destas medidas podemos ter informações fundamentais e complementares que possibilitam planejar e realizar o tratamento adequado.

Existem alguns sintomas que podem ser chamados de “clássicos”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Sintomas como: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, também levam a suspeita.

Brasil (2006) apresenta alguns testes laboratoriais utilizados no diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada:

- Glicemia de jejum: medido pelo nível de glicose no sangue após jejum de 8 a 12 horas.
- Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g): após receber uma carga de 75g de glicose, com a pessoa em jejum, a glicemia é medida antes e 120 minutos após sua ingestão.

Os exames de glicemia espelham o nível glicêmico do momento exato do teste, enquanto os testes de A1C refletem a glicemia média referente entre dois a quatro meses anteriores ao teste (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008).

A medida de glicemia pode ser realizada em laboratórios clínicos ou, por meio de automonitorização domiciliar. A utilidade da automonitorização para a avaliação do controle no DM2 tem sido contestada, mas, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2008), a automonitorização é fundamental para os portadores de DM2, principalmente naqueles com tratamento insulínico. Ressaltando-se que não há esquema padrão de frequência de testes glicêmicos aplicável a qualquer paciente, sendo importante ter em mente que, a frequência de testes para portadores de DM2 deve ser determinada com base no perfil de resposta clínica do paciente ao tratamento instituído

O termo hemoglobina glicada, também denominado hemoglobina glicosilada, glicohemoglobina ou simplesmente A1C, se refere, a um conjunto de substâncias formadas com base em reações entre a hemoglobina normal do adulto, a hemoglobina A (HbA) e alguns açúcares. Na avaliação do controle do diabetes, a fração A1C (HbA1c) é a mais importante e estudada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Níveis de A1C acima de 7% estão associados a um risco progressivamente maior de complicações crônicas, o que indicava a revisão do esquema terapêutico utilizado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Porém, em suas diretrizes mais recentes, a SBD adotou a meta de A1C < 6,5% como indicador de controle glicêmico do diabetes tipo2. Além disso, recomenda-se que os níveis de A1C sejam mantidos nos valores mais baixos possíveis, sem aumentar desnecessariamente o risco de hipoglicemias, particularmente em pacientes insulinizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007, 2008).

A A1C reflete a média de glicemias num dado período de tempo, então podem ocorrer casos em que o paciente apresente sistematicamente, períodos contínuos e alternantes de hiperglicemia e hipoglicemia significativas, então, a glicemia média de um determinado período acaba ficando dentro dos parâmetros normais, ou seja, apesar da predominância de períodos de hiper ou hipoglicemia, o nível de A1C acaba se mantendo dentro de limites aceitáveis. Logo, a aferição da glicemia ao longo do dia, deve ser realizada, a fim de se comprovar a validade da correlação entre o nível de A1C e o estado atual do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) destaca ainda que algumas condições clínicas que podem interferir nos valores de A1C encontrados.

Interferentes analíticos que podem alterar os resultados reais do teste de hemoglobina glicada

Situação clínica interferente	Impacto sobre o nível de Hemoglobina glicada
Anemia Hemolítica ou Estados Hemorrágicos	↓
Anemia por carência de Ferro, Vitamina B12 ou Ácido Fólico	↑
Presença de grandes quantidades de Vitaminas C e E no sangue	↓
Aumento de Triglicérides, Bilirrubinas e Uréia	↑
Presença de Hemoglobinas anormais ou variantes (HbS, HbC etc.)	↕

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2007, p.18).

Os testes de A1C devem ser realizados pelo menos duas vezes ao ano por todos os pacientes diabéticos e, a cada três meses, nos pacientes que se submeterem a alterações do esquema terapêutico ou que não estejam atingindo os objetivos recomendados com o tratamento vigente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008).

O controle glicêmico é de grande importância no gerenciamento do diabetes. Estudos (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1993; UNITED KINGDON PROSPECTIVE DIABETES STUDY, 1998) confirmam, que alcançar o controle glicêmico adequado está associado à redução das

taxas de retinopatia, nefropatia, neuropatia e redução de doenças cardiovasculares (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2002).

2.6 Fatores de riscos

Entre muitos fatores podemos destacar que, o aumento do sobrepeso e obesidade em conjunto com alterações no estilo de vida, envelhecimento da população, reduzido consumo de fibras na alimentação, maior consumo de gordura saturada nas dietas e açúcares, são fatores etiológicos da diabetes tipo2, obesidade e doenças crônicas (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Por ser uma doença que em muitos casos os sintomas que não se manifestam, mas, a pessoa já apresenta o DM tipo2 e não está diagnosticado, é indicado testes de rastreamento em indivíduos que apresentem fatores de riscos tais como: idade superior a 45 anos, sobrepeso, obesidade central, antecedente familiar de diabetes, hipertensão arterial, colesterol HDL ≤ 35 mg/dl e/ou triglicérides ≥ 150 mg/dl, história de macrossomia ou Diabetes Gestacional, diagnóstico prévio de Síndrome de Ovário Policístico, doenças cardiovasculares, cerebrovascular ou vascular periférica definida (BRASIL, 2006).

2.7 Prevenção

A prevenção primária (prevenção do início do DM) atua como estratégia de proteção às pessoas suscetíveis de desenvolverem o DM, e tem papel importante para reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde, como a de tratar as complicações do DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Existem evidências de que, as alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e atividade física, estão associadas à prevalência do DM2. Os programas de prevenção primária para este tipo de diabetes têm se baseado, em intervenções na dieta e na prática da atividade física visando combater o excesso de peso. No DM2 a maioria dos indivíduos, também apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia. A

hiperinsulinemia pode ser considerada, o elo entre esses distúrbios metabólicos havendo necessidade de intervenções abrangendo essas múltiplas anormalidades metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Quanto à prevenção secundária (prevenção de suas complicações agudas ou crônicas) do DM2, a intervenção deve ser planejada a partir da detecção de fatores de risco associados às lesões em órgão alvo e avaliação de comorbidades (BRASIL, 2001). O controle metabólico tem fundamental importância na prevenção do aparecimento ou consequências das complicações crônicas (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1993).

2.8 Complicações

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2008), a hiperglicemia prolongada promove o desenvolvimento de lesões orgânicas extensas e irreversíveis que afetam os olhos, rins, nervos, vasos grandes e pequenos, assim como a coagulação sanguínea.

A hiperglicemia crônica do diabetes é associada à disfunção e falência de vários órgãos, especialmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008).

Para que não ocorram complicações agudas do DM é necessário que, o paciente exerça um controle rigoroso dos níveis de glicose no sangue. As principais complicações agudas do DM que se instalam em questões de horas ou de poucos dias em decorrência das alterações dos níveis glicêmicos podem levar à hiperglicemia ou hipoglicemia.

A cetoacidose é causada por excesso de cetoácidos decorrentes da deficiência de insulina, com índices de mortalidade entre 5 a 15%. Entre os fatores precipitantes se destacam: infecção, suspensão da insulino terapia, abuso alimentar, uso de medicação hiperglicemiante, intercorrências graves (AVC, Infarto ou trauma). Ocorrendo com maior frequência em indivíduos tipo1, mas, também pode ocorrer em tipo2, que é conhecido como coma hiperosmolar. O quadro clínico se caracteriza por: polidipsia,

poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de, vômitos, desidratação, hiperventilação e alteração do estado mental (BRASIL, 2006).

A hipoglicemia é a diminuição dos níveis glicêmicos (60 a 70mg/ml), o que leva a pessoa a apresentar sintomas como: fome, tontura, confusão, coma, convulsão, sudorese, taquicardia, apreensão tremor. Esta manifestação pode ocorrer em pacientes que usam sulfoniluréas, repaglinida, nateglinida ou insulina. O paciente que atrasa suas refeições ou não as realiza, faz exercícios vigorosamente, consome álcool em excesso e comete erros na administração de insulina ou hipoglicemiante oral, é o que apresenta maiores fatores de risco para a hipoglicemia (BRASIL, 2006).

Com o passar do tempo, os indivíduos com DM apresentam complicações crônicas tais como: doenças cardiovasculares, retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética, pé diabético. Dentre os principais fatores de risco temos: longa duração da doença, mau controle metabólico, presença de hipertensão arterial, complicações preexistentes, gestação (BRASIL, 2001).

Várias alterações no metabolismo do diabético aumentam o risco de aterogênese. O processo aterosclerótico, que atinge o paciente diabético é semelhante ao do indivíduo não-diabético. A elevação da atividade pró-aterogênica nas células musculares lisas da parede vascular e da agregação plaquetária, além, do aumento de fatores pró-coagulantes, viscosidade sanguínea e produção de fibrinogênio, são alguns destes mecanismos. Estas anormalidades vasculares podem ser evidentes antes mesmo do diagnóstico de diabetes e, ainda aumentar com a duração da doença e piora do controle glicêmico. Todas estas alterações possuem uma ação deletéria sobre a parede do vaso, ativando o processo aterosclerótico, desestabilizando a placa de ateroma e precipitando eventos clínicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008).

Doença cardiovascular é a complicação de maior morbidade no paciente com DM. As doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces. Brasil (2006) assinala que, a sintomatologia na doença coronariana, doença cérebro vascular e doença cérebro vascular periférica, em geral é semelhante ao do paciente não diabético, mas, alguns pontos necessitam ser salientados: angina de peito e infarto do miocárdio pode ocorrer de forma atípica na apresentação e na caracterização da dor devida à presença de neuropatia autonômica cardíaca do diabetes; manifestações cerebrais de hipoglicemia podem mimetizar ataques isquêmicos transitórios; a evolução

pós-infarto é pior nos pacientes com diabetes. A hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e tabagismo são fatores de risco para o diabético.

A retinopatia diabética é apontada como uma das principais formas de cegueira no Brasil, a maioria dos pacientes diabéticos, com mais de 20 anos da DM são acometidos por essa doença. Sua presença alerta para o aparecimento precoce das complicações microvasculares e do risco de comprometimento renal. Como medidas comprovadamente efetivas na prevenção e na redução da progressão da retinopatia, destacam-se o controle glicêmico e controle da pressão arterial (BRASIL, 2006). A retinopatia diabética deve ter uma abordagem multidisciplinar, e o diagnóstico deve ser feito em sua fase inicial, antes que ocorram lesões que sejam comprometedoras (MAIA JÚNIOR; MARBACK; BONANOMI; TAKAHASHI; KARA-JOSE, 2007).

A neuropatia diabética é apontada como uma das complicações mais frequentes que acomete o paciente com DM. Apresenta um conjunto de síndromes clínicas que repercutem no sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, com instalação aguda ou crônica, que pode ter um caráter reversível ou irreversível, se manifestando silenciosamente ou com quadros sintomáticos dramáticos (BRASIL, 2001, 2004). Comumente, a neuropatia simétrica sensitivo motora distal, se caracteriza por sensação de queimação, choques, agulhadas, formigamentos, dor a estímulos não dolorosos, câimbras, fraqueza ou alteração de percepção da temperatura, que pode ser em repouso, geralmente a uma exacerbação a noite que melhora com o movimento. Devem-se considerar outras formas de neuropatia, que devem ser excluídas por meio de testes de vitamina B12, HIV, função tireoidiana renal, alcoolismo e para efeitos de fármacos.

O pé diabético é responsável por 50 a 70% das amputações não traumáticas, 15 vezes mais frequentes em indivíduos com diabetes. Apresenta os seguintes fatores de riscos: antecedentes de úlceras nos pés, educação terapêutica deficiente, neuropatia, calos, uso de calçados inadequados, nefropatia diabética, lesões não ulcerativas, baixa acuidade visual. Em um estudo realizado por Milman; Leme; Borelli; Kater; Baccilli; Rocha; Senger, (2001), com 23 pacientes que apresentavam lesões de membros inferiores relacionadas ao DM internados em enfermarias do Conjunto Hospitalar de Sorocaba apontou que, o pé diabético é uma patologia significativa em nosso meio que gera uma alta taxa de amputação, internações por longo período, que muito eleva os

custos hospitalares. Gamba; Gotlieb; Bergamaschi; Vianna, (2004) apontam em seu estudo, a associação entre amputação e o hábito de fumar, presença de polineuropatia simétrica distal e da vasculopatia periférica, também concluem que, o tratamento do DM e o comparecimento às consultas foram associados à prevenção das amputações.

3. QUALIDADE DE VIDA

3.1. Conceito de Qualidade de Vida

A noção de QV foi construída ao longo do percurso da humanidade, e está atrelada comumente ao contentamento que se tem quanto à vida pessoal, amorosa, social, ao ambiente em que se vive e a própria estética existencial. Existe uma grande quantidade de significados para QV que são reflexos dos conhecimentos, experiências e questões de valores individuais e coletivas construídas pela sociedade, levando-se em consideração, a cultura e o momento histórico (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A conceituação de qualidade de vida é uma tarefa árdua (ROCHA; OKABE; MARTINS; MACHADO; MELLO, 2000).

Ao discutir em seu artigo as origens de qualidade de vida (MUSSCHENGA, 1997, p.11) comenta:

Originalmente, o termo ‘qualidade de vida’ foi usado para criticar as políticas que visavam o crescimento econômico desordenado. Os críticos apontaram para os efeitos devastadores a longo tempo (esgotamento de recursos) e os efeitos colaterais (a poluição do meio) do crescimento econômico em condições futuras de uma boa vida. Ao utilizar o termo ‘qualidade de vida’, esses críticos expressaram preocupação com a qualidade das condições externas de vida. A crença nas bênçãos do crescimento econômico fazia parte de uma concepção de boa vida em que os valores materiais eram centrais. Aos olhos dos que eram críticos era uma concepção podre de boa vida.

Após a II Guerra Mundial, a influência da ideologia assistencialista e utilitarista na política aumentou. Os objetivos da política social foram formulados em outros termos como ‘felicidade’, ‘bem-estar’ e ‘qualidade de vida’.

O interesse pelo estudo da qualidade de vida pode ser atrelado na década de 60, ao então presidente dos Estados Unidos Eisenhower, com a publicação do relatório da Commission on National Goals, que refletia uma inquietação com a qualidade de vida e bem-estar da população, a partir de alguns indicadores sociais e ambientais (PAIS-RIBEIRO, 1998).

Segundo Scattolin (2006), com o passar dos tempos se observou a necessidade de ampliar o conceito, o que refletiu nos indicadores que além das condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, agregaram-se à mortalidade infantil, esperança de vida, nível de escolaridade, saneamento básico, níveis de poluição entre

outras medidas objetivas. Contudo se observou que, estes parâmetros eram insuficientes para mensurar qualidade de vida e que seria necessário avaliar o quanto cada sujeito se percebia satisfeito ou não com sua qualidade de vida, o diferenciando assim das medidas objetivas, pois, se levava em consideração a subjetividade, singularidade na avaliação da qualidade de vida.

Qualidade de vida é um termo que vem sendo muito utilizado no dia-a-dia, no contexto acadêmico, devido ao crescente interesse como, por exemplo, na área em que trabalha com a saúde e, no senso comum que, muitas vezes acaba por rotular qualidade de vida como sinônimo de felicidade, bem-estar, liberdade, sucesso e entre tantos outros. Olhando de uma maneira mais abrangente para QV pode-se concluir que representa o nível de satisfação das pessoas quanto a aspectos que envolvem o físico, emocional, bem-estar em nível social, estilo de vida e questões econômicas (SOUZA, 2008). Observa-se que, QV é multideterminada. Vale lembrar que muitos gestores políticos, utilizam este termo referindo-se a aspectos desenvolvimentais, socioeconômico, cultural e acesso aos bens de consumo.

Seidl e Zannon (2004) a respeito do conceito de qualidade de vida apontam que, o mesmo surgiu inicialmente na década de 30 na literatura médica. Além disso, parece ser consenso atualmente entre os investigadores de que, a subjetividade e a multidimensionalidade são aspectos importantes na conceituação do mesmo. A subjetividade acredita na percepção do sujeito a cerca do seu estado de saúde e os seus aspectos não médicos no contexto da vida. A multidimensionalidade deste constructo refere-se à questão da pluridimensionalidade das dimensões do mesmo.

A Organização Mundial de Saúde a partir do The Whoqol Group (1995, p.1405) definiu Qualidade de Vida (QV) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Constatam-se a partir desta definição três perspectivas: a perspectiva singular do sujeito; diferentes dimensões que levam em consideração vários domínios; e que qualidade de vida inclui as perspectivas objetivas e subjetivas. Prebianchi; Barbarini (2009, p.356) comentam: ‘a avaliação objetiva da qualidade de vida foca o que o indivíduo pode fazer; a avaliação subjetiva inclui o significado para o indivíduo; envolve essencialmente sua experiência’.

Na literatura pertinente à área da saúde pode se observar duas tendências quanto à conceitualização: uma mais genérica e outra relacionada à saúde. A genérica tem uma conceituação mais ampla, com ausência de referência a disfunções ou agravos, já a segunda pode-se dizer, que é usada com objetivos semelhantes à primeira, contudo centraliza-se mais nos aspectos associados às doenças ou nas intervenções à saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). Melhorar o nível de qualidade de vida da população se configura como uma das metas mais cobiçadas nas políticas de saúde pública (SCATTOLIN, 2006).

3.2. Avaliação de Qualidade de Vida

Minayo et al. (2000) descreve que, as medidas de qualidade de vida podem ser genéricas e específicas, as primeiras não especificam as patologias, suas utilizações são especialmente indicadas para estudar epidemiologia, planejamento e avaliação do sistema de saúde. A segunda comumente é usada para avaliar a qualidade de vida cotidiana do indivíduo, acometido por uma doença, cuidados médicos. Aguiar; Vieira; Carvalho; Montenegro-Junior, (2008) acrescenta que, os instrumentos genéricos são multidimensionais, levam em consideração vários aspectos (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental), os específicos também são multidimensionais, contudo, o foco recai nos sintomas, incapacidades ou limitações relacionadas a alguma patologia.

Os instrumentos de medidas de QV classificam-se em três categorias: genéricos que compreendem QV como, subjetivo, multidimensional, e que, em sua avaliação leva em conta aspectos negativos e positivos, e podem ser utilizados em uma variedade de população, fornecendo um perfil sobre a saúde do sujeito; específico, que são criados no intuito de avaliar a QV referente a enfermidades ou uma dada população específica; medidas de utilidade (incorporação de medidas de preferência do indivíduo relacionadas à saúde e à morte) utilizam uma combinação de sobrevida de uma doença levando em consideração uma perspectiva social e institucional, são muito utilizadas para calcular a relação custo benefício por instituições que gerenciam recursos no setor da saúde pública (SOUZA, 2008, LOPES; CICONELLI; REIS, 2007).

A avaliação da qualidade de vida é uma ferramenta válida como complemento aos conceitos tradicionais de saúde e status funcional. Uma avaliação ideal de saúde deveria incluir uma avaliação da saúde física da pessoa, uma avaliação do funcionamento físico, social, psicológico e uma medida de qualidade de vida. Essa avaliação cobriria os domínios físico, psicológico, social e espiritual da vida da pessoa (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O Grupo de QV da Organização Mundial de Saúde desenvolveu um instrumento para avaliação da QV, a partir de um projeto que contou com a colaboração de 15 centros simultaneamente em diferentes culturas, o instrumento resultante foi denominado de WHOQOL-100, que possui seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais (THE WHOQOL GROUP, 1998, CHACHAMOVICK; FLECK, 2008). Posteriormente foi desenvolvido o WHOQOL-bref, que é o instrumento abreviado que consta de vinte e seis questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e se trata de um instrumento genérico para aferir qualidade de vida (FLECK; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS; PINZON, 2000).

Neste estudo será utilizado como medida para aferir a qualidade de vida dos sujeitos da amostra o questionário de qualidade de vida denominado de WHOQOL-bref, que está apoiado na definição de qualidade de vida estabelecida pela OMS.

3.3 Qualidade de Vida e Diabetes

Segundo Pais-Ribeiro (1998), inicialmente qualidade de vida foi examinada por autores fora do campo da saúde, em população que não estava sofrendo nenhuma doença. Posteriormente, qualidade de vida passou a ser alvo de estudos na área da saúde em contextos médicos, onde recebeu a denominação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Reconhecendo que, o aumento do número dos anos de vida vem crescendo em decorrência dos avanços obtidos na área da saúde e que o prolongamento dos anos de vida traz consigo, o como são vividos estes anos é crucial a compreensão da qualidade de vida desses anos, não só para os acometidos de doenças, mas, também, em

populações saudáveis. Levando-se em conta, que percepções do indivíduo sobre aspectos emocionais, físicos, ambientais, relações sociais entre outros aspectos influenciam na sua qualidade de vida, torna-se importante o seu estudo para a compreensão dos aspectos psicológicos que compõem QV e que a influenciam. Pois, a partir desta compreensão pode-se gerenciar as variáveis psicológicas que interferem negativamente e as que contribuem positivamente na aquisição de uma maior qualidade de vida (PAIS-RIBEIRO, 2009).

Portanto, o estudo da QV possibilita o planejamento de estratégias de intervenção do setor de saúde, fato este, que vem dia após dia se afirmando como uma variável importante e imprescindível na produção do conhecimento e na prática de intervenções, visando à promoção da saúde. O estudo dos aspectos psicológicos é útil na promoção da QV, e nota-se o interesse nesta variável (PAIS-RIBEIRO, 2009).

A avaliação da QV dos portadores de DM é importante, pois, a partir desta ação pode-se pensar sobre o significado desta enfermidade para o sujeito e pensar ações que venham beneficiá-lo quanto ao tratamento e manejo do DM (SILVA, 2003).

Sendo o DM uma enfermidade sem cura, Silva; Pais-Ribeiro; Cardoso; Ramos; Carvalhosa; Dias; Gonçalves, (2003, 186p.) a este respeito dizem:

[...] principal problema clínico reside nas suas complicações crônicas, que têm um espectro espantosamente alargado, uma vez que não existe praticamente nenhum órgão ou sistema que não possa ser afetado por esta doença, e dado que a prática clínica sugere que as sequelas crônicas da Diabetes podem ter um significativo impacto na vida destes doentes, seria natural que esse impacto fosse alvo de interesse pelos investigadores. Porém, não são numerosos os estudos que se debruçaram sobre o impacto das complicações crônicas da Diabetes na qualidade de vida dos doentes.

Segundo Rubin e Peyrot (1999) pessoas com Diabetes sentem muitas vezes dificuldades no seu dia-a-dia, em questões relacionadas ao tratamento, manejo, controle glicêmico, riscos de desenvolver complicações em longo prazo, todos estes fatores podem afetar sua qualidade de vida.

Diferentes fatores podem afetar a qualidade de vida dos pacientes com DM, entre eles podemos apontar variáveis psicossociais, índice de massa corporal, glicemia, hemoglobina glicada (HbA1c), tempo de duração da doença, obesidade, dislipidemia, hipertensão (AL-SHEHRI; TAHA; BAHNASSY; SALAH, 2008).

Investigações têm sugerido que o impacto do DM nos sujeitos que sofrem desta enfermidade, não deve ser medido somente com os parâmetros clínicos, como o controle da glicemia e presença de comorbidades, pois, a avaliação das variáveis psicossociais, adesão ao tratamento e qualidade de vida devem ser levadas em consideração (BELTRAME, 2008). A qualidade de vida é uma questão de importância crucial no tratamento, pois, pode ajudar na capacidade de um indivíduo a controlar sua doença e manter a saúde e seu bem estar em longo prazo (RUBIN, 2000; GLASGOW; FISHER; ANDERSON; LA GRECA; MARRERO; JOHNSON; RUBIN; COX, 1999).

Entre alguns fatores que podem influenciar na qualidade de vida Abolfotouh (1999) aponta os seguintes: adesão ao tratamento, complicações crônicas, tempo do diabetes, fase da vida em que apareceu o diabetes, idade, gênero. Há fatores que podem ser acrescentados, o controle glicêmico inadequado e uso de insulina (MATA; ROSET; BADIA; ANTONANZAS; RAGEL, 2003). As experiências vividas por pacientes com DM são únicas em relação aos fatores médicos e sociais, logo, os cuidados de saúde em relação ao paciente podem melhorar se forem adaptadas às experiências individuais do paciente em relação à doença e as suas necessidades psicológicas ligadas ao DM (ABOLFOTOUH, 1999).

Na literatura observamos o interesse de avaliação da qualidade de vida em pacientes com DM (SOUZA; SANTINI; WADA; VASCO; KIMURA, 1997; MIRANZI; FERREIRA; IWAMOTO; PEREIRA; MIRANZI, 2008; BROWN; BROWN; SHARMA; BROWN; GOZUM, 2000; MISRA; LAGER, 2008; ORTEGA, 2005; SOUZA, 2009; KOLAWOLE; MOSAKU; IKEM, 2009).

A relação entre qualidade de vida e controle glicêmico é complexa, pois podem ocorrer os seguintes casos: alguns pacientes apresentam boa qualidade de vida com bom controle glicêmico; outros apresentam satisfação com a qualidade de vida e baixo controle glicêmico; baixa qualidade de vida é um bom controle glicêmico (SNOEK, 2000). Segundo este autor o mau controle glicêmico e baixa qualidade de vida, podem coincidir em pacientes com diabetes, muitas vezes afetando negativamente um ao outro, como causa e efeito do baixo controle do diabetes.

Paschalides (2004) realizou uma pesquisa com 184 sujeitos, com o objetivo de analisar as inter-relações de ansiedade e depressão, crenças sobre a doença com controle glicêmico e qualidade de vida em adultos com Diabetes Mellitus tipo 2. Foram usados

os seguintes instrumentos: o questionário Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36), que fornece resultados relativos às dimensões física e mental da qualidade de vida, Illness Perception Questionnaire (IPQ), the Well-Being Scale (WBQ). Os autores concluíram que, ansiedade, depressão e crenças negativas sobre doenças, exercem influencia sobre aspectos físico e mental da qualidade de vida, mas, não houve relação com o controle metabólico.

O estudo de Ménard; Payette; Dubuc; Baillargeon; Maheux; Ardilouze, (2007) teve como objetivo avaliar o impacto de uma multiterapia intensiva na percepção da qualidade de vida, atitudes, conhecimentos e autogestão em pacientes diabéticos tipo2 com mau controle. A amostra foi composta por setenta e dois sujeitos, trinta e dois que compôs o grupo submetido à multiterapia intensiva (sujeitos entre 30-70 anos, com mau controle, $HbA1c \geq 8\%$, pressão arterial elevada e dislipidemia) e trinta e dois no grupo controle (tratamento convencional). A multiterapia consistia de acompanhamento mensal, educação em grupo e individual, medida da glicemia pelo menos duas vezes ao dia, tratamento farmacológico, insulino terapia, entre outras atividades. Após doze meses, a qualidade de vida melhorou significativamente em indivíduos do grupo de mau controle submetidos à multiterapia quando comparado ao grupo controle.

Eren; Sahin; Sahin, (2008) pesquisaram uma população de sessenta sujeitos, dividido em dois grupos, um com episódio depressivo e outro não depressivo, com o objetivo de investigar os efeitos da depressão na qualidade de vida de pacientes com Diabetes tipo2. Foram utilizados o Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), e a versão Turca do WHOQOL-BREF. A avaliação da qualidade de vida mostrou que, os domínios desta escala apresentaram escores significativamente menores no grupo de deprimidos, além, de constatarem nesta amostra que $HbA1c$ foi inversamente correlacionada com saúde física, psicológica, relações sociais, domínio geral, pressão social, qualidade de vida geral. Os autores concluem que a presença da depressão em DM tipo2 tem efeito negativo na qualidade de vida dos pacientes, e que a depressão deve ser cuidadosamente avaliada durante o tratamento.

Com o objetivo de comparar a qualidade de vida de pacientes diabéticos tipo2 foram compostos dois grupos, um de bom controle glicêmico ($HbA1c \leq 7,5\%$) e outro de mau controle glicêmico ($HbA1c >7,5\%$). Participaram deste estudo cento e cinquenta

e sete pacientes, selecionados em hospital geral e clínica de cuidados primários, destes, cento e cinquenta pacientes foram incluídos nas análises, sessenta e três do sexo feminino e oitenta e sete do sexo masculino. Em média, os pacientes levaram cerca de 10-15 minutos para responder o questionário de qualidade de vida. Neste estudo, os pacientes com pior controle glicêmico apresentaram menores escores de qualidade de vida (KAMARUL IMRAN; ISMAIL; NAING; WAN MOHAMAD, 2010).

4. SUPORTE SOCIAL

4.1 Conceito e Dimensões

Diante da importância do estudo das relações interpessoais, investigadores têm promovido o debate em torno de alguns aspectos como, a definição do apoio social, suas dimensões principais, suas funções, as formas de avaliar, possíveis repercussões no bem estar físico e psicológico e os potenciais mecanismos que ligam o apoio social à saúde (NUNES, 2005). Observa-se, uma crescente preocupação em relação à maneira como fatores psicossociais e biológicos interagem ao longo do processo de uma doença, e o suporte social é um dos fatores psicossociais que vêm ganhando espaço nas investigações (SILVA, 2006).

Siqueira (2008a) aponta que, diversas ciências estudam suporte social, entre as quais temos: a Psicologia, Antropologia, Gerontologia, Sociologia, Epidemiologia, sendo que, Cobb (1976) foi o primeiro a investigar e tecer relações entre o suporte social e saúde.

Segundo Straub (2005), indivíduos diante de uma situação estressante que percebem alto apoio social podem vivenciar menor estresse e, desta forma enfrentá-lo de forma mais adequada. Além de pesquisas, que relacionam estresse e suporte social observa-se na literatura uma diversidade de interesses relacionados a suporte social como: doença coronariana (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008), diabetes (GOMES-VILLAS BOAS et. al., 2009; TRIEF; GRANT; ELBERT; WEINSTOCK, 1998), câncer (HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006).

Existem inúmeras pesquisas sobre suporte social e diversos conceitos. A falta de consenso sobre a definição do conceito é uma das críticas (UCHINO, 2004; KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985; NUNES, 2005). Seguem algumas definições tais como:

- “companheirismo de outras pessoas que transmite preocupação emocional, auxílio material ou retorno honesto a respeito de uma situação” (STRAUB, 2005, p.171);

-“informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas” (COBB, 1976, p.300);

-“a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (SARASON et. al., 1983, p.127);

-“a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) para o indivíduo em determinadas situações da vida.” (MARTINS, 2005, p.130);

Segundo Silva (2006), na maioria das definições, suporte social é visto em relação ao conteúdo funcional das relações, levando em consideração, o nível de envolvimento emocional, instrumental, informação. Ainda aponta que, o suporte social deve ser entendido a partir da experiência singular de cada pessoa, pois, não pode ser entendido como a somatória objetiva de interações e trocas, desta forma é importante compreender o grau com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido.

Cobb (1976) a partir das informações que o indivíduo processa, desenvolve crenças de que é amado, estimado, apreciado e valorizado. Desta forma, na visão psicológica, suporte social tem a partir da relação destas classes de crenças uma natureza cognitivista (SIQUEIRA, 2008a).

Em relação às dimensões que compõem suporte social, a literatura aponta: suporte emocional, com demonstração de afeto, empatia, preocupação e disponibilidade para ouvir (LANGFORD; BOWSHER; MALONEY; LILLIS, 1997; SEEMAN, 1998); suporte instrumental: auxílio financeiro, material, auxílio nas atividades diárias (RODRIGUEZ; COHEN, 1998; SEEMAN, 1998); suporte informacional: orientação, conselho (RODRIGUEZ; COHEN, 1998; SEEMAN, 1998); suporte de avaliação: reforçar comportamentos adequados (LANGFORD, BOWSHER; MALONEY; LILLIS, 1997).

Suporte emocional, instrumental e informacional são as dimensões de suporte social apontadas por Rodriguez e Cohen (1998). Segundo Straub (2005) o apoio emocional, apoio instrumental, apoio informacional e companheirismo social configuram-se como dimensões de suporte social.

Apesar de não haver um consenso quanto às dimensões de suporte social há uma convicção de que, a dimensão emocional se caracteriza como, a principal em relação à instrumental. Contudo, podem-se agrupar as três dimensões (emocional, instrumental e informacional) em duas categorias: uma afetiva (emocional), que leva a pessoa a crer que pode encontrar em sua rede social força para lidar e vencer os problemas afetivos, a segunda poderia ser uma dimensão de ordem prática (instrumental e informacional), pois, que representaria a tranquilidade de que o indivíduo poderá contar com pessoas, com disposição para suprir suas demandas de ordem práticas (SIQUEIRA, 2008a).

4.2 Suporte Social e Saúde

O número de pesquisas sobre suporte social cresceu muito nos últimos 30 anos e comprovam que existe uma forte relação da importância do suporte social como protetor da saúde. Acredita-se que pesquisas de suporte social são importantes para melhorar e adequar às intervenções, influenciando de maneira positiva na saúde (REBLIN; UCHINO, 2008; PAUL; SMITH; WHITFORD; O`KELLY; O`DOWD, 2007; SARASON, 1983).

Dentro da área da saúde observa-se um grande interesse pelo apoio social funcional, que pode ser de acordo com Abreu-Rodrigues e Seidl (2008, p.282) de dois modos:

[...] suporte instrumental se refere à percepção e satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade de apoio para questões operacionais relacionadas ao seu tratamento de saúde, atividades práticas do cotidiano, ajuda material ou financeira. O apoio emocional está relacionado à percepção e satisfação, quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à condição de saúde e tratamento.

Berkman (1995) diz que, as pessoas não vivem só, vivem dentro de um contexto social e, a literatura aponta que, as relações sociais que apresentam suporte social estão relacionadas positivamente a promoção da saúde dos indivíduos. Além disso, ressalta que, se deve buscar intervenções que incluam variáveis psicossociais que atuem nas redes de suporte e no suporte social destas para que interfiram na promoção da saúde.

Cobb (1976) aponta a importância da função protetora do suporte social na saúde, a partir de evidências em situações de hospitalização, alcoolismo, estresse e doenças psicossomáticas. Além disso, o apoio social pode diminuir a quantidade de medicação e acelerar a recuperação do paciente.

Uchino; Cacioppo; Kiecolt-Glaser (1996) apontam o efeito protetor do suporte social diante do estresse em situações de adoecimento envolvendo doenças cardiovasculares, endócrinas e ligadas ao sistema imunológico. Desta forma, o suporte social tem um importante papel no processo de recuperação em situações de adoecimento agindo de maneira que ajuda o indivíduo em sua saúde.

A partir da avaliação de pacientes com diabetes que procuravam o serviço de atendimento ambulatorial verificou-se que, o suporte social reduzia o efeito do estresse agindo de maneira benéfica para a saúde (PILISUK; BOYLAN; ACREDOLO, 1987). Segundo Nunes (2005, p.147) “[...] sujeitos com apoio social, se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos indutores do estresse; recuperam-se mais rapidamente da doença recentemente diagnosticada e reduzem o seu risco de mortalidade”, referindo-se mais especificamente ao Diabetes.

Hanson; Henggeler; Burghen, (1987) investigando a relação entre estresse e controle metabólico em pacientes com diabetes tipo1, constataram que, o estresse está associado diretamente com o controle metabólico, o apoio dos pais não foi associada com o controle metabólico e sim houve relação direta entre apoio social dos pais e adesão ao tratamento.

Viner; McGrath; Trudinger, (1996) visando compreender a relação entre estresse familiar, suporte social e controle metabólico em pacientes com DM verificou, que houve relação entre suporte familiar e proteção diante dos eventos estressantes da vida, contudo não encontrou relação entre suporte social e controle glicêmico.

Segundo Abreu-Rodrigues e Seidl, (2008) a partir de uma revisão na literatura constatam que, existe evidências de que suporte social proporciona benefícios na saúde do paciente coronariano. Boutin-Foster (2005) em um estudo que avaliou o suporte social percebido pelos pacientes constatou que, o mesmo pode promover a modificação de fatores de risco para doenças coronarianas e desta forma contribuir para manutenção da saúde.

4.3 Escalas de Suporte Social

As medidas de suporte social buscam avaliar aspectos estruturais ou funcionais. O primeiro busca avaliar às peculiaridades estruturais da rede, bem como número de pessoas que fazem parte da mesma, por exemplo. Já, quanto aos aspectos funcionais, a avaliação está focada na disponibilidade e no tipo de apoio oferecido ao sujeito que pode ser emocional, instrumental, informacional, interações sociais positivas e socialização, satisfação percebida pelo indivíduo (SIQUEIRA, 2008b).

Nunes (2005) a respeito das medidas de suporte social fala, que estas buscam medir a estrutura ou função, a primeira mede os aspectos quantitativos do suporte social, já a segunda avalia os aspectos qualitativos. Segundo Pais-Ribeiro (1999, p.551) “não há uniformidade quanto à maneira de o avaliar, nem é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas para o avaliar. A variedade destas técnicas reflete a complexidade da concepção de suporte social.”.

Matsukura; Marturano; Oishi, (2002, p.680) ao final de seu trabalho de validação de um questionário de suporte social para a língua portuguesa ressaltam: “a importância e a necessidade de desenvolvimento de estudos no âmbito do suporte social, na medida em que o mesmo pode contribuir para a compreensão dos processos de saúde/doença, de qualidade de vida”. O desenvolvimento de maneiras de mensurar suporte social torna-se necessário para uma melhor compreensão deste constructo e intervenções. A seguir são apresentados alguns instrumentos utilizados para mensurar suporte social.

Em Portugal, Pais-Ribeiro (1999) validou a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSP), a consistência interna (alfa de Cronbach) da escala total é de 0,85, com as seguintes dimensões: satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família, atividades sociais. As quatro dimensões possuíam um total de quinze itens. No Brasil podemos apontar algumas escalas validadas como as três que seguem.

Griep; Faerstein; Werneck; Lopes, (2005) validaram a Escala de Apoio social, que era composta por cinco dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio de informação, apoio afetivo e interação social positiva, com um total de dezenove itens, o coeficiente alpha de Cronbach foi igual ou maior do que 0,83 para todas as dimensões.

Outra escala validada foi denominada de Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (SEIDL; TROCCOLI, 2006), suas dimensões foram suporte social emocional, suporte social instrumental, com doze itens cada dimensão, perfazendo um total de 24 itens, o alpha de Cronbach foi equivalente a 0,87.

Siqueira (2008b) validou a Escala de Percepção de Suporte Social – EPSS composto de vinte e nove itens. É um questionário auto-avaliativo sobre as dimensões do suporte social: fator 1: suporte prático e fator 2: suporte emocional, itens que possuem alfa Cronbach de 0,90. As duas dimensões desta escala (suporte prático e suporte emocional) são as mesmas postuladas por Cobb (1976).

4.4 Suporte Social e Diabetes

Quanto às pesquisas que relacionam suporte social e diabetes há uma maior atenção à importância do papel do contexto social dos pacientes com diabetes. Pesquisas sobre suporte social nesta área têm estudado o papel desta variável psicossocial na adesão ao tratamento e no controle glicêmico (SILVA et. al. 2003; SAMUEL-HODGE; HEADEN; SKELLY; INGRAM; KEYSERLING; JACKSON; AMMERMAN; ELASY, 2000). Ainda não existe cura para o DM, a estrada parece ser longa, contudo os efeitos agudos e as consequências em longo prazo podem ser influenciadas pela auto-gestão, atenção aos cuidados médicos, e apoio psicossocial (SNOEK; SKINNER, 2000).

Toljamo e Hentinen (2001) numa investigação sobre a relação entre suporte social e adesão ao tratamento em pacientes diabéticos tipo 2, concluíram haver relação entre suporte social e adesão ao tratamento por intermédio de comportamentos de auto-cuidados.

Rossi; Pace; Hayashida, (2009), em um estudo que buscou compreender a influência familiar no cuidado de pessoas com diabetes tipo 2, onde participaram cinquenta e uma pessoas concluíram que, a família é uma importante fonte de apoio, contribuindo para aceitação da doença e adesão ao tratamento por parte do paciente.

Em um estudo desenvolvido por Whittemore; Melkus; Grey (2000), com o objetivo de verificar os fatores relacionados à adesão ao tratamento, controle metabólico e ajustamento psicológico em mulheres com diabetes tipo2 concluíram que, o suporte social tem impacto positivo nas variáveis do estudo.

Fukunishi; Horikawa; Yamazaki; Shirasaka; Kanno; Akimoto (1998), em seu estudo com cento e setenta e oito sujeitos concluíram que, pacientes diabéticos que são capazes de perceber e utilizar adequadamente os seus suportes sociais apresentaram bom controle glicêmico.

Silva et al. (2003), ao analisar o efeito do suporte social no controle glicêmico, na qualidade de vida e complicações crônicas em trezentos e dezesseis sujeitos com diabetes, apontou quanto à relação de suporte social e controle glicêmico que, os doentes com bom controle metabólico referem estar mais satisfeitos com as amizades do que os doentes com controle aceitável ou mau controle metabólico. Os resultados desta pesquisa confirmam a ideia de que, o suporte social tem significativa importância no controle glicêmico e na qualidade de vida.

Sandoval; Ceballos; Escalante; Perez; Hernandez (2007) realizou uma intervenção em grupo de pacientes diabéticos onde comparou o controle glicêmico entre os pacientes, que receberam suporte social e um grupo que não recebeu. O grupo que obteve apoio demonstrou um melhor controle glicêmico, porém, mesmo sendo importante esta descoberta foi verificado que os dois grupos estavam acima da média.

Trief et al. (1998) buscou verificar se variáveis familiares e psicossociais interferem no controle metabólico e na adaptação ao diabetes tipo1, em cento e cinquenta pacientes adultos, concluindo que, quanto maior a idade, pior o controle glicêmico, avaliado pela hemoglobina glicada, o suporte familiar, não foi relacionado ao controle glicêmico, e quando a família apoia o tratamento os sujeitos diabéticos manifestaram maior satisfação com tratamento.

Em um estudo que visou investigar a relação entre estresse e controle metabólico em diabetes tipo1 desenvolvido por Hanson; Henggeler; Burghen, (1987) teve como um de seus resultados o fato do suporte social dos pais foi positivamente correlacionado com adesão ao tratamento, contudo não foi associado com controle metabólico.

A partir de uma investigação que tinha como objetivo estudar a relação do suporte social no controle metabólico do Diabetes Mellitus tipo2, onde se chegou a uma diferença entre a satisfação com o suporte social em relação ao gênero, que indicou que os homens estavam mais satisfeitos com o suporte social, mas, apresentavam um pior controle glicêmico, e com as mulheres, o resultado constatou que, elas apresentavam uma relação positiva entre satisfação em relação ao suporte social e um bom controle glicêmico (HEITZMANN; KAPLAN, 1984).

Assim, diante do exposto a presente pesquisa teve como objetivos:

- 1-Avaliar a qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico em pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo2.
- 2- Descrever o perfil sociodemográfico e do controle glicêmico destes pacientes.
- 3- Analisar as variáveis sociodemográficas e controle glicêmico destes pacientes.
- 4- Correlacionar os domínios de qualidade de vida e fatores do suporte social.

5. MÉTODO

A coleta de dados foi realizada em um único momento junto à população alvo, procurando avaliar as variantes de estudo e sua disposição na amostra. Newman; Browner; Cummings; Hulley, (2003) apontam que, no estudo de cunho transversal, as medições são realizadas em um único momento e, não há período de acompanhamento, este tipo de estudo é usado para descrever as variáveis e os modos como se apresentam na população do estudo. Portanto, este estudo é caracterizado como descritivo e transversal.

5.1 Ambiente

A coleta de dados foi realizada em um hospital particular, localizado na cidade de São Bernardo do Campo, que conta com serviços de internação, ambulatório, laboratório e salas de consultas. A aplicação dos questionários e escalas foram em uma sala que, contava com mesa e cadeiras apropriadas para que os participantes pudessem responder de maneira individual e confortável.

5.2 Participantes

Esta pesquisa contou com a participação de cento e vinte pessoas (homens e mulheres), que são atendidas no ambulatório de endocrinologia do hospital. Como critério de inclusão, os participantes do estudo tinham que ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo2.

5.3 Instrumentos

Nesta pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sócio demográfico e de dados relacionados ao diabetes e ao controle glicêmico, questionário

de classificação econômica (ABEP); questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS).

5.3.1 Questionário sociodemográfico e de dados relacionados ao diabetes e ao controle glicêmico e Classificação Econômica Brasil (ANEXO A). No questionário constam questões referentes à idade, sexo, naturalidade, estado civil, número de dependentes, escolaridade, trabalho, fonte de renda, moradia, renda familiar. Quanto aos dados relacionados ao diabetes e ao controle glicêmico foram: tempo de diagnóstico, tipo de acompanhamento, tratamento realizado atualmente, doenças (para classificar as doenças associadas ao diabetes foi utilizado o critério da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), tipo de dieta (foi adotado uma classificação a partir de uma adaptação da tabela da clínica de Joslin, KRALL, 1983), uso de medicação, atividade física (adotado o seguinte critério: realizar atividade física menos que três vezes na semana: irregularmente; a partir de três vezes na semana regularmente). Para classificação da classe socioeconômica utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

5.3.2 Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF - O grupo de qualidade de vida da OMS desenvolveu este instrumento para aferição da qualidade de vida, com origem a partir do WHOQOL 100. Em virtude da extensão do WHOQOL 100 e da demanda por um instrumento que necessitasse de um menor de tempo para seu preenchimento foi desenvolvido o WHOQOL-BREF, que apresenta características psicométricas satisfatórias. Em sua versão validada para o Brasil, contou com uma amostra de trezentos indivíduos e mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Instrumento com vinte e seis questões ($\alpha=0,91$), sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais vinte e quatro representam cada uma das vinte e quatro facetas do original divididas em quatro domínios: físico ($\alpha=0,84$), psicológico ($\alpha=0,79$), relações sociais ($\alpha=0,69$) e meio ambiente ($\alpha=0,71$). Estes domínios apresentam os seguintes itens (FLECK et. al. 2000) (ANEXO B): Domínio 1 - Domínio físico: 3. Dor e desconforto; 4. Dependência de medicação ou de tratamentos; 10. Sono e repouso; 15. Mobilidade; 16. Atividades da vida cotidiana; 17. Energia e fadiga; 12. Capacidade de trabalho. Domínio 2 - Domínio psicológico: 5. Sentimentos positivos; 6. Pensar, aprender, memória e concentração; 7. Auto-estima; 11. Imagem corporal e aparência; 19. Sentimentos negativos; 26. Espiritualidade/religião/crenças

personais. Domínio 3 - Relações sociais: 20. Relações pessoais; 21. Suporte (Apoio) social; 22. Atividade sexual. Domínio 4 - Meio ambiente: 8. Segurança física e proteção; 9. Ambiente no lar; 12. Recursos financeiros; 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 23. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer; 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); 25. Transporte.

5.3.3 Escala de Percepção de Suporte Social – EPSS – Instrumento específico para mensuração da Percepção de suporte Social, construído e validado para o Brasil por Siqueira (2008b), esta escala foi validada em uma amostra de 437 pessoas. A Escala de Percepção de Suporte Social é composta de dois fatores: fator1: suporte prático ($\alpha=0,91$) e fator2: suporte emocional ($\alpha=0,92$), apresentando um total de 29 itens, onde o primeiro fator é composto de dezenove itens e o segundo por dez itens. É um questionário auto-avaliativo sobre as dimensões do suporte social, podendo ser usada como instrumento de diagnóstico ou de pesquisa (SIQUEIRA, 2008b) (ANEXO C).

5.4 Procedimento

Após a aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Estudos e Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo (ANEXO D e ANEXO E), o presente estudo foi apresentado (ANEXO F) à Coordenadora do Setor de Medicina Preventiva do Hospital, que analisou a viabilidade do estudo e o aprovou. Posteriormente foi feito contato com a Coordenadora da Equipe de Endocrinologia, que disponibilizou uma sala para a aplicação dos questionários.

Após o término da consulta com a endocrinologista, os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo2, foram encaminhados ao pesquisador. Eles receberam o convite para participar da pesquisa e, foram informados que se tratava de um estudo acadêmico com o objetivo de avaliar qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo2. Em seguida foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que, o paciente possa ter conhecimento de como seria o processo da pesquisa.

Aos pacientes foi informado que eles não sofreriam nenhum tipo de prejuízo, e que seus dados pessoais seriam mantidos em sigilo. Eles poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, se assim fosse da vontade deles, mesmo que os dados já tivessem sido coletados. Também, que se desistissem não sofreria qualquer tipo de prejuízo em seu tratamento realizado no Hospital. Após todos os esclarecimentos, e por acaso concordassem em participar do estudo assinariam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO G).

O TCLE trazia todas as informações acerca da ausência de riscos para a integridade física, emocional, social e financeira dos sujeitos, assegurando-lhes total sigilo às respostas. Adicionalmente, o TCLE esclareceu que, os participantes não teriam nenhum ressarcimento financeiro.

Tendo assinado o TCLE, os participantes responderam aos questionários, o WHOQOL-BREF e a Escala de Percepção de Suporte Social, sucessivamente. Os dados sobre a hemoglobina glicosilada foram coletados nos bancos de dados da instituição e posteriormente foram classificados em grupo de bom controle glicêmico e mau controle glicêmico (Parâmetros biomédicos ($HbA1c \leq 6,8\%$) conforme recomendações do laboratório que realiza as medidas glicêmicas dos pacientes do Hospital onde foi realizada a pesquisa.

Com os dados coletados, todos apresentados por indicadores numéricos, construiu-se um banco de dados eletrônico a ser tratado por diversos subprogramas do Statistical Package for the Social Science, (SPSS). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, correlacionais e comparativas a fim de obter os resultados necessários às discussões dos objetivos da pesquisa e conclusões.

5.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo (Anexo D), folha de resposta SISNEP (CAAE – 0122.0.214.000-09).

Quanto aos riscos, torna-se importante dizer que esta pesquisa não ofereceu riscos aos seus participantes, já que foram aplicadas escalas, questionário e coleta de dados no prontuário do banco de dados do hospital, procedimentos estes que não se caracterizam como invasivos. Quanto ao compromisso ético do profissional/psicólogo, é importante destacar, que além de contribuir para a ampliação do conhecimento, qualquer fator de risco ou alteração comportamental detectada nos participantes, é de praxe o oferecimento de suporte do profissional, no caso orientação ou encaminhamento.

Cabe aqui salientar, somente participaram deste estudo aqueles que depois de esclarecidos sobre o tema, propósitos da pesquisa e sobre o sigilo dos seus dados, aceitaram participar deste estudo.

6. RESULTADOS

Os dados foram analisados pelo SPSS utilizando a estatística descritiva e as provas estatísticas de Correlação de Pearson, Qui-Quadrado, Exato de Fisher, Anova, Pos-hoc.

As características sociodemográficas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1: Características Sociodemográficas

Variáveis	Frequência	Porcentagem	
ABEP	C	66	55,0%
	B	50	41,7%
	D	04	3,3%
Gênero	Feminino	71	59,2%
	Masculino	49	40,8%
Região de Origem	Sudeste	103	85,8%
	Nordeste	10	8,4%
	Outras Regiões	07	5,8%
Estado Civil	Casado	82	68,3%
	Viúvo	29	5,8%
	Separado	05	4,2%
	Solteiro	04	3,3%
Dependentes	Nenhum	55	45,8%
	Um	33	27,5%
	Dois	16	13,3%
	Três ou mais	16	13,3%
Escolaridade	Ensino Fundamental	90	75%
	Ensino Médio	24	20%
	Ensino Superior	06	5%
Atividade Laboral	Não	103	85,8%
	Sim	17	14,2%
Moradia	Própria	111	92,5%
	Alugada	09	7,5%
Renda Familiar (salários mínimos)	03 a 04	58	48,3%
	01 a 02	44	36,7%
	Acima de 04	18	15%
Fonte de Renda	Pensionista ou Aposentado	78	65%
	Outros	27	22,5%
	Autônomo ou com vínculo empregatício	15	12,5%

A Tabela 1 apresenta os dados da análise estatística descritiva das cento e vinte pessoas que participaram da pesquisa, cinquenta pacientes (41,7%) pertenciam à classe B, 66 (55,0%) C e 04 (3,3%) D. A variável gênero foi 71(59,2%) mulheres e 49 (40,8%)

homens. Quanto à Região de origem dos participantes 103 (85,8%) Região Sudeste; 10 (8,3%) Região Nordeste e 07 (5,8%) outras regiões. Em relação ao estado civil 82 (68,3%) eram casados, 29 (24,2%) viúvos, 05 (4,2%) separados, 04 (3,3%) solteiros. Quanto ao número de dependentes: 55 (45,8%) nenhum, 33 (27,5%) um, 16 (13,3%) dois, 16 (13,3%) três ou mais. Quanto à escolaridade 90 (75,0%) o ensino fundamental, 24 (20,0%) ensino médio, 06 (5,0%) ensino superior. A análise da variável atividade laboral mostrou que 103 (85,8%) não estavam trabalhando e 17 (14,2%) trabalhavam. Em relação à moradia 111 (92,5%) possuíam casa própria e 09 (7,5%) casa alugada. Quanto à renda familiar 58 (48,3%) recebiam de um a dois salários mínimo, 44 (36,7%) de três a quatro salários mínimos e 18 (15%) acima de quatro salários mínimos. Quanto à fonte de renda 78 (65%) eram aposentados ou pensionistas, 15 (12,5%) autônomos ou com vínculo empregatício e 27 (22,5%) outras fontes. (Tabela1).

A seguir, na Tabela 2, estão descritos os dados relacionados ao Diabetes Mellitus.

Tabela 2: Dados relacionados ao DM e ao controle glicêmico.

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Tempo de Diagnóstico		
Mais de 10 anos	52	43,3%
1 a 2 anos	25	20,8%
3 a 5 anos	19	15,8%
Até 11 meses	12	10,0%
6 a 9 anos	12	10,0%
Medicação		
Regularmente	115	95,8%
Não	05	4,2%
Insulinoterapia		
Não	96	80,0%
Sim	24	20,0%
Dieta		
Sim	103	85,8%
Não	17	14,2%
Tipo Dieta		
Pobre	101	84,2%
Favorável	18	15,0%
Boa	01	0,8%
Doenças Associadas		
Sim	71	59,2%
Não	49	40,8%
Relaciona o Diagnóstico a Algum Fator Emocional		
Não	98	81,7%
Sim	22	18,3%
Atividade física		
Não	67	55,8%
Regularmente	32	26,7%
Irregularmente	21	17,5%
Controle Glicêmico		
Bom	64	53,3%
Mau	56	46,7%

A análise estatística descritiva das variáveis relacionadas ao Diabetes Mellitus mostrou que quanto ao tempo do diagnóstico do diabetes 52 (43,3%) tem mais de dez anos, 25 (20,8%) de um a dois anos, 19 (15,8%) entre três a cinco anos, 12 (10,0%) até onze meses, 12 (10,0%) entre seis a nove anos. Quanto a insulinoterapia 96 (80,0%) não e 24 (20,0%) sim. No segmento de dieta 103 (85,8%) sim, enquanto que 17 (14,2%) não. O tipo de dieta foi descrita pelos participantes como 101 (84,2%) pobre, 18

(15,0%) favorável e 01 (0,8%) boa. Quanto à variável, doenças associadas 71 (59,2%) sim e 49 (40,8%) não. Quanto ao relacionamento do aparecimento do diabetes com algum fator emocional 97 (81,3%) não relacionaram, 22 (18,3%) relacionaram. Quanto à medicação 115 (95,8) fazem uso de medicação regularmente e 05 (4,2%) não. No item realização de atividades físicas 67 (55,8%) não, 32 (26,7%) faziam regularmente e 21 (17,5%) fazem atividades físicas irregularmente. Em relação ao controle glicêmico 64 (53,3%) bom controle e 56 (46,7%) mau controle. (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a descrição dos fatores de percepção de suporte social e domínios de qualidade de vida.

Tabela 3: Descrição dos fatores de Percepção de Suporte Social e domínios de Qualidade de Vida.

Variáveis	N	Mínimo	Maximo	Média	Desvio Padrão
Suporte Social					
Suporte Emocional	120	1,10	4,0	3,298	0,694
Suporte Prático	119	1,21	4,0	3,072	0,670
Qualidade de Vida					
Domínio Físico	120	8,57	17,71	13,042	1,703
Domínio Psicológico	120	8,00	17,33	13,383	1,927
Domínio Relações Sociais	120	4,00	20,00	14,322	2,991
Domínio Meio Ambiente	120	8,00	18,50	13,225	2,054
Domínio Geral	120	4,00	20,00	14,300	2,859

Os resultados apresentados na Tabela 3 referentes aos fatores da percepção de suporte social mostraram que: um dos participantes não respondeu às questões referentes ao suporte prático, as medidas de suporte emocional foram de (1,10) mínima,

(4,0) máxima, (3,29) média e o desvio padrão (0,694). O suporte prático teve como valor mínimo (1,21) e máximo (4,00), média (3, 072) e desvio padrão (0, 670). A análise da Percepção de Suporte Social e de seus fatores mostrou que a melhor média foi no fator suporte emocional. Podemos concluir que estes pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo2 percebem que podem encontrar em sua rede social, apoio para lidar e vencer os problemas afetivos.

Os escores obtidos por meio dos cento e vinte participantes para os domínios de qualidade de vida foram: domínio físico valor mínimo (98,57), máximo (17,71), média (13, 042) e desvio padrão (1,703). No domínio psicológico valor mínimo (8,00), máximo (17,33), média (13,383), desvio padrão (1,927). Os valores do domínio relações sociais na mínima foi de 4,00, máximo (20,0), média (14,322), desvio padrão (2,991). No domínio meio ambiente obteve escore mínimo de 8,00, máximo (18,50), média (13,225) e desvio padrão (2,054). No domínio geral valor mínimo de 4,00, máximo (20,00), média (14, 300) e desvio padrão (2,859). (Tabela 3). A análise da qualidade de vida e dos domínios mostrou que a melhor média foi no domínio das relações sociais. Este domínio é composto por relações pessoais, suporte (apoio) social e vida sexual. Pode-se concluir que, estes pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo2, possuem boas relações pessoais e sentem que são apoiados socialmente. Estas relações positivas são de grande importância, pois, mostra a possibilidade de estes pacientes manterem bom controle glicêmico. A A1C é um indício de adesão ao tratamento.

A Tabela 4 apresenta os dados obtidos pela correlação de Pearson entre os fatores de percepção de suporte social e domínios de qualidade de vida.

Tabela 4: Correlação entre os fatores de percepção de suporte social e domínios de qualidade de vida.

	Suporte Prático	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente	Domínio Geral
Suporte Emocional	0,823**	0,107	0,289**	0,368**	0,221*	0,177
Suporte Prático		0,195*	0,181*	0,343**	0,168	0,176
Domínio Físico			0,568**	0,393**	0,494**	0,499**
Domínio Psicológico				0,550**	0,558**	0,524**
Domínio Relações Sociais					0,471*	0,510**
Domínio Meio Ambiente						0,598**

** Correlação é significativa $p < 0,01$

*Correlação é significativa $p < 0,05$

Os resultados apresentados na tabela 4 foram obtidos por meio da correlação de Pearson entre os domínios de qualidade de vida e os fatores de suporte social. Mostraram que existe uma correlação significativa entre suporte emocional e suporte prático ($r=0,823$ e $p < 0,01$). Este resultado mostra que, quando o indivíduo se sente amado, tende a perceber que pode contar com a ajuda (suporte prático) de outras pessoas.

Os resultados significantes obtidos por meio dos testes ANOVA e Pos-hoc na comparação dos dados sociodemográficos e dados relacionados ao Diabetes Mellitus tipo 2 com qualidade de vida e percepção de suporte social mostraram, que existe uma diferença significativa quando comparados com o estado civil com a qualidade de vida dentro do domínio físico (média=15,4286 ($dp \pm 1,937$) e $p=0,001$). Estes resultados evidenciaram que, os participantes que são separados apresentam melhor qualidade de vida no domínio físico.

Quanto ao número de dependentes, os resultados mostraram a existência de uma diferença significativa no domínio das relações sociais (média= 12,250 (dp ± =3,991) e p=0,025) de qualidade de vida e no suporte prático (média=2,925 (dp±0,763) e p=0,024). Estes resultados mostraram que aqueles com três ou mais dependentes, tem melhor qualidade de vida no domínio das relações sociais e melhor percepção de suporte prático.

Sobre a escolaridade os resultados apontaram uma diferença significativa no domínio psicológico (média=14,194 (dp±= 1,437) e p=0,009) da qualidade de vida. Estes resultados mostraram que os participantes com ensino médio possuem melhor qualidade de vida no domínio psicológico.

Quanto a insulino terapia os resultados apontaram uma diferença significativa no domínio psicológico (média=13,583 (dp±=1,833) e p=0,022) e domínio relações sociais (média= 14,680 (dp±= 2,677) e p=0,008) da qualidade de vida. Estes resultados mostraram que, os participantes que não usam insulina apresentam melhor qualidade de vida no domínio psicológico e relações sociais.

Sobre a comparação dos dados sociodemográficos e dados relacionados ao Diabetes Mellitus tipo2 com qualidade de vida e percepção de suporte sócia,l não se observou relação significativa (ANOVA) com as seguintes variáveis: região de origem dos participantes, classe econômica, gênero, moradia, atividade laboral, fonte de renda, renda familiar, tempo de diagnóstico do diabetes, fator emocional desencadeante, se faz uso de medicação, se realiza atividades físicas e faz controle glicêmico.

Por intermédio do teste Qui-quadrado se constatou uma associação significante entre tempo de diagnóstico e controle glicêmico (p=0,002). Isso significa que, quanto maior o tempo de diagnóstico pior o controle glicêmico.

Além, desta variável, foram comparadas pelo teste Qui-quadrado, as variáveis sociodemográficas com: classe econômica, estado civil, número de dependentes, escolaridade, atividade laboral, renda familiar (renda per capita e familiar), moradia, região de origem dos participantes, gênero, além de variáveis relacionadas ao diabetes: relaciona o aparecimento do diabetes a algum fato que aconteceu em sua vida, como é dieta e doenças com controle glicêmico e não houve significância.

Por intermédio do teste exato de Fisher constatou-se que existe associação significativa entre seguir dieta (0,008), fazer uso de medicação (0,040) e controle glicêmico. Se observou que os participantes que seguem a dieta, apresentam bom controle glicêmico, quando comparados com aqueles que não fazem a dieta. Aqueles que fazem uso de medicação regularmente, também apresentam bom controle glicêmico. E por fim, pacientes que tem há dez anos ou mais tendem a ter pior controle glicêmico.

Foi realizado o teste Qui-quadrado que comparou as variáveis sociodemográficas como: classe econômica, estado civil, número de dependentes, escolaridade, atividade laboral, fonte de renda, renda familiar, moradia, se faz acompanhamento, região de origem dos participantes, gênero, se segue dieta, relaciona o aparecimento do diabetes a algum fator emocional desencadeante que aconteceu em sua vida, se faz uso de medicação, se tem doenças e faz controle glicêmico com uso de insulina. Os testes realizados não apontaram significância.

7. DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na caracterização da amostra observou-se que 71 (59,2%) pertencem ao gênero feminino. Isto mostra que as mulheres procuram mais atendimentos médicos do que os homens. Os dados desta pesquisa estão alinhados com estudos de Rossi (2009) e Tavares et al., (2007), que apontam um maior percentual de mulheres em seus estudos de caracterização de idosos com diabetes.

Os participantes deste estudo são pacientes com Diabetes Mellitus tipo2 e, que são atendidos por um convênio médico com rede própria. Portanto, trata-se de pacientes com atendimento médico ambulatorial e regular. Era esperado, que estes pacientes estivessem com um controle adequado da glicemia, considerando os recursos oferecidos pelo atendimento médico. Mas, observou que 46,7% deles não conseguem manter um bom controle glicêmico. Este fato determinará a piora de seus estado de saúde, com o aumento das taxas de doenças associadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007; THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1993).

7.2 TEMPO DE DIAGNÓSTICO E CONTROLE GLICÊMICO

Constatou uma associação significativa entre tempo de diagnóstico e controle glicêmico. Alguns fatores são apontados como fundamentais para a manutenção de um bom controle glicêmico (BRASIL, 2001, 2006; ABOLFOTOUH, 1999). Entre eles foram analisados neste estudo, o tempo de duração da doença, atividade física, terapia nutricional e medicação. A análise dos dados mostrou que, não existe, nesta amostra, relação entre controle glicêmico e atividade física. Entretanto, foi observado que, de fato, quanto maior o tempo da doença, pior era o controle glicêmico.

7.3 DIETA E CONTROLE GLICÊMICO

Observou-se resultado significativo entre dieta e controle glicêmico. Ao que se refere à terapia nutricional, em relação ao realizar ou não dieta, os dados deste estudo

mostram que os pacientes com bom controle glicêmico fazem algum tipo de dieta. Este fato aponta a possibilidade de controle de peso e redução do risco de complicações crônicas. Esse resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Beltrame (2008) a dieta planejada funciona como um fator importante no controle de complicações crônicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; SARTORELI et. al., 2004). Cabe lembrar que, dos participantes desta pesquisa, 46,7% apesar de fazerem dieta, não conseguem manter um bom controle glicêmico.

A terapia nutricional faz parte do tratamento do DM e deve ser controlada ao longo da vida do paciente, sendo um dos fatores que determina a qualidade do controle glicêmico e conseqüentemente de sua qualidade de vida. A educação alimentar do paciente é fundamental no tratamento, pois, para que se consiga um bom controle glicêmico é primordial uma alimentação adequada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003). E dentro do plano alimentar se deve: visar o controle metabólico e pressórico e à prevenção de complicações; ser nutricionalmente adequado; ser individualizado; fornecer valor calórico total compatível com a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

No atendimento composto por uma equipe multiprofissional, ao paciente com DM, o tratamento nutricional é fundamental para o controle glicêmico e deve ser implantado levando em consideração a singularidade de cada caso. Para isto, a equipe deve desenvolver adequadamente uma relação positiva com o paciente, de modo que, este suporte social contribua para a melhora do pacientes (HELENO, 2001).

7.4 MEDICAÇÃO E CONTROLE GLICÊMICO

Verificou-se que os participantes desta pesquisa que usam medicação regularmente apresentaram bom controle glicêmico. Este resultado aponta o uso de medicação sob a orientação adequada da equipe e levando em conta que a singularidade do paciente, possibilita o bom controle dos níveis de glicemia. Deve atentar-se que no paciente com diabetes tipo2, caso o nível glicêmico desejado não tenha sido atingido com o emprego de medidas dietéticas, exercícios ou com o uso de medicamentos anti-

diabéticos, deve ser utilizada a combinação de diferentes medicações com diferentes mecanismos de ação é comprovadamente útil no tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003, 2007). Cabe aqui destacar que, o uso de medicação adequada e controle glicêmico satisfatório foram observados nesta pesquisa, fato que contribui para retardar o aparecimento de complicações crônicas nestes pacientes. Com isso, o uso de medicação pode reduzir pela metade o aparecimento de complicações do diabetes (BRASIL, 2006).

7.5 DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA

Na avaliação dos domínios de qualidade de vida, os participantes obtiveram a melhor média (14,322) no domínio das relações sociais. Este domínio é composto por relações pessoais, suporte (apoio) social e vida sexual. Pode-se afirmar que estes pacientes possuem boas relações pessoais e sentem que são apoiados socialmente. Isto é de grande relevância, pois, aponta a possibilidade destes conseguirem uma boa qualidade de vida no domínio das relações sociais, apesar da doença e do tratamento.

Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Beltrame (2008) e Miranzi et al. (2008), em seus estudos sobre qualidade de vida com portadores de Diabetes Mellitus tipo2. Portanto, o domínio das relações sociais foi o que mais contribuiu com a boa qualidade de vida dos pacientes com diabetes. Este fato pode ser associado à importância de uma boa relação com os membros da equipe do hospital, familiares e amigos.

7.6 ESTADO CIVIL E DOMÍNIO FÍSICO

No presente estudo, quando comparados os domínios da qualidade de vida com o estado civil, se observou que os participantes da amostra que eram separados, apresentaram melhor qualidade de vida no domínio físico. Este resultado mostra que, mesmo não contando com um cônjuge que pode ser um fator de ajuda no auto-cuidado, no apoio e adesão ao tratamento, os mesmos sentem-se satisfeitos quanto aos aspectos do domínio físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso. As amizades podem exercer influência positiva na qualidade de vida dos pacientes com DM. (SILVA

et. al., 2003). Podemos levantar a hipótese de que, mesmo sem poder contar com um cônjuge que poderia lhe prover suporte social e contribuir na percepção da qualidade de vida, estes pacientes podem contar com amigos, ou pessoas que fazem parte de sua rede social, que lhes permitem perceber satisfação em relação a sua qualidade de vida. Incluem-se os profissionais da saúde que fazem parte da equipe de atendimento ao paciente com diabetes (HELENO, 2001).

7.7 DEPENDENTES E DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS

Foi constatado nos resultados que, os participantes que moram com três ou mais dependentes apresentam melhor qualidade de vida no domínio das relações sociais. Estes resultados mostram que possivelmente, suas relações familiares contribuem para sua satisfação nas relações pessoais e podem atuar positivamente em relação ao controle glicêmico. A avaliação e compreensão das relações sociais, entre outros aspectos, possibilitam gerenciar variáveis que atuam positivamente ou negativamente na aquisição da qualidade de vida (PAIS-RIBEIRO, 2009; AL-SHEHRI et. al., 2008).

Cabe ressaltar que, as repercussões desta enfermidade, não devem ser avaliadas somente por aspectos clínicos e controle da glicemia, por exemplo, pois, as variáveis psicossociais e avaliação da qualidade de vida devem permear da compreensão sobre o tratamento (BELTRAME, 2008).

As relações entre qualidade de vida e suporte social devem ser consideradas nos programas de atendimento ao paciente com diabetes. Neste caso, o trabalho da equipe representa suporte social que contribui para a melhora do pacientes (HELENO, 2001).

7.8 INSULINOTERAPIA E DOMÍNIOS PSICOLÓGICO E RELAÇÕES SOCIAIS.

Outro dado obtido foi que, a não utilização da insulino terapia no tratamento realizado nos participantes deste estudo, foi associado a uma melhor qualidade de vida (domínio psicológico e relações sociais). Em relação a esse resultado podemos supor que, por não necessitarem de insulina em seus tratamentos, estes avaliam o fato como

positivo, tendo repercussões em sua auto-estima, por associarem o uso de insulina ao controle metabólico inadequado. Além disso, esses resultados mostram que o paciente se sente melhor socialmente quando não utiliza insulina. Estes dados são corroborados por Aguiar et al. (2008) e Mata et al. (2003), eles mostram que dentre as variáveis que podem interferir na qualidade de vida, pode-se destacar o uso da insulina. Este relacionado aos aspectos psicológicos, inclusive sentimentos ruins relativos à dependência, que devam ser levados em consideração na promoção da qualidade de vida (PAIS-RIBEIRO, 2009). Entre as ações que devem fazer parte de toda equipe nos cuidados do portador de diabetes, a avaliação periódica do estado psicológico deve estar presente (BRASIL, 2006).

7.9 ESCOLARIDADE E DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Outro resultado obtido nesta amostra foi a associação entre escolaridade e domínio psicológico. Assim, quanto melhor o nível de escolaridade, melhor a qualidade de vida considerando o domínio psicológico. A partir deste, podemos supor que ter a escolaridade até o ensino médio pode repercutir positivamente na compreensão das informações recebidas pela equipe, elevando a auto-estima e sentimentos positivos diante do tratamento e contribuindo para postergar ou evitar o aparecimento das complicações crônicas. Estes dados estão de acordo com os obtidos por Eren; Erdi; Sahin, (2008) que apontaram em seus estudos associação entre escolaridade e melhor qualidade de vida em pacientes com Diabetes Mellitus tipo2. Divergindo dos dados obtidos nesta pesquisa, o estudo desenvolvido por Kolawole; Mosaku; Ikem, (2009) não constatou em sua amostra, nenhuma associação entre escolaridade e qualidade de vida em pacientes com diabetes.

O domínio das relações sociais se mostrou como um indicador positivo para a melhora da qualidade de vida, mas, não se observou o mesmo na medida de suporte social. Este fato deverá ser objeto de outras investigações, posto que, o suporte social está indicado como fator positivo para a melhora da vida das pessoas. A hipótese é de que o instrumento, talvez não fosse apropriado para esta população.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus tipo2, é uma doença crônica degenerativa que impõe uma série de limitações em função da necessidade de tratamento constante. Por isso, foi considerado relevante, o estudo da qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico em pacientes com DM.

Optou-se pelo estudo da qualidade de vida, por abordar aspectos relacionados aos vários setores do funcionamento humano, e o suporte social, pois, nas situações de doença, principalmente, a pessoa necessita de maior atenção, que provém de relações interpessoais. Também, utilizou-se a medida da glicemia para avaliar a qualidade do controle da doença.

Os pacientes deste estudo eram atendidos por um convênio médico com rede própria e apesar da qualidade do atendimento médico ambulatorial e regular, aproximadamente 50% deles não apresentam bom controle glicêmico. Este resultado leva-nos à reflexão sobre o papel da equipe no atendimento ao paciente com diabetes. Embora o atendimento médico seja de muita importância, os dados deste estudo apontam para a necessidade de o atendimento ser realizado por uma equipe. A presença da nutrição, enfermagem, psicologia, educação e do educador físico poderia melhorar consideravelmente a qualidade do controle glicêmico, mas, principalmente da qualidade de vida destes pacientes.

O domínio das relações sociais, foi o que mais colaborou com a qualidade de vida. Este dado mostra a importância de um acompanhamento que leva em consideração os fatores médicos e psicossociais. Neste caso, uma equipe multiprofissional que planejará e acompanhará o esquema de tratamento individualizado, realizará avaliações constantes para identificar os fatores negativos e positivos que poderiam interferir no tratamento do paciente.

O presente estudo também descreveu o perfil sociodemográfico e das variáveis estudadas deve-se ter atenção ao tempo de diagnóstico, estado civil, insulino terapia, número de dependentes, escolaridade, dieta e medicação. Estas variáveis são fatores que interferem na qualidade de vida e na qualidade do tratamento. Portanto, estas variáveis

devem ser controladas no curso do tratamento e poderão contribuir para a eficiência das intervenções para o tratamento e promoção de saúde de pacientes com DM tipo2.

Uma limitação deste estudo é que os resultados não podem ser generalizados para todos os pacientes com DM tipo2. Além disso, em comparação com um estudo longitudinal, o delineamento transversal não pode explorar as mudanças na qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico dos pacientes ao longo do seu processo de tratamento. Este deve, então, ser um objetivo a ser alcançado por profissionais que acompanham os pacientes. As avaliações médicas devem ser atreladas as avaliações da qualidade de vida, suporte social e das variáveis que interferem na qualidade do tratamento.

Conhecer as dimensões da qualidade de vida mais afetadas ou que apresentam maiores escore possibilita o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de complicações. Uma possibilidade de compreensão pode ser pela avaliação da qualidade de vida e acompanhamento das variáveis que interferem no tratamento.

Assim, seria recomendado ao ambulatório a implantação de uma equipe interdisciplinar, que pudesse acompanhar estes pacientes proporcionando um ganho na qualidade do tratamento e, principalmente, da vida destes pacientes.

9. REFERÊNCIAS

ABOLFOTOUH, M. A. Effect of diabetes mellitus on quality of life: a review. **Annals of Saudi Medicine**, v.19, n.6, p.518-524, 1999.

ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDIL, E. M. F. Apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.18, n.14, p.279-288, 2008.

AGUIAR, C. C. T.; VIEIRA, A. P. G. F.; CARVALHO, A. F.; MONTENEGRO-JUNIOR, R. M. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionados à saúde no diabetes melito. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, São Paulo, v.52, n.6, p.931-939, 2008.

AL-SHEHRI, A. H.; TAHA, A.; BAHNASSY, A. A.; SALAH, M. Health-related quality of life in type 2 diabetic patients. **Ann Saudi Med**, v.28, p.352-60, 2008.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition principles and recommendations in diabetes. **Diabetes Care**, v.27, Suppl. 1, p.36-46, 2004.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus (Position Statement). **Diabetes Care**, v.31, suppl. 1, p.55-58, January, 2008.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v.25, n.1, p.33-50, january, 2002.

AMORIM, I. L.; COELHO, R. Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. **Psicologia, Saúde & Doença**, v.9, n.2, p.319-333, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**, 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/enews/ed11.html>> Acesso em: 25 mai. 2010.

BARCELÓ, A.; AEDO, C.; RAJPATHAK, S.; ROBLES, S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. **Bull World Health Organ**, n.81, n.1, p.19-27, 2003.

BELTRAME, V. **Qualidade de vida de idosos diabéticos**. 2008. 100f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica)-Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

BERKMAN, L. S. The role of social relations in health promotion. **Psychosomatic Medicine**, v.57, p.245-254, 1995.

BOUTIN-FOSTER, C. Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. **Heart e Lung**, v.34, n.1, p.22-29, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2009.

BRASIL. PORTARIA nº 2.583 de 10 de outubro de 2007. **Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde**, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Nº 198– DOU de 15/10/07. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2%20583_lei_diabetes.pdf>. Acesso em: 15 de jun. 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BROWN, G. C.; BROWN, M. M.; SHARMA, S.; BROWN, H.; GOZUM, M.; DENTON, P. Quality of life associated with Diabetes Mellitus in na adult population. **Journal of Diabetes and Complications**, v.14, p.18-24, 2000.

COBB, S. Social support as a moderador of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v.38, p. 300-314, 1976.

CHACHAMOVICK, E; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In FLECK, M. P. A. e colaboradores. **A avaliação da qualidade de vida**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.75-82.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. Comitê Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n 196, de 10 de Outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília (BR).

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of Diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent Diabetes Mellitus. **N Engl J Med**, v.329, n.14, p.977-986, 1993.

DULLIUS, J. **Diabetes Mellitus: saúde, educação, atividades físicas**. Brasília: Editora UNB, 2007.

EREN, I.; ERDI, O.; SAHIN, M. The effect of depression on quality of life of patients with type II Diabetes Mellitus. **Depression and Anxiety**, v.25, p.98-106, 2008.

FLECK, M. P. A.; XAVIER, S. L. M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p. 178-183, 2000.

FRANCO, L. J.; MAMERI, C.; PAGLIARO, H.; IOCHIDA, L. C.; GOLDENBERG, P. Diabetes como causa básica ou associada de morte no Estado de São Paulo, Brazil, 1992. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.3, p.237-245, 1998.

FUKUNISHI, I.; HORIKAWA, N.; YAMAZAKI, T.; SHIRASAKA, K.; KANNO, K.; AKIMOTO, M. Perception and utilization of social support in diabetic control. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v.41, p.207 – 211, 1998.

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

GLASGOW, R. E.; FISHER, E. B.; ANDERSON, B. J.; LA GRECA, A.; MARRERO, D.; JOHNSON, S. B.; RUBIN, R. R.; COX, D. J. Behavioral science in diabetes. **Diabetes Care**, v. 22, n.5, p.832-843, may. 1999.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; SANTOS, C. B.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com Diabetes Mellitus. Rev. **Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.3, p.390-6, 2009.

GOMES-VILAS BOAS, L. C. **Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2**. 2003. 171f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

GOZ, F.; KARAOZ, S.; GOZ, M.; EKIZ, S.; CETIN, I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. **Journal of Clinical Nursing**, v.16, p.1353-1360, 2007.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.703-714, mai-jun. 2005.

HANSON, C. L.; HENGGELER, S.W.; BURGHEN, C.A. Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with insulin-dependent mellitus. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.55, n.4, p.529-533, 1987.

HEITZMANN, C. A.; KAPLAN, R. M. Interaction between sex and sex social support in the control of type II Diabetes Mellitus. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.52, n.6, p.1087-1089,1984.

HELENO, M. G. V.; VIZZOTTO, M. M.; MAZZOTTI, T.; CRESSONI-GOMES, R.; MODESTO, S. E. F.; GOUVEIA, S. R. F. Acampamento de férias para jovens com Diabetes Mellitus Tipo I: Achados da abordagem psicológica. **Bol. Psicol.**, São Paulo, v.59, n.130, p.77-90, 2009.

HELENO, M. G. V. Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes com diabetes tipo II. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v.9, n.15, p.75-158, 2001.

HOFFMANN, F. S; MULLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v.14, n.2, p.143-150, jul-dez. 2006.

KAMARUL IMRAN, M.; ISMAIL, A. A. A.; NAING, L.; WAN MOHAMAD, W. B. Type 2 diabetes mellitus patients with poor glycaemic control have lower quality of life scores as measured by the Short Form-36. **Singapore Med J**, v.51, n.2, p.157-162, 2010.

KESSLER, R. C.; PRICE, R. H.; WORTMAN, C. B. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. **Annual Review of Psychology**, v.36, p.531-72, 1985.

KOLAWOLE, B. A.; MOSAKU, S. K.; IKEM, R. T. Acomparison of two measures of quality of life of Nigerian clinic patients with type 2 Diabetes Mellitus. **African Health Sciences**, v.9, n.3, set. 2009.

KRALL, L. P. **Manual do Diabetes de Joslin**. 11 ed. São Paulo: Editora Roca, 1983.

LANGFORD, C. P. H.; BOWSER, J.; MALONEY, J. P.; LILLIS, P. P.; Social support: a conceptual analyses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.25, n.1, p.95-100, 1997.

LOPES, A. D.; CICONELLI, R. M.; REIS, F. B. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. **Rev. Bras. Ortop**, São Paulo, v.42, n.11-12, p. 355-359, 2007.

MAIA JÚNIOR, O. O.; MARBACK, R. F.; BONANOMI, M. T. B.; TAKAHASHI, W. Y.; KARA-JOSE, N. Avaliação oftalmológica tardia em portadores de retinopatia diabética. **Rev. Assoc. Med.**, São Paulo, v.53, n.1, p. 39-43, 2007.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R. Projeto “Diabetes Weekend” – proposta de educação em Diabetes Mellitus tipo 1. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, São Paulo, v.46, n.5, p.566-573, 2002.

MARTINS, R. M. L. A relevância do apoio social na velhice. **Millenium**, Viseu, n. 31, p.128-34, mai. 2005.

MATA, C. M.; ROSET, G. M.; BADIA, L. X.; ANTONANZAS, V. F.; RAGEL, A. J. Effect of type-2 diabetes mellitus on the quality of life of patients treated at primary care consultations in Spain. **Aten Primaria**, v.31, n.8, p.493-9, 2003.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O Questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.675-81, setembro-outubro 2002.

MÉNARD, J.; PAYETTE, H.; DUBUC, N.; BAILLARGEON, J. P.; MAHEUX, P.; ARDILOUZE, J. L. Quality of life in type 2 diabetes patients under intensive multitherapy. **Diabetes & Metabolism**, v.33, n.1, p.54–60, 2007.

MILMAN, M. H. S. A.; LEME, C. B. M.; BORELLI, D. T.; KATER, F. R.; BACCILLI, E. C. D. C.; ROCHA, R. C. M.; SENGER, M. H. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. **Arq. Bras. Metab**, São Paulo, v.45, n.5, p.447-451, 2001.

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

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. 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.672-9, out.-dez. 2008.

MISRA, R.; LAGER, J. Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus. **Journal of Diabetes and Its Complications**, v.22, p.217-223, 2008.

MUSSCHENGA, A. W. The relation between concepts of quality of life, health and happiness. **The Journal of Medicine and Philosophy**, v.22, p.11-28, 1997.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W. S.; CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. Delineando um estudo observacional, estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.p.127-145.

NUNES, M. Apoio social na diabetes. **Millenium**, Viseu, v.31, p.135-149, mai. 2005.

OLIVEIRA, J. E. P. Tratamento: não-medicamentoso e medicamentoso. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. **Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, p.45-46.

ORTEGA, L. N. Ocorrência **do Diabetes Mellitus tipo 2 em Presidente Prudente-SP**. 2005. 80 f. Dissertação (Mestrado em Análises Clínicas)-Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de São Paulo, 2005.

PAIS – RIBEIRO, J. L. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: CRUZ, J. P.; JESUS, S. N. NUNES, C. **Bem-estar e qualidade de vida**. Alcochete: Textiverso, 2009. p.31-49.

PAIS-RIBEIRO, J. L. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Análise Psicológica**, v.3, n.17, p.547-558, 1999.

PAIS-RIBEIRO, J. L. **Psicologia e saúde**. INSPA: Lisboa, 1998.

PASCHALIDES, C. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. **Journal of Psychosomatic Research**, v.57, p.557–564, 2004.

PAUL, G.; SMITH, S. M.; WHITFORD, D.; O'KELLY, F.; O'DOWD, T. Development of a complex intervention to test the effectiveness of peer support in type 2 diabetes. **BMC Health Services Research**, v.7, p.136, 2007.

PILISUK, M.; BOYLAN, R.; ACREDOLO, C. Social support, life stress, and subsequent medical care utilization. **Health Psychology**, v.6, p.273-288, 1987.

PREBIANCHI, H. B.; BARBARINI, E. H. Qualidade de vida infantil: limites e possibilidades das questões teórico-metodológicas. **Psico-Usf**, Itatiba, v.14, n.3, p.355-364, set.-dez. 2009.

REBLIN, M. M. A.; UCHINO, B. N. Social and Emotional Support and its Implication for Health. **Curr Opin Psychiatry**, v.21, n.2, p.201–205, march 2008.

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

RODRIGUEZ, M. S.; COHEN, S. SOCIAL SUPPORTE. **Encyclopedia of Mental Health**, v.3, p.535-544, 1998.

ROGLIC, G.; UNWIN, N.; BENNETT, P. H.; MATHERS, C.; TUOMILEHTO, J.; NAG, S.; CONNOLLY, V.; KING, H. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. **Diabetes Care**, v.28, n.9, p.2130-2135, september 2005.

ROSSI, V. E. C.; PACE, A. E.; HAYASHIDA, M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Ciência et Praxis**. v.2, n.3, p.41-46, 2009. Disponível em: <http://www.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewFile/102/55>> Acesso em: 17 dez. 2009.

RUBIN, R. R. Diabetes and Quality of life. **Diabetes Spectrum**, v.13, p.21-25, 2000.

RUBIN, R. R.; PEYROT, M. Quality of life and Diabetes. **Diabetes Metab Res Rev**, n.15, p.205-218, 1999.

SAMUEL-HODGE, C. D.; HEADEN, S. W.; SKELLY, A. H.; INGRAM, A. F.; KEYSERLING, T. C.; JACKSON, E. J.; AMMERMAN, A. S.; ELASY, T. A. Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among african-american women. **Diabetes Care**, v.23, n.7, p.892-933, jul. 2000.

SANDOVAL, L.; CEBALLOS, I.; ESCALANTE, S.; PEREZ, H.; HERNANDEZ, V. La asistencia a los grupos de apoyo para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 como ayuda para el control de su glucemia. **Rev Calidad Asistencial**, v.22, n.2, p.94-7, 2007.

SARASON, I. G.; LEVINE, H. M.; BASHAM, R. B.; SARASON, B. R. Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.44, n.1, p.127-139, 1983.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do Diabetes Mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, (sup. 1), p.29-36, 2003.

SARTORELLI, D. S.; SCIARRA, E. C.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A. Primary prevention of type 2 diabetes through nutritional counseling. **Diabetes Care**, v.27, p.3019-3029, 2004.

SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, Sorocaba, v.8, n.4, p.1-5, 2006.

SEEMAN, T. E. **Social support and social conflict**. 1998. Disponível em: <<http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/socsupp.php>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

SEIDL, E.; M.; F.; TROCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.22, n.3, p.317-326, set.-dez. 2006.

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

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research Clinical Practice**, v.87, n.1, p.4-14, 2010.

SILVA, C. A.; LIMA, W. C. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do Diabetes Mellitus tipo 2 à curto prazo. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, São Paulo, v.46, n.5, p.550-556, 2002.

SILVA, M. J. M. **Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes melito**. 2003.101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SILVA, T. R.; FELDMAM, C.; LIMA, M. H. A.; NOBRE, M. R. C.; DOMINGUES, R. Z. L. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.3, p.180-189, 2006.

SILVA, I. L. **Psicologia da diabetes**. Coimbra: Quarteto, 2006.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H.; RAMOS, H.; CARVALHOSA, S. F.; DIAS, S.; GONÇALVES, A. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle

metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. **Psicologia, Saúde & Doença**, v.4, n.1, p.21-32, 2003.

SIQUEIRA, M. M. M. Suporte social. IN: SIQUEIRA, M. M. M.; JESUS, S. N.; OLIVEIRA, V. B. (Orgs.). **Psicologia da saúde: teoria e pesquisa**. São Bernardo do Campo: Editora Bartira, 2008 a. p.65-84.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.2, p.381-388, 2008 b.

SNOEK, F. J.; SKINNER, T. C. **Psychology in Diabetes care**. 2 ed. WILEY: West Sussex, 2000.

SNOEK, F. J. Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being. **Diabetes Spectrum**, v.13, p.24-35, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de Diabetes, 2008**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Diretrizes_SBD_2008_MAR_12.pdf>. Acesso em: 29 out. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melitto e tratamento do diabetes melitto do tipo 2**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

SOUZA, R. A. P. **Qualidade de vida relacionada à saúde, controle glicêmico e seus determinantes em pacientes com diabetes mellitus tipo 2**. 2009. 129f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)-Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2009.

SOUZA, T. T.; SANTINI, L.; WADA, S. A.; VASCO, C. F.; KIMURA, M. Qualidade de vida da pessoa diabética, **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.31, n.1, p. 150-164, 1997. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/380.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

SOUZA, C. B. Qualidade de vida e saúde. In: SIQUEIRA, M. M. M.; JESUS, A. N.; OLIVEIRA, V. B. (Orgs.). **Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa**. 2 ed. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2008. p.139-149.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P.Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Res. Clin. Pract.**, v.87, n.1, p.4-14, 2010.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, F. R.; SILVA, C. G. C.; MIRANZI, S. S. C. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1341-1352, 2007.

THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of Diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **N Engl J Med**, v.329, n.14, p.977-86, 1993.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med.**, v.46, n.12, p.1569-1585, 1998.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): proposition paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, p.1447-62, 1995.

TOLJAMO, M.; HENTINEN, M. Adherence to self-care and social support. **Journal of Clinica Nursing**, v.10, p.618-627, 2001.

TRIEF, P. M.; GRANT, W.; ELBERT, K.; WEINSTOCK, R. S. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. **Diabetes Care**, v.21, n.2, p.241-245, 1998.

UCHINO, N. B. **Social support and physical health**. New Haven, Yale University Press, 2004.

UCHINO, N. B.; CACIOPPO, T. J.; KIECOLT-GLASE, K. J. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin**, v.119, n.3, p.488-531, 1996.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). **Lancet**, v.352, p.837-853, 1998.

VILLAR, L.; CASTELLAR, E.; MOURA, E. **Endocrinologia clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

VINER, R.; McGRATH, M.; TRUDINGER, P. Family stress and metabolic control in diabetes. **Archives of Disease in Childhood**, v.74, p.418-421, 1996.

WHITTEMORE, R.; MELKUS, G. E.; GREY, M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. **Journal of Clinical Nursing**, v.14, p.195-203, 2000.

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R.; KING, H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v.27, n.5, p.1047-53, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes and Human Rights**. 2009a. Disponível em: <<http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-85.html>>. Acesso em: 7 mai. 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Burden of Diabetes**. 2009b. Disponível em: <<http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-63.html>>. Acesso em: 9 fev. 2009b.

ANEXO A

Questionário Sócio-demográfico e de dados relacionados ao Diabetes

1-Idade: _____

2-Data de nascimento: ___/___/___

3-Naturalidade: _____

4-Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

5-Estado Civil

(1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Separado/Divorciado (a) (4) Viúvo (a)

6-Numero de dependentes que moram juntos

(1) Nenhum (2) Um (3) Dois (4) Três (5) Mais de três

7-Escolaridade:

(1) Ensino fundamental incompleto

(2) Ensino fundamental completo

(3) Ensino médio incompleto

(4) Ensino médio completo

(5) Ensino superior incompleto

(6) Ensino superior Completo

8- Está Trabalhando:

(1) Sim (2) Não

9- Fonte de renda

(1) Pensionista (2) Trabalho autônomo (3) Carteira assinada (4) Aposentado (5)
Outros

10- Moradia: (1) Própria

(2) Alugada

11- Renda familiar:

(1) Um salário mínimo

(2) Dois salários mínimo

(3) Três salários mínimo

(4) Quatro salários mínimo

(5) Cinco ou mais salários mínimo

12- Quanto tempo de diagnóstico de Diabetes:

(1) Até 11 meses

(2) 1 ano a 2 anos

(3) 3 anos a 5anos

(4) 6 anos a 9 anos

(5) mais de 10 anos

13- Faz acompanhamento do Diabetes

(1) Particular

(2) SUS

(3) Não faz acompanhamento

14- Que tratamento realiza atualmente

(1) Insulina

(2) Dieta

(3) Hipoglicemiante oral

(4) Outros

15- Segue dieta

(1) Sim

(2) Não

16- Como é a dieta?

(1) Pobre (Evitam-se doces e massas, mas a dieta é variável e em geral irrestrita)

(2) Favorável (Estimam-se as quantidades de alimentos com a restrição de doces e alimentos ricos em açúcar, mas não há discriminação no resto da dieta.

(3) Boa (Aderência cuidadosa à dieta com medida do alimento não menos que uma vez por mês e quase nunca indiscriminações dietéticas.

17- Além do diagnóstico do Diabetes qual outra doença você tem?

18- Você relaciona o aparecimento do Diabetes Mellitus a algum fato que aconteceu em sua vida? Fator emocional desencadeante?

19- Faz uso de medicação

(1) Não

(2) Regularmente

(3) Irregularmente

20- Realiza atividades físicas

(1) Não

(2) Regularmente

(3) Irregularmente

Anexo A

Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)

Posses de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Radio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

ANEXO B

Instruções					
<p>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.</p> <p>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. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim 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 a 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 a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) 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 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 nem bom	bom	muito bom
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 o 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 o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C**ESCALA DE PERCEÇÃO DE SUPORTE SOCIAL**

Gostaríamos de saber com que FREQUÊNCIA você recebe apoio de outra pessoa quando precisa. Dê suas respostas anotando nos parênteses que antecedem cada frase, o número (de 1 a 4), que melhor representa sua resposta, de acordo com a escala abaixo:

- 1= NUNCA
- 2= POUCAS VEZES
- 3= MUITAS VEZES
- 4= SEMPRE

QUANDO PRECISO, POSSO CONTAR COM ALGUÉM QUE...

1. () Ajuda-me com minha medicação se estou doente
2. () Dá sugestões de lugares para eu me divertir
3. () Ajuda-me a resolver um problema prático
4. () Comemora comigo minhas alegrias e realizações
5. () Dá sugestões sobre cuidados com minha saúde
6. () Compreende minhas dificuldades
7. () Consola-me se estou triste
8. () Sugere fontes para eu me atualizar
9. () Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos
10. () Dá atenção às minhas crises emocionais
11. () Dá sugestões sobre algo que quero comprar
12. () Emprста-me algo de que preciso
13. () Dá sugestões sobre viagens que quero fazer
14. () Demonstra carinho por mim
15. () Emprста-me dinheiro
16. () Esclarece minhas dúvidas
17. () Está ao meu lado em qualquer situação
18. () Dá sugestões sobre meu futuro
19. () Ajuda-me na execução de tarefas
20. () Faz-me sentir valorizado como pessoa
21. () Fornece-me alimentação quando preciso
22. () Leva-me a algum lugar que eu preciso ir
23. () Orienta minhas decisões
24. () Ouve com atenção meus problemas pessoais
25. () Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim
26. () Preocupa-se comigo
27. () Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento
28. () Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me
29. () Toma conta de minha casa em minha ausência

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP

Titulo do Projeto de Pesquisa: Qualidade de vida, suporte social e controle glicêmico em portadores de diabetes mellitus tipo 2.

Pesquisador Responsável: Alberto José de Amorim Franco Júnior.

Curso/Faculdade: Psicologia / Faculdade da Saúde


O Comitê de Ética em Pesquisa reunido em **13/05/2010** deliberou como segue sobre o protocolo em questão:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo "avaliar a qualidade de vida e suporte social de paciente portadores de diabetes mellitus tipo 2; além de classificar os sujeitos em grupos de bom ou mau controle glicêmico a partir do exame da hemoglobina glicada. A amostra será composta por 120 pessoas de ambos os gêneros em tratamento com endocrinologista em um hospital na cidade de São Bernardo do Campo. Serão utilizados para coleta de dados: questionário sócio-demográfico e econômico, de qualidade de vida e percepção de suporte social". Após leitura, análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi constatado que nada consta no processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa.

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa **APROVADO**, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais)
- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa

São Bernardo do Campo, 13 de Maio de 2010.



Prof. Dra. Fernanda Angelleri
Coordenadora do CEP-UMESP

ANEXO E

Declaração de Responsabilidade do Pesquisador

Eu, Alberto José de Amorim Franco Júnior pesquisador responsável pela pesquisa denominada "QUALIDADE DE VIDA SUPORTE SOCIAL E CONTROLE GLICEMICO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2", declaro que:

- assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) na pesquisa;
- os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade do(a) UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO;
- os resultados da pesquisa serão tornados públicos em periódicos científicos e/ou em encontros, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa, não havendo qualquer acordo restritivo à divulgação;
- o CEP-UMESP será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa, por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da interrupção da pesquisa; assumo o compromisso de suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano, conseqüente à mesma, a qualquer um dos sujeitos participantes, que não tenha sido previsto no termo de consentimento.

São Bernardo do Campo, 12 de NOVEMBRO de 2009 .

Alberto José de Amorim Franco Júnior – CPF 557892692-49.

ANEXO F



Faculdade de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde
São Bernardo do Campo, 04 de novembro de 2009

Ao
Hospital Santa Helena
A/C Dra. Luciane Patrícia Araújo // Coord. Grupo de Pacientes Crônicos


Tem esta a finalidade de apresentar *Alberto José de Amorim Franco Júnior*, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, nível de Mestrado desta Universidade. O referido aluno se encontra em fase de orientação com a Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno, para realização de sua dissertação sobre o tema:

“QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E CONTROLE GLICÊMICO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2”.

Assim sendo, solicitamos que conceda ao nosso aluno autorização para que o mesmo possa coletar dados necessários à consecução do seu projeto de pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados para um trabalho acadêmico de divulgação muito restrita e específica.

Colocando-nos à disposição para eventuais esclarecimentos, agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente


Prof. Dra. Maria Geralda Viana Heleno
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde


Luciane P. Araújo
Coord. do Grupo de Pacientes Crônicos

Campus Rudge Ramos
Rua do Sacramento, 230, Rudge Ramos
09640-000 • São Bernardo do Campo • SP
Tel.: (11) 4366-5600

Campus Vergueiro
Av. Senador Vergueiro, 1301, Jardim do Mar
09750-001 • São Bernardo do Campo • SP
Tel.: (11) 4366-5400

Campus Planalto
Rua Dom Jaime de Barros Câmara, 1000 • Planalto
09895-400 • São Bernardo do Campo • SP
Tel.: (11) 4366-5300

ANEXO G

**TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Qualidade de Vida, Suporte Social e Controle Glicêmico em portadores de Diabetes Mellitus Tipo2”, que tem como objetivos avaliar a qualidade de vida e o suporte social e verificar se o controle da glicemia tem alguma relação com a qualidade de vida e o suporte social. Controle da glicemia é a manutenção da glicemia de jejum até 99 mg/dl, valor estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

O controle da glicemia é importante, pois, impede o agravamento do Diabetes. Assim, ao medir o nível da qualidade de vida, o suporte social recebido e a Hemoglobina Glicada poderão trazer conhecimentos que ajudarão os profissionais da saúde a compreender a associação entre estes três fatores. Espera-se com estes resultados ajudar o paciente com Diabetes na manutenção de bons controles glicêmicos.

Para a realização desta pesquisa serão utilizados os seguintes instrumentos: 1) Questionário para coleta de dados sócio-demográficos e econômicos; 2) Questionário de qualidade de vida; 3) Escala de percepção de Suporte Social. Além disso, será necessário o valor da Hemoglobina Glicada para avaliar a qualidade do controle da glicemia.

A sua participação na pesquisa não trará qualquer desconforto ou risco para sua saúde, mas, em caso de desconforto emocional, devido às perguntas dos questionários, você poderá imediatamente interromper sua participação neste estudo. Quanto aos benefícios, esperamos que com os dados coletados pudéssemos compreender melhor o paciente com Diabetes ao que se refere a sua qualidade de vida, suporte social e controle da Glicemia. Esta compreensão poderá trazer novos conhecimentos, que poderão ajudar os profissionais da saúde a realizar tratamentos mais eficientes.

Caso tenha qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, você poderá a qualquer momento solicitar esclarecimentos ao pesquisador sobre qualquer um dos itens descritos acima. Também tem assegurado o direito de se recusar a participar desta pesquisa ou

retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu tratamento médico ou de qualquer outra natureza.

Tem a garantia de que os dados deste estudo serão publicados somente para fins acadêmicos e científicos e que será mantido o sigilo sobre a sua identidade.

A participação nesta pesquisa não lhe acarretará qualquer custo, despesas ou ônus de nenhuma natureza. Também, não haverá quaisquer formas de ganhos, ressarcimentos ou indenizações.

Este estudo foi elaborado por Alberto José de Amorim Franco Júnior no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Geralda Viana Heleno. Em caso de dúvida a respeito desta pesquisa você poderá, também, entrar em contato com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde no telefone (11) 4366 -5351.

Tendo em vista o estabelecido acima eu _____, declaro que consinto de minha livre e espontânea vontade, em participar da pesquisa intitulada “Qualidade de vida, Suporte Social e Controle Glicêmico em portadores de Diabetes Mellitus Tipo2”.

_____, _____ de _____ 2010.

Local

Data

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável

Documento de Identificação: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)