



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO
ACADÊMICO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS DE SAÚDE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM
AMAZÔNICO**

JÉSSICA STÉPHANIE DA SILVA VASQUES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIDA DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY**

BELÉM

2018

JÉSSICA STÉPHANIE DA SILVA VASQUES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIDA DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto Amazônico.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mary Elizabeth de Santana

BELÉM – PA

2018

JÉSSICA STEPHANIE DA SILVA VASQUES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIDA DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico

Avaliado em: 30 / 08 / 2018.

Banca Examinadora:

Profª Drª Mary Elizabeth de Santana
Presidente

Profª Jacira Nunes Carvalho
Membro Interno

Profª Drª Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Membro Interno

Profª Drª Ingrid Magali Souza Pimentel
Membro Externo

BELÉM - PA

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar sempre ao meu lado, por ter permitido obter a força, a coragem e a sabedoria para saber lidar com as adversidades, o cansaço, o medo e as angústias que inúmeras vezes permearam a caminhada, mas agradeço grandemente por ter permitido que apesar de todo o tempo transcorrido eu chegasse ao final de mais esta caminhada com êxito.

Aos meus pais Joana Silva de Sousa e Lindolfo Leão Vasques por sempre apoiarem os meus sonhos e metas de vida pessoal e profissional, e, por estarem comigo nas situações em que pensei em desistir, me mostrando o caminho correto sempre e me levantando quando mais precisava.

Ao meu irmão Vinícius de Sousa Vasques que está sempre ao meu lado, me apoiando e me incentivando.

Ao meu namorado Marcel Augusto Alvarenga Viegas por ter me acompanhado esses anos em que estamos juntos, me incentivado muito em todos os momentos em que pensei em desistir, e, pela paciência em todas as aulas ministradas a mim em caráter particular nos conteúdos matemáticos os quais contribuíram muito para meu estudo.

A Natacha Cunha por ter me incentivado e ajudado durante o processo seletivo do mestrado e a Arielle Lima por estar comigo neste período de desenvolvimento acadêmico e profissional, por me apoiar nessa caminhada e compartilhar de todas as atividades desenvolvidas ao longo dessa trajetória.

A minha orientadora Professora Mary Elizabeth de Santana por esse período de acompanhamento, e por todos os anos os quais pude ser sua bolsista, saiba que aprendi muito e continuo na busca desse conhecimento. Aproveito este momento também para desculpar por minhas ausências e algumas dificuldades que me acompanharam ao longo desse jornada.

Aos meus amigos por me apoiarem nesse período e por entenderem minhas ausências.

Aos meus colegas de mestrado por contribuírem para a construção do conhecimento e por incentivarem para o desenvolvimento deste estudo.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará, pela oportunidade concedida a mim como discente do programa para o meu aperfeiçoamento profissional.

As pessoas que aceitaram participar do estudo, as quais proporcionaram além das informações obtidas para a pesquisa, somaram pessoalmente diante das histórias de vida contadas nesse período.

RESUMO

O diabetes Mellitus atualmente já se configura com características epidêmicas em virtude do estilo de vida evidenciado, e, em consequência do envelhecimento populacional, onde temos uma projeção para 2035 de 471 milhões de pessoas com diabetes no mundo. Na América Central e do Sul o número de pessoas com DM aumentará em cerca 60% em 2035, e, no Brasil estima-se alcançar 19,2 milhões de pessoas portadoras dessa doença. Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus a luz da teoria de Callista Roy. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, transversal com abordagem quantitativa. O campo de pesquisa foi em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Guamá, onde a população estudada foi constituída por 70 pacientes cadastrados e atendidos no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA). O processo de seleção ocorria durante as consultas programadas para o médico diariamente no período da tarde de segunda a sexta-feira durante os meses de março a junho de 2018. Desta forma, o projeto foi direcionado ao Núcleo de Medicina Tropical do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) sendo aprovado no mês de fevereiro sob o número de parecer 2.514.729. Dentre os resultados que foram obtidos após a análise dos dados obtivemos três tópicos destacados da seguinte maneira: caracterização sociodemográfica; caracterização dos domínios do questionário D-39, estatística não linear de regressão polinomial quadrática aplicada aos dados socioeconômicos e ao questionário D-39 e associação da Teoria de Callista Roy com os dados obtidos. Na avaliação sociodemográfica observamos que o sexo de maior prevalência são de mulheres com 71,4% das pessoas, com a faixa etária variando de 53 a 63 anos (40%), e, em sua maioria com nível fundamental completo (28,6%), sendo que os aposentados compuseram 41,3%. Já nos aspectos referentes a análise do questionário D-39 percebemos que de fato há uma mudança na vida das pessoas com o DM, doença essa que afeta a qualidade de vida de uma forma geral. Quando utilizamos a correlação e associamos o sexo ao número de gestação obtivemos 0,8298 sendo considerado associação forte, já o de menor valor foi a renda associada a comorbidades com 0,0074. Porém, quando comparamos o questionário D-39 resultou em uma correlação com característica ponderal como entre as questões 3 e 14, e, 18 e 25 que envolvem os domínios energia e mobilidade ao controle do diabetes o qual obtivemos uma correlação de 0,6261 e 0,5044 respectivamente. Verificamos a necessidade de avaliação do comportamento dos usuários durante os atendimentos do enfermeiro em unidades básicas de saúde, pois o foco principal está neste primeiro contato estabelecido, iniciando a relação de confiança, para que assim possamos realizar o processo de sensibilização, pois para que o enfermeiro prossiga com o desenvolvimento das metas de enfermagem com o foco no desenvolvimento da adaptação da pessoa ele precisa de tempo para avaliar as características comportamentais da pessoa e programar com o ela os principais pontos de intervenção.

Descritores: Qualidade de Vida; Diabetes *Mellitus*; Enfermagem; Adaptação.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is already present with epidemic characteristics due to the evidenced lifestyle, and as a result of the aging population, we have a projection for 2035 of 471 million people with diabetes in the world. In Central and South America, the number of people with DM will increase by about 60% in 2035, and in Brazil it is estimated that 19.2 million people with this disease will be reached. This study aims to assess the quality of life of people with diabetes mellitus in the light of Callista Roy's theory. This is a descriptive and exploratory cross-sectional study with a quantitative approach. The field of research was in a Basic Health Unit (UBS) of Guamá, where the population studied was constituted by 70 patients enrolled and attended in the Hypertension and Diabetes Program (HIPERDIA). The selection process occurred during consultations scheduled for the doctor daily in the afternoon from Monday to Friday during the months of March to June 2018. In this way, the project was directed to the Nucleus of Tropical Medicine of the Institute of Sciences of the (ICS) was approved in February under the number of opinion 2,514,729. Among the results that were obtained after the data analysis we obtained three highlighted topics as follows: sociodemographic characterization; characterization of domains of questionnaire D-39, non-linear polynomial quadratic regression applied to socioeconomic data and questionnaire D-39 and association of Callista Roy's Theory with data obtained. In the sociodemographic evaluation we observed that the sex with the highest prevalence is of women with 71.4% of the people, with the age range varying from 53 to 63 years (40%), and most of them with a complete fundamental level (28.6%), with retirees accounting for 41.3%. In the aspects referring to the analysis of the D-39 questionnaire, we noticed that there is a change in the lives of people with DM, a disease that affects the quality of life in general. When we used the correlation and we associated the sex with the number of gestation we obtained 0.8298 being considered a strong association, whereas the one with the lowest value was the income associated with comorbidities with 0.0074. However, when we compared the D-39 questionnaire, it resulted in a correlation with weight characteristics as between questions 3 and 14, and, 18 and 25 involving the energy and mobility domains to control diabetes, which obtained a correlation of 0.6261 and 0.5044 respectively. We verified the need to evaluate users 'behavior during nurses' visits to basic health units, since the main focus is on this first established contact, initiating the trust relationship, so that we can carry out the awareness process, nurse to continue with the development of nursing goals with the focus on the development of the person's adaptation he needs time to evaluate the behavioral characteristics of the person and to program with him the main points of intervention.

Descriptors: Quality of Life; Diabetes Mellitus; Nursing; Adaptation.

LISTA DE ILISTRAÇÕES

| | |
|---|-----------|
| Figura 1 – Representação diagramática de um sistema simples | 22 |
| Figura 2 – Classificação de papéis | 25 |
| Gráfico 1- Distribuição da correlação de Pearson entre sexo e o número de gestação, Guamá Belém – PA, 2018..... | 52 |
| Gráfico 2- Distribuição da correlação de Pearson entre renda familiar associada a comorbidades, Guamá Belém – PA, 2018. | 52 |
| Gráfico 3- Distribuição da regressão polinomial quadrática entre sexo e o número de gestação, Guamá Belém – PA, 2018. | 53 |
| Gráfico 4- Distribuição da regressão polinomial quadrática envolvendo os domínios energia e mobilidade ao controle do diabetes (questões 3 e 14), Guamá Belém – PA, 2018. | 55 |
| Gráfico 5- Distribuição da regressão polinomial quadrática envolvendo os domínios controle do diabetes e impacto social (questões 24 e 26), Guamá Belém – PA, 2018 | 55 |
| QUADRO 1- Fluxograma para análise e associação entre questionário D-39 e Teoria de Callista Roy, Guamá Belém – PA, 2018..... | 59 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1- Distribuição por sexo, faixa etária, escolaridade, religião, ocupação, cor/raça, estado civil, dos participantes cadastrados na UBS – Guamá, 2018. | 42 |
| Tabela 1: Distribuição por renda familiar, números de gestação, parto, abortos, filhos, antecedentes familiares, número de residentes na casa dos participantes cadastrados na UBS – Guamá, 2018. Continuação | 43 |
| Tabela 1: Distribuição por tempo de diagnóstico, descoberta da doença, comorbidades, fatores de risco, complicações, internação e número de internações dos participantes cadastrados na UBS – Guamá, 2018. Continuação..... | 44 |
| Tabela 2 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio energia e mobilidade. UBS –Guamá, 2018..... | 46 |
| Tabela 3 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio Controle do Diabetes. UBS –Guamá, 2018. | 47 |
| Tabela 4 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio Ansiedade e preocupação. UBS –Guamá, 2018. | 48 |
| Tabela 5 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio Impacto Social. UBS –Guamá, 2018 | 49 |
| Tabela 6 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio Funcionamento Sexual. UBS –Guamá, 2018. | 50 |
| Tabela 7 – Distribuição dos domínios das respostas com DM ao questionário D-39. Domínio Avaliação Geral. UBS –Guamá, 2018..... | 51 |
| Tabela 8 – Associação dos pressupostos da Teoria de Callista Roy aos dados do questionário D-39 (Pressupostos do estudo). UBS –Guamá, 2018 | 63 |
| Tabela 9 – Associação dos pressupostos da Teoria de Callista Roy aos dados do questionário D-39 (Pressupostos do estudo). UBS –Guamá, 2018 | 64 |

LISTA DE ABREVIATURAS

DCNT – Doenças Crônicas não transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS – Sistema Único de Saúde

QV – Qualidade de vida

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIBIC – Programa institucional de bolsas de iniciação científica

PSF – Programa Saúde da família

VIGITEL – sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

TCC – Trabalho de Conclusão de curso

RD – retinopatia diabética

ND – Nefropatia diabética

DAC – Doença arterial coronariana

SBN – Sociedade brasileira de nefrologia

DRC- Doença renal crônica

EGS – Estado geral de saúde

UBS – Unidade básica de saúde

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística

UFPA – Universidade Federal do Pará

HIPERDIA – Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

D-39 – Diabetes 39

ICS – Instituto de ciências da saúde

SESMA – Secretaria municipal de saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1. JUSTIFICATIVA | 16 |
| 1.2. PROBLEMA | 18 |
| 2 OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 GERAL | 20 |
| 2.2 ESPECÍFICOS..... | 20 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 21 |
| 3.1 INTRODUÇÃO AO MODELO DE ROY | 21 |
| 3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY | 23 |
| 3.3 DEFINIÇÃO DOS MODOS DE ACORDO COM A TEORIA DE ROY | 23 |
| 3.3.1 Modo Fisiológico | 23 |
| 3.3.2 Modo de Autoconceito | 23 |
| 3.3.3 O Modo de Função na Vida Real | 25 |
| 3.3.4 Modo de Interdependência | 26 |
| 3.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY | 28 |
| 3.4 APLICAÇÃO DA TEORIA DE ROY A VISTA DA QUALIDADE DE VIDA..... | 29 |
| 4 METODOLOGIA | 34 |
| 4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA..... | 34 |
| 4.2 O CAMPO DE PESQUISA | 34 |
| 4.3 PARTICIPANTES | 35 |
| 4.3.1 Critérios de inclusão | 36 |
| 4.3.2 Critérios de exclusão | 36 |
| 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 36 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS..... | 37 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS | 38 |
| 4.6.1 Riscos | 38 |
| 4.6.1 Benefícios | 38 |
| 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 41 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA | 41 |
| 5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO D-39 | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3 ESTATÍSTICA NÃO LINEAR DE REGRESSÃO POLINOMIAL QUADRÁTICA APLICADA AOS DADOS SOCIOECONÔMICOS E AO QUESTIONÁRIO D-39 | 52 |
| 6 DISCUSSÃO | 56 |
| 6.1 DISCUTINDO A AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA | 56 |
| 6.2 TEORIA DE CALLISTA ROY APLICADA AOS DADOS | 58 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 66 |
| REFERÊNCIAS | 69 |
| APÊNDICE A | 72 |
| APÊNDICE B | 74 |
| ANEXO A | 76 |
| ANEXO B | 82 |
| ANEXO C | 84 |

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são iminentes causadoras de óbitos precoces, onde aproximadamente 36 milhões (63%) de óbitos no mundo foram provocados em detrimento dessas patologias, desse quantitativo supracitado, cerca de 80% aconteceram em países em desenvolvimento. Assim evidenciamos que dentre essas DCNT destacamos as doenças do aparelho circulatório e vascular, diabetes *Mellitus* (DM), câncer e doença respiratória crônica, sendo de maior ocorrência em populações de menor poder aquisitivo onde estão inseridos os grupos de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Diante disso, o número de pessoas com diabetes *Mellitus* (DM) vem aumentando progressivamente em consequência do crescimento e envelhecimento populacional, da maior urbanização nas grandes cidades e da crescente associação entre sedentarismo e obesidade, isto, evidenciado devido sua essência substancialmente crônica, a gravidade das complicações associadas e a dificuldade de controlá-la pelo processo de autogerenciamento do indivíduo, onerando custos ao sistemas de saúde onde encontramos os gastos diretos que variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual de um país para à saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), especificamente no Brasil as despesas por pacientes com DM pelo Sistema Único de Saúde (SUS) variam em torno de US\$ 2.108,00, sendo que US\$1.335,00 são referentes aos custos diretos, e, anualmente o valor aproximado desse gasto equivale a R\$ 40,3 milhões, com 91% desse valor referente especificamente as internações hospitalares.

Estima-se que em 2035 alcancemos um quantitativo de 471 milhões de diabéticos no mundo, porém cerca de 80% dessa população afetada se concentram nos países em desenvolvimento como no Brasil. Na América Central e do Sul o número de pessoas com DM aumentará em cerca 60% em 2035, e, no Brasil presume-se alcançar 19,2 milhões de pessoas portadoras dessa patologia. Somente no ano de 2014 esse quantitativo encontrava-se em cerca de 11,9 milhões de indivíduos com diabetes com uma faixa etária de 20 a 79 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O diabetes então, destaca-se como uma patologia heterogênea de alterações metabólicas tendo a hiperglicemia como sintoma comum, isso, provocado pela modificação na produção ou ação da insulina no organismo o qual gera níveis elevados de glicose na corrente sanguínea. Assim, destacamos os dois tipos de diabetes mais recorrentes: o Diabetes *Mellitus* tipo 1 que ocorre uma alteração autoimune, quando a insulina produzida pelo organismo não é reconhecida e o diabetes *Mellitus* tipo 2 o qual há uma descompensação da glicemia provocando uma alteração na capacidade de produção do hormônio pelo pâncreas levando assim a hiperglicemia (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

O DM tipo 1 que ocorre em 5% a 10% da população, configura-se pela destruição das células beta pancreáticas as quais levam a deficiência na secreção de insulina. Já o DM tipo 2 refere-se a defeitos na secreção ou a ação da insulina, estando também associado ao dano na regulação hepática de glicose, está presente em 90% a 95% da população mundial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O DM tipo 1 surge de forma espontânea em crianças e adolescentes sem o excesso de peso. A terminologia “tipo 1” está relacionada à destruição que ocorre nas células beta pancreáticas a qual logicamente levam ao quadro de deficiência de insulina. Já DM tipo 2 tem início insidioso e com sintomatologia imperceptível de imediato pela pessoa, surge geralmente em adultos com histórico familiar de ocorrência da doença e excesso de peso, evoluindo inicialmente pela resistência à insulina ou associado a defeitos na secreção da mesma (BRASIL, 2013).

Grossi e Pascali (2009) ressaltam que no DM tipo 1 a resistência à insulina é um fator que impulsiona para o surgimento da doença, visto que força as células beta pancreáticas a produzirem maior quantidade de insulina corrente, nesse processo este tipo de diabetes pode ser classificado em autoimune ou idiopático, em que o autoimune se configura pela destruição gradativa e silenciosa das células, evoluindo a deficiência total de insulina.

Enquanto no DM tipo 2 geralmente esse diagnóstico apresenta-se de forma mais tardia, surgindo a partir dos 40 anos acompanhado de fatores de risco como o sedentarismo e a obesidade, contudo, mesmo aquela pessoa com peso normal pode apresentar o diabetes se houver predominância de tecido adiposo centralizado na região abdominal. Além deste fator, há o aumento dessa patologia em jovens devido

a prevalência de sobrepeso e obesidade, isso em consequência do estilo de vida atual (GROSSI; PASCALI, 2009).

Diante disso, os sinais e sintomas clássicos do DM são os chamados “quatro P’s” (poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso), sinais esses mais agudizados nas pessoas com DM tipo 1, além desses, alguns sintomas que podem acometer são a fadiga, visão turva e prurido vulvar e cutâneo com aparecimento de lesões de pele (BRASIL, 2013).

De fato, o diabetes é uma patologia que independente da faixa etária e etiologia, traz repercussão negativa, a qual compromete a qualidade de vida das pessoas. Dentre as variáveis que influenciam estão: o tipo de diabetes, o uso de insulina para controle da doença, idade, complicações crônicas, nível socioeconômico e educacional, fatores psicológicos, etnia, entre outros pontos que devem ser levados em consideração durante uma avaliação (ZULIAN; SANTOS; VERAS, 2013).

Dessa maneira, sabemos que a supracitada patologia leva ao surgimento de diversas complicações dentre as quais destacamos as alterações macro vasculares, microvasculares e neuropáticas, que desencadeiam a retinopatia diabética, nefropatia diabética, pé diabético, doença cardiovascular, doença coronariana, entre outras provocadas pelas diversas alterações metabólicas desencadeadas pela hiperglicemia recorrente (GROSSI, 2009).

Conforme Almeida, Silveira *et al.* (2013), essas informações afirmam que a doença crônica já possui um prognóstico ruim, devido sua elevada cronicidade, bem como o desencadeamento de complicações. As alterações reduzem a sobrevida e respondem negativamente ao tratamento proposto, promovendo alterações na qualidade de vida da população afetada.

Como descrito por Grossi (2009), as complicações do DM são onerosas para o sistema de saúde, gerando a inaptidão física, psicológica, emocional e social provocadas após o diagnóstico e o consequente tratamento. Essas circunstâncias suscitam aposentadorias precoces, longa permanência nas unidades hospitalares, custos significativos aos serviços de saúde e previdência social. Todo este contexto fomenta danos e perdas a esse indivíduo influenciando negativamente em sua qualidade de vida.

Neste sentido, a definição de qualidade de vida (QV) segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995) é a “percepção dos indivíduos de sua posição na

vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, por meio desta conceituação percebe-se o equívoco vislumbrado frequentemente pelo senso comum/empírico o qual entende por QV o termo “estilo de vida”, “estado de saúde”, dentre outros termos usados de forma equivocadas, já que destacamos a supracitada terminologia como algo mais complexo e amplo, visualizando o indivíduo em sua totalidade (FLECK, *et al.*, 2008).

Neste processo, a extensão de QV é abrangente por investigar variáveis importantes, pois aponta os domínios mais afetados nos indivíduos que sofrem por alguma patologia, então QV, abrange os aspectos físicos, psicológicos, as relações sociais, grau de dependência, crenças pessoais e o relacionamento com o ambiente (FLECK, *et al.*, 2008).

Desta forma, avalia-se a QV do indivíduo por meio das necessidades afetadas no determinado momento, e de que maneira estas necessidades serão enfrentadas ou sanadas após esta avaliação, visto que o ser humano é entendido como alguém direcionado a suprir essa situação enfrentada, situação essa que surge do Eu físico como também do emocional, pois a QV abarca o ser de forma holística (FLECK, *et al.*, 2008).

Todavia devemos entender que o indivíduo portador de alguma patologia pode adaptar-se ao processo que vivencia no viver com uma doença, visto que somos seres “adaptáveis”, pois temos a capacidade de ajuste as mudanças advindas do ambiente tanto o interno quanto o externo e efetivamente intervir nesse meio (ROY; ANDREWS, 1981).

Fatos esses destacados por Roy (1981), quando afirma que as alterações experienciadas pelas pessoas são chamadas de estímulos que podem advir do meio externo (meio ambiente) ou interno (o eu), nesse sentido após sofrermos algumas mudanças, temos a chance de responder ao estímulo sofrido, resposta essa, que pode ser fisiológica ou cognitiva, porém, esta solução pode ser de forma positiva ou negativa denominada “saída”, em que a informação é codificada e conseqüentemente respondida.

Assim, o indivíduo com DM ou qualquer outra patologia, após o diagnóstico da doença, tende a responder em muitas situações de forma negativa, visto o impacto sofrido, mas, cabe a pessoa adaptar-se a todo o processo de tratamento que irá enfrentar no seu cotidiano, daí a importância da associação da teoria a qual

busca elucidar que ser adaptável faz referência ao indivíduo capaz de se “ajustar” as mudanças ocorridas no ambiente e efetivamente intervir nesse meio, no caso o paciente com diabetes, isso com o objetivo de promover a adaptação a essa nova condição apresentada.

Nessa perspectiva, a referida pesquisa possui o intuito de avaliar a qualidade de vida da pessoa portadora de diabetes *mellitus* e o processo de adaptação. Com isso vamos discutir os meios adaptáveis tendo por fundamentação a teoria de Callista Roy que trata do processo de adaptação do indivíduo frente aos estímulos sofridos, e mostrar de que forma o enfermeiro pode intervir na busca da adaptação e conseqüentemente da qualidade de vida.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu inicialmente com a história familiar onde alguns membros descobriram-se portadores da doença, um foi a óbito com o DM como doença secundária e a outra possui a patologia descompensada evoluindo com complicações graves como pé diabético e seqüela de acidente vascular cerebral.

Essa temática se justificou também pela minha inserção no programa de iniciação científica (PIBIC – UFPA/AF) e (PIBIC/CNPq/UFPA) no período de julho de 2011 a agosto de 2014 com os projetos que permearam por temáticas que envolviam doenças crônicas não – transmissíveis, nesse caso o diabetes *Mellitus* e o pé diabético. Por meio dessa vivência, sentimos a necessidade de aprofundar o estudo na temática voltada ao tema diabetes *Mellitus*, após ter observado na prática acadêmica, e, atualmente durante minha inserção como enfermeira assistente na clínica médica do Hospital Público Estadual Galileu – HPEG no município de Ananindeua o qual é elevado o quantitativo de usuários portadores de diabetes, as complicações graves e a conseqüente internação em decorrência da descompensação da mesma, dificuldade de controle e a diabetes como patologia secundária a doença de base.

Os projetos supracitados no discorrer da justificativa evidenciam o percurso acadêmico e o foco principal em doenças crônicas não transmissíveis. Isto nos permite acreditar que o enfermeiro juntamente com a equipe, seja um dos profissionais atuantes, desde a assistência em Unidades Básicas de Saúde até

cuidados mais especializados em Unidades Hospitalares, assim detentor de um perfil que favorece e fortalece a importância da orientação, assistência e cuidado desta clientela, orientando-os para a adesão e a manutenção da qualidade de vida preservada no contexto domiciliar assim retardando ou evitando a progressão da doença e surgimento de possíveis complicações.

A Organização Mundial da Saúde (2014), elencou 10 fatos sobre o diabetes dentre os quais esclarece que esta patologia em 2030 será a 7ª causa de morte no mundo, onde o diabetes Mellitus tipo 2 representa cerca de 90% dos casos, e que das causas de óbito, 50% a 80% entre os indivíduos com diabetes devem-se a doenças cardiovasculares, índice esse evidenciado em 2012 com 1,5 milhões de mortes, sendo que 80% desses casos ocorreram em países de baixa e média renda.

Outro informe preocupante foi apresentado pela Organização Mundial da Saúde (2016), no qual fez uma comparação do número de pessoas com diabetes nos anos de 1980 onde foram notificados 108 milhões de diabéticos e tendo aumentado em 2014 em 422 milhões de pessoas diagnosticadas, mostrando uma evolução alarmante em apenas 34 anos. Com relação a prevalência mundial de diabetes em adultos em 1980 era de 4,7% e em 2014 passou a um percentual de 8,5%.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), no Brasil 6% das causas de mortes estão relacionadas ao DM, ficando em 7º lugar. Já com referência ao sexo os homens entre 30 – 69 anos tivemos um quantitativo de 15.000 óbitos e com 70 anos ou mais 16.900, nas mulheres respectivamente 14.900 mortes com idade entre 30 – 69 anos e 25.000 a partir dos 70 anos. Essas informações nos permitem destacar a importância do diagnóstico precoce e consequentemente início imediato do tratamento, além da redução dos fatores de risco associados, como o sobrepeso, obesidade e inatividade física, os quais contribuem para o desenvolvimento da patologia e as complicações subsequentes (cegueira, insuficiência renal, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e a amputação de membros inferiores).

De fato, ainda observamos uma alta prevalência na falta de adesão ao tratamento o que pode levar a progressão de complicações da doença. Neste sentido, este estudo justifica-se pela observação da progressão da patologia e suas complicações, bem como pela falta de adesão ao tratamento e sensibilização por parte das pessoas com DM às orientações prestadas e disponibilizadas pela equipe que realiza atendimento. Logo, devemos atentar para o que afasta ou dificulta o

acesso dos indivíduos na busca de uma melhor qualidade de vida e consequentemente a participação efetiva da pessoa na gestão do seu cuidar.

1.2 PROBLEMA

Segundo Queiroz (2008), devido ao DM proporcionar uma elevada cronicidade por ação das complicações, tratamentos e controle glicêmico contínuo, essas atitudes desempenhadas a anos, levam a redução na qualidade de vida dessas pessoas, isso provocado pelas alterações nos gastos familiares, mudanças em hábitos alimentares, nos aspectos físicos e principalmente os psicológicos os quais podem levar a depressão, ansiedade e as demais preocupações que surgem as novas mudanças no estilo de vida.

Mediante a este fato Corrêa, Gouvêa, Silva *et al.* (2017), em seu estudo realizado em pessoas com DM em um Programa Saúde da Família (PFS) e em uma unidade especializada de atendimento, revelou que pacientes com diagnóstico da doença igual ou superior há 13 anos possuem maior probabilidade de dispor de uma pior qualidade de vida. Essa informação é evidenciada ao ser analisado as variáveis sexo, dieta, hemoglobina glicada e uso de medicação as quais tiveram relação direta com a pior qualidade de vida dessas pessoas, porém este fato impressiona em virtude dessas variáveis decorrerem de fatores modificáveis se mantidos e seguidos as devidas orientações.

Dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) reforçam essa informação ao afirmarem que em 10 anos tivemos um aumento de pessoas com excesso de peso com crescimento de 26,3%, obesidade com 60% e o DM aumentou para 8% o número de pessoas diagnosticadas, onde a grande incidência foi em mulheres dado que reforça as informações anteriores. Além disso, o número maior de pessoas portadoras de diabetes vem aumentando com idade e em pessoas com nível de escolaridade baixo (BRASIL, 2017).

Através disso, durante minha jornada acadêmica, na pesquisa para o meu Trabalho de conclusão de curso – TCC intitulada “Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes portadores de diabetes e pé diabético”, em que foi abordado um público portador de diabetes e com risco de desenvolver pé diabético. Evidenciamos dados que reiteram e reforçam as pesquisas descritas, que dentre o

público de 15 usuários participantes do trabalho, a maioria tinha uma faixa etária de 40-59 anos (60%), do sexo feminino (66,7%), com nível de escolaridade baixo em com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, e, em grande proporção formado por aposentados, além de evidenciar que todos encontravam-se com risco de desenvolver o pé diabético, informações essas importantes para se avaliar o contexto da maioria da população e evidenciar que o profissional deve intervir de forma a usar as características da comunidade em que realiza o atendimento para promover a sensibilização quanto aos cuidados a pessoa com DM.

No estudo de Corrêa, Gouvea e Silva *et al.* (2017), o sexo feminino foi classificado como um fator para uma pior qualidade de vida. Através disso, manter uma alimentação saudável, expor um valor de hemoglobina glicada ≤ 7 e utilizar de medicação via oral são condições para não se enquadrar em uma pior qualidade de vida.

Enfatizamos que o DM se trata de uma doença crônica com um elevado potencial desencadeador de complicações, dado esse, que nos chamou atenção, pois uma patologia bastante difundida pelos meios de comunicação, que possui um programa exclusivo para iniciar tratamento - Programa de hipertensão e diabetes (HIPERDIA), já dispõe de medicações gratuitas para controle da glicemia, ainda sim apresenta constante crescimento a nível mundial e com uma projeção em ascensão. Essas situações em constante evidência são fatores que divergem para a manutenção da melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Diante da descrição do contexto acima elaboramos o seguinte questionamento: Quais os fatores que afetam a qualidade de vida das pessoas com DM?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a qualidade vida das pessoas com diabetes mellitus a luz da teoria de Callista Roy.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar os fatores que interferem na adaptação e na qualidade vida da pessoa com diabetes mellitus;

Elencar as categorias adaptáveis a luz da teoria de Roy em relação a qualidade de vida;

Propor medidas adaptáveis que influenciem na melhoria da qualidade de vida da com pessoas com diabetes mellitus a luz da teoria de Roy.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 INTRODUÇÃO AO MODELO DE ROY

Os modelos ou as teorias de enfermagem são embasados em pressupostos teóricos e filosóficos para permitir o caráter científico. Para tanto a teoria de adaptação de Roy possui como pressupostos teóricos a pessoa como um ser biopsicossocial, onde está em constante interação com o meio, tendo a saúde e a doença como algo inevitável ao ser humano e que para enfrentar seguramente esse momento deve-se adaptar as situações e criar mecanismos para isso (ROY, ANDREWS, 1981).

Nesse sentido, Roy utiliza como embasamento a teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1968) e a teoria do modelo de adaptação de Helson (1964). Dessa forma este modelo usa como base científica o humanismo (tido como um caráter filosófico de uma forma mais ampla, vislumbrando o ser humano como um ser holístico e com processo incessante de caráter interpessoal que o insere na dimensão de subjetividade) e a veracidade (percepção do valor do homem e o seu significado no ambiente ou sociedade) (ROY, ANDREWS, 1981).

A teoria de adaptação de Helson está inserida no contexto da enfermagem, pois o profissional é visto como um cuidador, cuidador este que pode prestar assistência a uma pessoa, uma família, uma comunidade ou até mesmo a sociedade. Já que todas essas associações possuem como premissa principal o indivíduo com características particulares. Neste contexto, a pessoa é percebida por Roy como um ser holístico e adaptável, o qual vislumbra que o sistema humano funciona de forma conjunta e integrada, ou seja, nós somos um todo complexo e não apenas um componente de um todo a ser analisado. Por este motivo a teoria cita a questão de adaptação ou a terminologia adaptável que consiste mencionar que dispomos da habilidade de nos moldarmos a situações enfrentadas e dessa forma sermos afetados e conseqüentemente afetarmos o meio em que fazemos parte (ROY; ANDREWS, 1981).

Mediante isso, temos neste contexto duas situações encontradas que são obtidos à medida que o indivíduo é confrontado com algo novo o qual se refere aos estímulos, que podem advir do meio externo (estímulo externo) ou do Eu (estímulo

interno), tais estímulos são denominados entradas, onde após a recepção e codificação dessas informações, deveremos obter as respostas as quais possuem a nomenclatura de saída. Sendo assim, denominamos um comportamento da pessoa resultante de um processamento que pode ser o regulador e cognitivo (ROY; ANDREWS, 1981).

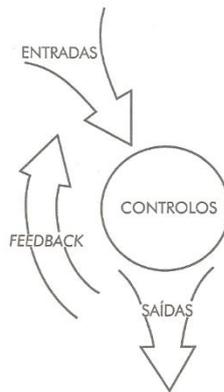


Figura 1 – Representação diagramática de um sistema simples.

Fonte: ROY, C., ANDREWS, H.A. **Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, Pag. 19, 1981.

Esse comportamento de resposta como mencionado anteriormente pode ter como resultado duas formas: a resposta adaptável (quando se tem uma resposta positiva) ou uma resposta ineficaz (quando não obtemos uma resposta satisfatória, porém este mesmo estímulo pode retornar e ter uma resposta plausível). Em detrimento disso, os estímulos são descritos por Roy como estímulos focais, contextuais e residuais (ROY, ANDREWS, 1981).

O estímulo focal são ocorrências em que devemos lidar imediatamente após um acontecimento, ou seja, quando devemos responder a um estímulo de forma rápida; já os estímulos contextuais são as situações que vem a somar ao estímulo focal, podendo agir de forma complementar com aspectos positivos ou negativos, contribuindo assim para a resposta e por fim os estímulos residuais que são uma condição externa ou interna da pessoas os quais não são fonte de influência central, portanto não são observados pelo indivíduo como características altamente evidenciadas em uma dada situação. A associação destes estímulos é chamada de nível de adaptação que corresponde a maneira como a pessoa poderá responder positivamente a um acontecimento (ROY; ANDREWS, 1981).

Roy (1981) informou que dentro dos estímulos temos os mecanismos de resistência que possuem a nomenclatura de subsistemas, que se dividem em

regulador e cognitivo. Esses mecanismos são definidos como inatos ou adquiridos, onde a forma inata convém aos meios geneticamente estabelecidos, ou seja, são respostas imediatas ou até mesmo involuntárias, já as adquiridas são estímulos em que somos confrontados, os quais somos capazes de aprender, portanto são estímulos que sofremos conscientemente e conseqüentemente recebemos do meio externo.

O mecanismo de resistência foi dividido em categorias, para ser mais preciso foram divididos em quatro categorias ou modos adaptáveis, as quais servirão de uma condição para avaliação deste indivíduo e/ou precisamente da observação do nível de adaptação, os modos são divididos em fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência (ROY; ANDREWS, 1981).

3.2 DEFINIÇÃO DOS MODOS DE ACORDO COM A TEORIA DE ROY

3.2.1 Modo Fisiológico

Roy e Andrews (1981) destacam que o modo fisiológico é contemplado por meio da observação através do comportamento evidenciado pela manifestação fisiológica das células, tecidos, órgãos e sistemas que compõem o corpo humano de forma geral. Desta forma, da mesma maneira como descrito no decorrer do capítulo o modo fisiológico passa por um estímulo o qual será decodificado e evidenciarão os comportamentos.

Assim este modo utiliza como componentes de avaliação a: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção. Desse modo, para que o enfermeiro possa desempenhar esta avaliação de forma fidedigna deverá ter conhecimento apropriado tanto científico quanto técnico para avaliar, analisar e construir um plano terapêutico de cuidados que contemple as alterações fisiológicas evidenciadas, referenciadas ou observadas.

3.2.2 Modo de Autoconceito

É um modo psicossocial, com foco nos aspectos psicológicos e sociais das pessoas, sendo especificamente associada a integridade psíquica, integridade essa que deve estar sempre equilibrada visto sua forte influência, pois uma alteração

neste quesito pode interferir no processo de cura. Possui duas subáreas relevantes: o eu físico e o eu pessoal. O eu físico diz respeito “a sensação corporal e a imagem corporal” e o eu pessoal se refere a percepção de três componentes “auto consistência, auto ideal e o eu moral-ético-espiritual” (ROY; ANDREWS, 1981).

-Eu Físico

O Eu físico é definido como a apreciação de sua própria aparência de forma global, ou seja, imagem, aspectos físico, sexualidade, sentimentos, entre outros aspectos, estes, constituem dois componentes: “(1) sensação corporal – como é que alguém sente pessoalmente o corpo e (2) a imagem corporal – como é que alguém vê e sente a aparência e função do seu corpo”.

A todo tempo somos estimulados a diversas sensações as quais nos permitem o amadurecimento necessário para o crescimento pessoal contínuo. Avaliar este aspecto durante a anamnese de enfermagem é um fator determinante para auxiliar na cura desta pessoa, pois estes comportamentos sugerem como ele vai se adaptar a situação enfrentada. Devemos então partir da premissa da avaliação primeiramente da sensação corporal com a observação da linguagem não verbal e a verbal, além de um exame físico completo, estas informações permitiram concluir se as respostas são adaptáveis ou ineficazes e conseqüentemente de que maneira a enfermeira poderá intervir (ROY, ANDREWS, 1981).

Tem-se como meta o estudo do comportamento de forma real, especificando todos os fatores contribuintes para essa reação, em seguida os fatos serão elucidados a pessoa e a mesma participará ativamente na construção do plano de cuidados e meios de intervenções de enfermagem, assim, deve fortalecer os estímulos para comportamentos adaptáveis e modifica os comportamentos ineficazes (ROY, ANDREWS, 1981).

-Eu Pessoal

O eu pessoal é compatível com a visão do eu, nos aspectos do auto ideal e o moral-ético-espiritual no processo de interação psíquica. Este modo tem suas especificidades e subdivisões os quais dividem-se em: auto consistência (resposta da pessoa a uma dada situação), auto ideal / auto esperança (condiz ao objetivo de

vida da pessoa), e eu moral-ético-espiritual (é o caráter ético, moral e valores) (ROY, ANDREWS, 1981).

Os comportamentos que serão avaliados para podermos definir os cuidados de enfermagem ao indivíduo faz referência as verbalizações dos pensamentos e sensações dessa pessoa e deve ser concluída por meio de uma observação maciça e contínua, e onde o enfermeiro deve criar uma inter-relação de confiança com paciente (ROY, ANDREWS, 1981).

Através disso, observamos os estímulos sofridos pelas pessoas os quais são evidenciados pela: auto percepção, crescimento e desenvolvimento, aprendizagem, reações dos outros, fases de desenvolvimento e mecanismos de resistência, aspectos que tem influência direta no autoconceito e conseqüentemente no comportamento (ROY; ANDREWS, 1981).

3.2.3 O Modo de Função na Vida Real

Esta função é definida como a posição social de cada pessoa dentro de um contexto inserido, e, conseqüentemente possa entender o seu papel ou a sua função. Neste aspecto o modelo de Roy utilizou de classificações dos papéis como primários (caracterizado como o período de vida vivenciado), secundários (associados ao primário, porém com desenvolvimento do eu em consonância com o meio) e o terciário (em associação ao secundário se refere a natureza do papel anterior) (ROY, ANDREWS, 1981).

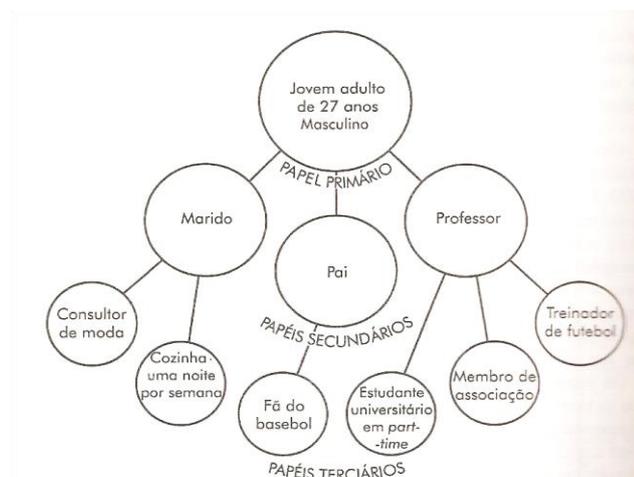


Figura 2 – Classificação de papéis.

Fonte: ROY, C., ANDREWS, H.A. **Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, Pag. 398, 1981.

Roy identificou dois componentes comportamentais do modo, o comportamento instrumental (apresenta um comportamento inerente ao papel vivenciado) e comportamentos expressivos (corresponde aos sentimentos expressos ligados ao papel). Através desta análise comportamental o enfermeiro tem como meta identificar em conjunto com a pessoa os comportamentos observados e de que maneira poderão ser revistos para desempenhar o papel esperado (ROY; ANDREWS, 1981).

-Papel de transição, distância e conflito

Papel de transição refere-se ao novo papel assumido pela pessoa, ou seja, uma maneira de crescimento. Transpor de um papel a outro em um processo contínuo de adaptação, através disso o enfermeiro avalia o comportamento e se esses comportamentos condizem com o papel social desejado (ROY, ANDREWS, 1981).

Posterior a isso se classifica o papel de transição efetiva (apresenta comportamento adaptáveis), transição de papel ineficaz (a pessoa demonstra o papel expressivo eficaz, mas comportamento instrumental ineficaz), distanciamento de papel (mostra o comportamento em resposta a transição de papel ineficaz), papel de conflito (está dividido em dois tipos de conflito: conflito dentro do papel – fracasso no comportamento esperado, e, conflito entre os papéis – competição entre os papéis esperados e papel de fracasso (a pessoa não consegue evidenciar o comportamento expressivo adaptável) (ROY, ANDREWS, 1981).

3.2.4 Modo de Interdependência

Este modo é definido como a maneira as necessidades afetivas como o amor, amizade, ou seja, as relações pessoais estão sendo satisfeitas e sua importância para ao comportamento do indivíduo. Com isso busca-se a “adequação afetiva” que diz respeito a busca de uma relação com sentimentos maduros (ROY, ANDREWS, 1981).

A pessoa almeja ampliar as relações como uma forma de crescimento pessoal e participação na vida em sociedade, assim, “o modo de interdependência é um modo social porque as necessidades são satisfeitas através da interação social”,

posterior a esta descrição possuímos a necessidade de “adequação afetiva” que condiz ao fato de prestar cuidados e de recebê-los (ROY, ANDREWS, 1981).

Dentro da adequação afetiva podemos vivenciar o isolamento (opção pessoal para desempenho e aprimoramento de algum cuidado próprio), a solidão (algo que não se escolhe se vive, mas não como opção pessoal) e a alienação. Além disso, temos os sistemas de apoio que são pessoas, grupos sociais e até mesmo animais que ajudam no modo de interdependência, este apoio apresenta-se de forma circular em fluxo contínuo de relação de pessoa-pessoa (ROY, ANDREWS, 1981).

-Ansiedade e solidão da separação

Segundo Callista Roy o primeiro trabalho criado sobre esta temática foi produzido pelos autores Robertson (1953) e Bowlby (1969) onde analisaram as reações de bebês recém separados de suas mães e definiram que a apresentação de três fases de ansiedade de separação: o protesto, o desespero e a negação.

Fase de protesto demonstra a maneira de chamar a atenção e recuperar a pessoa para si, já a fase do desespero é a maneira encontrada para se consolar ou acalantar, ou seja, uma forma de autoproteção, ocorrendo quando a fase do protesto não surtir efeito e a fase da negação vem de forma mais paulatina e a pessoa cria uma forma de suprir a necessidade do outro utilizando o ambiente e as pessoas que estão a sua volta. Neste processo a enfermeira avalia o comportamento da pessoa e utiliza dessas informações para compreender como está processando os sentimentos e o modos e conseqüentemente auxiliar a pessoa na autopercepção e conseqüentemente atitude de resposta positiva (ROY, ANDREWS, 1981).

-Solidão

A solidão é inerente a todo ser humano, e frequentemente estamos em constante fuga para manter o comportamento afetivo estável, porém ninguém está distante deste sentimento, pois convém a ser uma contrariedade de adaptação usual. Então se a pessoa não consegue atingir este nível de satisfação em equilíbrio, sofre pela solidão e se sente alienada (não se sente pertencente a um grupo social nenhum) (ROY, ANDREWS, 1981).

Assim, ao aplicarmos o processos e enfermagem devemos observar a pessoa na sua integralidade para promovermos o plano de cuidados de acordo com as especificidades em evidência e construir os cuidados em comum acordo com o indivíduo para que ele possa auxiliar nesta adaptação (ROY; ANDREWS, 1981).

3.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

Roy descreve que inicialmente para se iniciar o processo de enfermagem utilizando seu modelo avalia-se o comportamento do indivíduo, visto que a enfermagem tem como meta promover a adaptação do ser humano, pois o único meio de avaliar se a pessoa está ou não em processo de adaptação é por meio do comportamento (ROY, ANDREWS, 1981).

Este modelo em questão descreve o homem de forma holística e adaptável, para tanto quando se depara com uma situação ou estímulo interno ou externo o indivíduo vai decodificar estas informações utilizando os mecanismos reguladores, para que assim possam responder, sendo que esta resposta se dá através dos comportamentos os quais podem ser os adaptáveis ou ineficazes, os quais serão analisados na assistência de enfermagem (ROY, ANDREWS, 1981).

O enfermeiro poderá avaliar estes comportamentos através de como o indivíduo irá externar estas informações, já que a pessoa quando está a passar por uma situação de doença, vivencia um momento de estresse, motivo esse que leva esta pessoa a promoção de mudanças, as quais constituem o modo como está se adaptando e conseqüentemente acaba externando para o enfermeiro durante a observação.

Tais comportamentos são evidenciados verbalmente por meio da comunicação, por gestos ou verificados pelo enfermeiro utilizando para isso a observação clínica através da percepção de sinais e sintomas demonstrados, por meio de equipamentos ou de exames, todas estas informações são de grande importância pois evidenciam o comportamento e conseqüentemente são um meio de se analisar e aplicar as etapas consecutivas do processo de enfermagem.

Possuímos alguns estímulos de forte influência para a resposta a cultura, etnia e sistemas de crenças, família, o desenvolvimento, integridade (alteração em algum modo), no subsistema cognitivo e no cenário ambiental propriamente dito,

após toda essa análise para coleta de informações, a qual se trata da etapa inicial do processo de enfermagem, devemos posteriormente analisar os dados para darmos seguimento com o diagnóstico de enfermagem. Para o modelo de adaptação de Roy o diagnóstico dentro do processo de enfermagem é definido como “um processo de avaliação que resulta de uma afirmação que faz parte do estatuto de adaptação da pessoa” (ROY, ANDREWS, 1981).

Dentro da intervenção criam-se os objetivos de enfermagem no tratamento do paciente com o intuito geral descrito pelo modelo de “manter e aumentar o comportamento adaptável e modificar o comportamento ineficaz tornando-o adaptável”, mas deve-se priorizar o indivíduo de forma particular almejando a visão holística para manutenção da vida através da intervenção específica (ROY, ANDREWS, 1981).

Através destas informações há as definições dos modos adaptáveis os quais serão descritos nos tópicos consecutivos.

3.4 APLICAÇÃO DA TEORIA DE ROY A VISTA DA QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida (QV) tem sido um tema em constante discussão na área da saúde na atualidade, isto ocorreu devido à crescente evolução tecnológica e a retrocesso da humanização da população. Então, após a 2ª guerra mundial esta terminologia passou a ser difundida com a ideia associada a padrões de vida financeiro, posteriormente foi amplamente combinado aos fatores sociais da população, permitindo a aproximação de vários segmentos sociais (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Consequente a isto foi definida como estilo de vida ou estado de saúde os quais são conceitos ou percepções bem distintas quando se compara com a definição central deste termo, sendo este, mais abrangente e constituído por domínios distintos e integrados entre si (FLECK *et al.*, 2008).

Conforme Almeida (2012), lidar com esta terminologia inclui diversas variáveis, devido à complexidade deste termo, visto sua difusão em muitas situações de forma equivocada. E este vem sendo difundido erroneamente, correndo o risco de banalização, visto a ambiguidade com que vem sendo usado, pois está sendo associada somente aos padrões sociais os quais envolvem o bem-estar, economia, emocional e o social de uma sociedade, popularizando-se e sendo usado em

diversos contextos. Isto aconteceu com o intuito de maquiar a verdadeira definição de QV e permitiu a percepção de um conceito equivocado, vislumbrando apenas aspectos políticos do termo.

Logo, QV foi inicialmente abordada através da discussão para construção do modelo de satisfação, o qual tinha como premissa inicial realizar uma avaliação da qualidade de vida de uma dada população, desse modo ele aborda a sociologia e a psicologia no sentido compreensão da “felicidade e bem-estar” do indivíduo. Nesse contexto, valores como o amor, a felicidade, o lazer, dentre outros sentimentos são as ideias centrais de QV, sensações essas, descritas pelo indivíduo de forma subjetiva, ou seja, como ele reage a uma determinada situação (FLECK *et al.*, 2008).

Minayo, Hartz e Buss (2000), também associaram QV ao nível de satisfação da pessoa, satisfação essa, podendo ser encontrada na vida familiar, amorosa, social e ambiental, sendo que, essa concepção evolui conforme os padrões temporais da sociedade. Já um segundo modelo, intitulado “funcionalista” acredita que para uma pessoa ter boa qualidade de vida ela deve estar “bem” em todos os seguimentos de sua vida. Porém, este conceito ainda está à procura de um consenso devido sua complexidade em querer abarcar a QV de uma forma mais abrangente (FLECK *et al.*, 2008).

O conhecimento sobre QV está intimamente relacionado a aspectos do período da história em que está presente, visto que faz referência ao momento do tempo que se vivencia, a exemplo temos os aspectos econômicos, sociais e tecnológicos, fatores esses de forte influência para definição de um parâmetro positivo ou negativo para a manutenção da QV (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Dessa maneira, definir qualidade de vida vem a ser algo bem antigo, pois tem conceitos pertinentes envolvidos de grande relevância como a subjetividade de cada pessoa, portanto trata-se de algo de difícil mensuração e avaliação (FLECK, *et al.*, 2008). Logo, percebemos que qualidade de vida é definida como a percepção geral que observamos no indivíduo, ou seja, uma visão holística do outro em toda sua subjetividade.

Nessa lógica, cada indivíduo que constitui a sociedade possui sua subjetividade, sua experiência, história de vida, crenças, valores, e demais características pessoais, para tanto essa mensuração é bastante complexa para se padronizar uma avaliação. Entretanto, podemos classificar QV por níveis, os quais

ocorrem através da associação de três aspectos como o estilo de vida, a maneira e a condição de vida (FLECK *et al.*, 2008; ALMEIDA, 2012).

Qualidade de vida é vista ainda, como de caráter multidisciplinar o qual associa o conhecimento científico e o empírico, devido sua constante inter-relação. Nesse aspecto, é também multidimensional, pela sua complexidade e dinamicidade dos aspectos que a compõe, diferindo de pessoa para pessoa através da sua percepção do conceito de QV. Uma direção importante a seguir para poder avaliar os indivíduos com relação a QV é focar na pesquisa das necessidades, visto que o ser humano é compreendido como alguém direcionado a suprir suas necessidades do momento. Portanto, acredita-se que QV vem da habilidade de um indivíduo de suprir as necessidades, tanto aquelas que advém do próprio ser, como, o adquirido por ele como membro de uma sociedade e cultura (ALMEIDA, 2012, FLECK *et al.*, 2008).

Então, manter um estilo de vida considerado positivo muitas vezes não diz respeito apenas a falta de manutenção de um hábito de vida estável e sim condições socioeconômicas que impossibilitam essa atitude de acordo com Almeida (2012, pag. 64) também expressa alguns padrões relevantes a serem observados e combinados, onde utilizamos:

Os parâmetros de análise mais complexos ficam vinculados a ideia do ser, pertencer e transformar. O ser são as habilidades individuais, a inteligência, os valores, as experiências de vida. O pertencer trata-se das ligações que a pessoa possui, as escolhas, assim como da participação de grupos, inclusão em programas recreativos e serviços sociais. O transformar remete a prática de atividades como trabalho voluntário, programas educacionais, participação em atividades relaxantes, oportunidade de desenvolvimento das habilidades e estudos formais e não formais, dentre outros.

Esta citação demonstra o quão somos pessoas em constante evolução e processo de adaptação ao contexto que estamos inseridos, portanto, seres volúveis e com características individuais únicas. Pessoas que carregam histórias de vida, dor, felicidades, culturas distintas, sociedades diferentes, entre outros aspectos, ou seja, seres humanos diferentes.

Do ponto de vista de Almeida (2012), devemos adotar uma percepção global de QV, com aproximação do homem, natureza e o ambiente que o cerca, devido à forte influência de ambas, isso ocorre, com o objetivo de se chegar a totalidade, ou seja, para que o homem chegue a sua melhor QV, pois a qualidade de vida abarca

diferentes percepções de natureza subjetiva, pois todos dispomos de uma QV, porém devemos buscar a melhor qualidade, levando em consideração nossas características do ambiente, saúde, pessoais, sociais e emocionais, tudo isso é importante para a formação de um juízo de valor.

Dessa forma, para que possamos analisar como está a qualidade de vida de uma dada população a ser estudada podemos utilizar de dois métodos: o qualitativo e quantitativo, ou seja, avaliar de forma objetiva ou subjetiva, porém Almeida (2012), afirma que “por existirem diversas formas de definição sobre o termo, a adoção de somente uma delas parece imprudente, pois esse ainda é um campo em formação e em processo de definição de conceitos e verdades”. Portanto, ao serem analisados criticamente o que um determinado estudo pretende abordar, para assim, o autor utilizar o conceito que mais se aproxime do que deseja estudar.

Todavia, é incipiente ver o constante desafio de construir instrumentos que avaliem e que mensurem esta qualidade de vida, avaliação essa que tem o intuito principal de contribuir para o desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas de saúde, ou seja, novos parâmetros para a saúde de uma maneira geral. Pois, para que possamos ter uma boa qualidade de vida não adianta aumentar a expectativa de vida humana e sim promover uma melhora qualidade para os anos vivenciados (FLECK *et al.*, 2008; ALMEIDA, 2012).

Logo, o conceito mais difundido, utilizado e aceito na atualidade o qual agrega vários valores da pessoa é o da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995) que define como “percepção dos indivíduos de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, evidenciando o caráter global do que vem a ser qualidade de vida para uma pessoa.

Assim, dispomos de diversos instrumentos para podermos avaliar e mensurar a qualidade de vida de uma amostra populacional, isto estando diretamente ligado ao tipo de estudo, a exemplo temos o Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) e o WHOQOL 100 e o WHOQOL BREF, ambos validados no Brasil e com o intuito de utilizar os resultados para discussão com dados de outros países e culturas, além de utilizar essas informações como meio para auxiliar na criação de forma para promoção da saúde (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O WHOQOL – 100 contém 100 perguntas presentes em 6 domínios divididos em capacidade física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religião/ crenças pessoais, foi desenvolvido com um objetivo cultural unificado para que assim pudesse ser utilizado em diferentes países após validação, para isso se uniu a diversos países para juntos construírem este instrumento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

O WHOQOL- BREF foi desenvolvido como uma forma de avaliação mais curta da qualidade de vida, é o formato reduzido do WHOQOL – 100, este formulário possui 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, informações essas que somadas emergem para a avaliação da qualidade de vida geral (FLECK *et al.*, 2008).

Este pode ser usado de várias maneiras, desde ensaios clínicos, pesquisa com populações com doenças crônicas, estudos epidemiológicos para ajudar no desenvolvimento de estratégias de intervenções e até em situações em que o indivíduo não tenha mais cura, como nos cuidados paliativos. Desta forma, estes instrumentos podem ajudar no desenvolvimento de políticas públicas, meios de intervenção nos cuidados de profissionais de saúde junto ao paciente, visto a transformação de informações subjetivas em dados objetivos para assim podermos quantificar as informações e discutir estratégias plausíveis (FLECK *et al.*, 2008).

Por isso é claro a necessidade de constantemente se realizar uma revisão minuciosa nos instrumentos em uso, para adequação de conceitos, visto a constante evolução do conhecimento intelectual, mudanças em paradigmas sociais, nos aspectos culturais e econômicos, com isso, investigar os motivos históricos/temporais que levaram a uma transformação na percepção sobre a qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, transversal com abordagem quantitativa. Esta pesquisa caracteriza-se pela interpretação de dados quantificáveis, onde a coleta de dados, interpretação e análise dos resultados são apresentados por meio da interpretação estatística que podem ser por: média, mediana e desvio padrão em associação a um software.

Assim a discussão é obtida por dados numéricos, isso, com o objetivo principal de adquirir dados precisos, sem interferência do meio e do objeto, tão quanto do pesquisador, dessa forma, tem menos risco de viés de pesquisa, visto que o pesquisador não pode interferir nas informações por serem objetivas (RICHARDSON, 2012).

Segundo Esperón (2017, pag. 1) a pesquisa quantitativa:

(...) é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Ela também pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma mostra que faz inferência a uma população. Além do estudo da associação ou correlação, a pesquisa quantitativa também pode, ao seu tempo, fazer inferências causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada.

Geralmente este tipo de pesquisa é aplicado em estudos de caráter descritivo que almeja elucidar e categorizar as variáveis selecionadas. Segundo Richardson (2012), a pesquisa descritiva aponta para o seguinte aspecto: “propõe investigar o “que é”, ou seja, descobrir as características de um fenômeno como tal”. Pode apresentar aspectos vastos da sociedade principalmente os epidemiológicos que causam maior impacto devido as correlações destacadas durante a análise dos resultados.

4.2 CAMPO DE PESQUISA

O campo de pesquisa foi em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Guamá. As UBS' s são destacadas como a principal porta de entrada dos usuários ao sistema Único de saúde (SUS), para tanto dispõe de atendimento gratuito com diversas especialidades, e, conseqüentemente é o meio para seguimento de tratamentos e procedimentos mais complexos de que o usuário necessitar.

O bairro do Guamá segundo dados do CENSO do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) dispõe de um quantitativo de 102.124 habitantes residentes, sendo considerado o 1º bairro mais populoso da capital o que equivale a 7,32 % da população de Belém, com uma área de 4.175 Km² e faz parte do distrito administrativo DÁGUA.

Nesta UBS a Universidade Federal do Pará (UFPA) possui um espaço (anexo) destinado ao ensino/aprendizagem de alunos da graduação em enfermagem e demais especialidades da área da saúde, desta forma temos disponível um espaço para se realizar os devidos atendimentos, orientações e pesquisas autorizadas pelo comitê de ética.

4.3 PARTICIPANTES

A população é constituída por 643 participantes diabéticos e com hipertensão e diabetes cadastrados e atendidos no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) na Unidade Básica de Saúde do Guamá, sendo divididos em 370 pessoas com diabetes, 273 com hipertensão e diabetes, com percentual de 20%, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Portanto, amostra final contou com 70 pacientes referente aos pacientes com diabetes ou com hipertensão e diabetes.

A seleção dos participantes deu-se por amostra a esmo, terminologia essa que faz referência a uma amostragem não probabilística, porém, este tipo de seleção ocorre de forma aleatória simples, mas, não há sorteio das pessoas a serem entrevistadas, ou seja, escolhemos aleatoriamente a pessoa que será abordada para possível participação da pesquisa (NETO, 2002).

Desta maneira, o processo de seleção ocorria durante as consultas médicas programadas, diariamente no período da tarde, de segunda a sexta feira, durante os meses de março a junho de 2018, na ocasião os participantes eram abordados no hall principal da UBS e após a apresentação do pesquisador às pessoas que

aceitavam participar da pesquisa era aplicado o TCLE, após a leitura inicial e posterior assinatura do documento iniciava-se a aplicação do questionário.

A aplicação assistida transcorreu em duas etapas: primeiramente era realizado a leitura do TCLE onde informávamos o título, objetivos, justificativa, riscos e benefícios além de informações referentes ao anonimato, uso de siglas como pseudônimo e mediante a assinatura, que caracterizou o aceite do usuário, partíamos para a segunda etapa a qual consistia na análise sociodemográfica e posteriormente a aplicação do questionário diabetes 39 (D-39) onde efetuávamos a leitura e o usuário era orientado a realizar a marcação. Porém, em alguns momentos precisamos realizar esta marcação, pois alguns participantes apresentavam déficit na acuidade visual.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos participantes idosos com diabetes mellitus e/ou com diabetes associado a hipertensão, acima de 18 anos, e que não desenvolveram as complicações graves decorrentes da referida doença.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os participantes idosos com déficit motor que evoluíram com sequelas permanentes ou que não estão em tratamento para o diabetes.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados utilizamos um questionário que evidenciou as informações sociodemográficas dos participantes como: nome (pseudônimo), idade, sexo, escolaridade, religião, profissão/ocupação, cor/raça, estado civil, renda familiar (salário mínimo), se mulher (número de gestações, partos, abortos e total de filhos), antecedentes familiares, número de pessoas residentes no domicílio, tempo de diagnóstico, tempo de descoberta da doença, entre outras informações relevantes à pesquisa, sendo que estes dados foram associados as questões que envolvem o processo de adaptação da teoria de Callista Roy além de aplicar um questionário validado no Brasil o Diabetes – 39 (D 39).

O Diabetes – 39 (D 39) segundo Queiroz (2008), é um instrumento que foi desenvolvido por Boyer e Erp com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de indivíduos com diabetes, ele contém 39 itens, os quais avaliam cinco aspectos da vida do usuário com diabetes, destacando-se: energia e mobilidade que dispõe de 15 itens, controle do diabetes com 12 itens, ansiedade e preocupação com 4 itens, impacto social com 5 itens e funcionamento sexual com 3 itens.

Queiroz (2008), foi quem validou a versão para o Brasil, visto que este instrumento pode elucidar a transformação em distintas populações acometidas pelo diabetes, além de mostrar as características que se diferenciam em uma mesma população. Ele possui uma linha escalonada com pontuação que varia de 1 a 7, em que a resposta se dá por meio da marcação no valor correspondente, sendo que 1 (um) corresponde a qualidade de vida nada afetada e 7 (sete) qualidade de vida extremamente afetada.

Devido ser um formulário auto administrado avaliou-se como o participante marcou na escala, pois se a marcação tocar nas margens deve-se considerar 0,5 pontos para mais ou para menos, o que conseqüentemente influenciará no resultado. A somatória ao final é transformada em uma escala linear que irá variar de 0 a 100 utilizando-se de fórmulas matemáticas para o auxílio.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por intermédio da estatística descritiva, que consiste em um conjunto de procedimentos estatísticos, os quais permitem que os pesquisadores reduzam os dados a proporções controláveis, assim como possibilita realizar uma descrição das várias características dos dados sob estudo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Os resultados são apresentados, por meio de gráficos e tabelas utilizando-se para tal o programa BioEstat 5.3. Utilizamos o programa Microsoft Excel 2010 para elaboração do banco de dados após a tabulação do instrumento utilizado, em que os domínios do instrumento foram anexados, calculados e organizados para melhor discussão dos dados.

Para análise estatística no programa selecionado optou-se por uma regressão polinomial quadrática, que caracteriza-se como uma correlação não linear, esta seleção se deu após o teste com dados parciais na tentativa de uma análise de correlação linear de Pearson, onde verificamos que a maioria das

correlações associadas resultaram em uma correlação fraca e com gráficos de dispersão pouco condizentes com o objetivo do estudo e que sinalizaram para uma regressão não linear, mediante a isso optamos por este tipo de análise.

Os modelos de regressão são utilizados com o intuito de representar o comportamento de variáveis aleatórias, desta forma com esses modelos buscamos avaliar as semelhanças em contextos distintos apresentadas, ou seja, correlacionar fatos, informações ou mesmo questionamentos. Assim, podemos explicar com o mínimo de clareza a relação de semelhança, os pontos de fragilidade e os principais aspectos de equilíbrio apresentados nas associações (ZEVIANI, JÚNIOR, BONAT, 2013).

Segundo Thomas (2016), tem-se como modelo geral de regressão linear a seguinte estrutura: $Y = f(X, \theta) + \varepsilon = E\left(\frac{Y}{X}\right) + \varepsilon$, desta maneira utilizamos como parâmetro esta estrutura para desenvolvimento e resultado da amostra obtida.

Posteriormente os dados foram transformados em uma escala de 0 a 100 utilizando para tal a fórmula de apresentação linear composta por: Energia e mobilidade $((\text{classificação bruta} - 15) / (105 - 15)) \times 100$; Controle do diabetes $((\text{classificação bruta} - 12) / (84 - 12)) \times 100$; Ansiedade e preocupação $((\text{classificação bruta} - 4) / (28 - 4)) \times 100$; Sobrecarga social $((\text{classificação bruta} - 5) / (35 - 5)) \times 100$; Funcionamento sexual $((\text{classificação bruta} - 3) / (21 - 3)) \times 100$; Classificação total $((\text{classificação bruta} - 39) / (273 - 39)) \times 100$; Qualidade de vida $((\text{classificação bruta} - 1) / (7 - 1)) \times 100$; Gravidade do diabetes $((\text{classificação bruta} - 1) / (7 - 1)) \times 100$. Então diante dos resultados obtidos verificamos como estava a avaliação da pessoa diante de cada domínio avaliado, o valor geral, além de informações relativas a qualidade de vida geral e avaliação da gravidade do diabetes e com isso obtivemos uma avaliação concreta das informações.

Logo, após essa análise e organização das informações realizamos a associação das respostas do questionário com a teoria de Callista Roy através dos modos, informações essas as quais foram separadas e organizadas da seguinte maneira: onde avalia-se a História da Doença (o tempo de diagnóstico, a descoberta da doença e doenças associadas) foi contemplada nas questões 7,8 e 25 do questionário; no Exame Físico (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção) estes dados estão presentes nas questões 5, 10, 11, 28, 29, 33, 35 e 36; quando se questionou o uso de medicamentos na teoria encontramos as

perguntas nos números 1 e 4; com relação ao conhecimento sobre a doença é evidenciado nas perguntas 12, 15, 16, 17, 18, 27 e 39; no Autoconceito (eu físico e eu pessoal) está disposta nas questões 6,9 e 22; No modo de função de papel unimos às perguntas de número 2, 3, 13, 14, 19, 20, 27, 31, 32 e 37 e dentro do Modo de Interdependência (sistemas de apoio, pessoa importante, grupos de importância, experiência com outras pessoas) associamos aos questionamentos de número 10, 21, 23, 26, 30, 34 e 38.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará, sob o **CAAE 73013817.7.0000.5172**, sendo posteriormente encaminhado à Secretaria de Saúde Municipal (SESMA) para obtenção da autorização definitiva para a pesquisa ser iniciada na Unidade Básica de Saúde do Guamá (**ANEXO-C**).

4.6.1 Riscos

O principal risco que permeia a pesquisa pode se dá pela quebra do anonimato dos participantes, porém asseguramos que os riscos de divulgação dos dados e a quebra de sigilo das informações serão evitados com o uso do código alfanumérico em que a letra P significa Pessoa (P1; P2; P3; ...) e, ao final da pesquisa os dados coletados ficarão sob a guarda do pesquisador e arquivadas, e serão descartados após cinco anos.

4.6.2 Benefícios

Os benefícios do referido projeto propõem-se a contribuir cientificamente na construção do conhecimento da enfermagem brasileira, visto que o enfoque na teoria de Callista Roy ainda se encontra pouco difundido em trabalhos científicos. Ademais, enseja-se propiciar a associação da teoria ao resultado da coleta de dados, que avaliará a qualidade de vida de pessoas com diabetes Mellitus, diabetes Mellitus e hipertensão onde o alcance dos objetivos traçados permitirão a ampliação do cuidar de enfermagem de maneira crítica, de forma que este profissional promova

a sensibilização destas pessoas aos processos de adaptação tão necessários para manter uma melhor qualidade de vida.

Mediante os resultados obtidos na pesquisa, pretende-se ainda, propor estratégias durante o atendimento, para auxiliar a pessoa com diabetes no autogerenciamento à patologia e sua adaptação as principais dificuldades apontadas. Além disso, almejamos trabalhar com o feedback dentro da unidade com uma apresentação aos usuários do programa HIPERDIA no auditório do anexo da UFPA e posteriormente para os profissionais de enfermagem que lá desenvolvem suas atividades.

Aos participantes, proporcionaremos a promoção do estímulo por meio da sensibilização da participação individual da pessoa idosa portadora de DM no que concerne ao controle contínuo da glicemia, medicação, alimentação saudável, atividade física e avaliação diária dos membros inferiores de forma regular. Incentivando ainda, a participação integrada da pessoa com DM e seus familiares, pois a família pode contribuir para adaptação a nova condição de vida neste momento. Quanto à Unidade Básica de Saúde, pretende-se estimular a participação na busca ativa desta pessoa ao programa HIPERDIA.

5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Dentre os resultados que foram obtidos após a análise dos dados segregou-se em três tópicos destacados da seguinte maneira: caracterização sociodemográfica; caracterização dos domínios do questionário D-39, estatística não linear de regressão polinomial quadrática aplicada aos dados socioeconômicos e ao questionário D-39 e associação da Teoria de Callista Roy com os dados obtidos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Neste capítulo são apresentados os resultados decorrentes das caracterizações da análise sociodemográfica das pessoas com diabetes cadastradas no programa HIPERDIA, a qual é composta pelos seguintes itens: sexo, faixa etária, escolaridade, religião, ocupação, cor/raça, estado civil, renda familiar, mulher (número de gestação, parto, aborto e filhos), antecedentes familiares, número de residentes, tempo de diagnóstico, descoberta da doença, comorbidades, fatores de risco, complicações, internação e número de internações os quais estão dispostos na **Tabela 1**

Tabela 1: Distribuição por sexo, faixa etária, escolaridade, religião, ocupação, cor/raça, estado civil, dos participantes cadastrados na UBS – Guamá, 2018.

| SEXO | N | % |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Masculino | 20 | 28,6 |
| Feminino | 50 | 71,4 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| FAIXA ETÁRIA | N | % |
| 31 – 41 anos | 1 | 1,4 |
| 42 – 52 anos | 10 | 14,3 |
| 53 – 63 anos | 28 | 40 |
| 64 – 74 anos | 17 | 24,3 |
| 75 > | 14 | 20 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| ESCOLARIDADE | N | % |
| Analfabeto | 1 | 1,4 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 14 | 20 |
| Ensino Fundamental Completo | 20 | 28,6 |
| Ensino Médio Incompleto | 9 | 12,8 |
| Ensino Médio Completo | 15 | 21,4 |
| Ensino Superior Incompleto | 10 | 14,3 |
| Ensino Superior Completo | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| RELIGIÃO | N | % |
| Católico | 45 | 64,3 |
| Evangélico | 24 | 34,3 |
| Outros | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| OCUPAÇÃO | F | % |
| Aposentado | 29 | 41,3 |
| Do Lar | 9 | 12,9 |
| Pensionista | 5 | 7,1 |
| Beneficiário | 9 | 12,9 |
| Doméstica | 1 | 1,4 |
| Outras | 17 | 24,3 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| COR/RAÇA | F | % |
| Branca | 6 | 8,6 |
| Preta | 4 | 5,7 |
| Parda | 31 | 44,3 |
| Amarela | 1 | 1,4 |
| Indígena | 2 | 2,8 |
| Outros | 26 | 37,1 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| ESTADO CÍVIL | N | % |
| Solteiro | 20 | 28,6 |
| Casado | 21 | 30 |
| União estável | 4 | 5,7 |
| Viúvo | 17 | 24,3 |
| Divorciado | 8 | 11,4 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Tabela 1: Distribuição por renda familiar, números de gestação, parto, abortos, filhos, antecedentes familiares, número de residentes na casa dos participantes cadastrados na UBS – Guamá, 2018. Continuação.

| RENDA FAMILIAR | N | % |
|--------------------------------|-----------|------------|
| 1 salário mínimo | 47 | 67,1 |
| 1 e ½ salário mínimo | 15 | 21,4 |
| 2 salário mínimo | 3 | 4,3 |
| >2 salário mínimo | 5 | 7,1 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| MULHER | N | % |
| NÚMERO DE GESTAÇÃO | | |
| 0 | 24 | 34,3 |
| 1 a 3 | 19 | 27,1 |
| 4 a 7 | 17 | 24,3 |
| 8 a 10 | 7 | 10 |
| >10 | 3 | 4,3 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| NÚMERO DE PARTO | | |
| 0 | 24 | 34,3 |
| 1 a 3 | 20 | 28,6 |
| 4 a 7 | 16 | 22,8 |
| 8 a 10 | 7 | 10 |
| >10 | 3 | 4,3 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| NÚMERO DE ABORTOS | | |
| 0 | 49 | 70 |
| 1 a 3 | 20 | 28,6 |
| 4 a 7 | 0 | 0 |
| 8 a 10 | 0 | 0 |
| >10 | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| NÚMERO DE FILHOS | | |
| 0 | 24 | 34,3 |
| 1 a 3 | 20 | 28,6 |
| 4 a 7 | 17 | 24,3 |
| 8 a 10 | 7 | 10 |
| >10 | 2 | 2,8 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| ANTECEDENTES FAMILIARES | N | % |
| Nenhum antecedente | 12 | 17,1 |
| HAS | 4 | 5,7 |
| DM | 6 | 8,6 |
| DRC | 1 | 1,4 |
| Cardiopatia | 1 | 1,4 |
| >2 Comorbidades | 46 | 65,7 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| NÚMERO DE RESIDENTES | N | % |
| 1 a 2 | 21 | 30 |
| 3 a 6 | 44 | 62,8 |
| 7 a 10 | 4 | 5,7 |
| >10 | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Tabela 1: Distribuição por tempo de diagnóstico, descoberta da doença, comorbidades, fatores de risco, complicações, internação e número de internações dos participantes cadastrados na UBS – Guamá, 2018. Continuação.

| TEMPO DE DIAGNÓSTICO | N | % |
|------------------------------|-----------|------------|
| <1 ano | 3 | 4,2 |
| 1 a 5 anos | 31 | 44,3 |
| 6 a 10 anos | 18 | 25,7 |
| >10 anos | 18 | 25,7 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| DESCOBERTA DA DOENÇA | N | % |
| Exames | 51 | 72,8 |
| Sinais clínicos | 1 | 1,4 |
| Sintomas | 1 | 1,4 |
| Teste de glicemia | 5 | 7,1 |
| 2 ou mais | 12 | 12,1 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| COMORBIDADES | N | % |
| Não possui comorbidades | 22 | 31,4 |
| HAS | 20 | 28,6 |
| Doença cardiovascular | 1 | 1,4 |
| 2 ou mais | 27 | 38,6 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| FATORES DE RISCO | N | % |
| Sem fatores | 14 | 20 |
| Sedentarismo | 19 | 27,1 |
| Obesidade | 2 | 2,8 |
| Tabagismo | 2 | 2,8 |
| Etilismo | 6 | 8,6 |
| 2 ou mais | 27 | 38,6 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| COMPLICAÇÕES | N | % |
| Sem complicações | 53 | 75,7 |
| AVC | 6 | 8,6 |
| DRC | 1 | 1,4 |
| Pé diabético | 0 | 0 |
| Amputação | 0 | 0 |
| Outras | 10 | 14,3 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| INTERNAÇÕES | N | % |
| Sim | 17 | 24,3 |
| Não | 53 | 75,7 |
| TOTAL | 70 | 100 |
| NÚMERO DE INTERNAÇÕES | N | % |
| Sem internações | 53 | 75,7 |
| 1 a 2 internações | 13 | 18,6 |
| 3 a 4 internações | 3 | 4,3 |
| >4 internações | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Fonte: Entrevista.

Observamos na **Tabela 1** que o sexo de maior prevalência é de mulheres com 71,4% das pessoas abordadas, com a faixa etária variando de 53 a 63 anos

(40%), e, em sua maioria com nível fundamental completo (28,6%). Entre as mulheres entrevistadas, 24 mulheres (34,3%) não tiveram gestações, seguida de 27,1% com 1 a 3 gestações e subsequente 28,6% com 1 a 3 filhos, já os abortos apontados como ocorrências durante as gestações variaram de 1 a 3 com um percentual de 28,6%.

Outrossim, os aposentados compuseram 41,3%, seguidos dos beneficiários (12,9%) e os pensionistas (7,1%), perfazendo um total de 61,3% de pessoas com auxílio do governo e com uma renda mínima equivalente a 1 salário mínimo vigente R\$954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais) atingindo 67,1% das pessoas entrevistadas. Com relação a religião de maior predominância, deu-se em católicos com 64,3%. Ainda salientamos que a maioria das pessoas se consideraram pardas (44,3%), 30% casadas e 62,8% residiam com 3 a 6 pessoas em seu domicílio.

Ademais, conferimos que 72,8% das pessoas diagnosticadas com DM descobriram a doença por meio de exames de laboratório, e atualmente 44,3% possuem um tempo de diagnóstico de 1 a 5 anos, com mais de duas comorbidades associadas (38,6%).

Como fatores de risco para a doença, avultamos que 38,6% possuíam 2 ou mais fatores de risco, além dos antecedentes familiares os quais 65,7% relataram que familiares próximos possuíam mais de duas doenças.

Informamos que 75,7% não sinalizaram nenhuma complicação com foco na patologia de base como o DM, porém 18,6% foram internados de 1 a 2 vezes devido episódios de hiperglicemia, lesão de pele, acidente vascular cerebral, entre outras causas inerentes e de possível relevância para o DM.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO D-39

Além dos dados sociodemográficos apresentados anteriormente apresentamos as tabelas referentes as respostas adquiridas nas questões as quais compõem os domínios do questionário D-39, sendo cada tabela referente a um domínio.

Tabela 2 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio energia e mobilidade. UBS –Guamá, 2018.

| Pontuação | 0,5 – 1,5 | | 2 – 2,5 | | 3 – 3,5 | | 4 – 4,5 | | 5 – 5,5 | | 6 – 6,5 | | 7 – 7,5 | |
|--|-----------|------|---------|-----|---------|------|---------|-----|---------|-----|---------|------|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 3.Pela diminuição ou falta de energia. | 24 | 34,3 | 3 | 4,3 | 4 | 5,7 | 5 | 7,1 | 2 | 2,8 | 4 | 5,7 | 28 | 40 |
| 7.Por outros problemas de saúde além do diabetes. | 26 | 37,1 | 5 | 7,1 | 3 | 4,3 | 3 | 4,3 | 3 | 4,3 | 2 | 2,8 | 28 | 40 |
| 9.Pela sensação de fraqueza. | 25 | 35,7 | 5 | 7,1 | 2 | 2,8 | 3 | 4,3 | 3 | 4,3 | 9 | 12,8 | 23 | 32,5 |
| 10.Pelo quanto você consegue andar. | 34 | 48,6 | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 | 5 | 7,1 | 2 | 2,8 | 6 | 8,6 | 20 | 28,6 |
| 11.Pela necessidade de realizar exercícios regularmente. | 31 | 44,3 | 2 | 2,8 | 9 | 12,8 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 4 | 5,7 | 20 | 28,6 |
| 12.Pela perda ou embaçamento de sua visão. | 19 | 27,1 | 3 | 4,3 | 3 | 4,3 | 2 | 2,8 | 1 | 1,4 | 6 | 8,6 | 36 | 51,4 |
| 13.Por não ser capaz de fazer o que você quer. | 25 | 35,7 | 1 | 1,4 | 4 | 5,7 | 4 | 5,7 | 4 | 5,7 | 7 | 10 | 25 | 35,7 |
| 16.Por outras doenças além do diabetes. | 28 | 40 | 3 | 4,3 | 5 | 7,1 | 4 | 5,7 | 4 | 5,7 | 1 | 1,4 | 25 | 35,7 |
| 25.Por complicações devido ao seu diabetes. | 21 | 30 | 5 | 7,1 | 4 | 5,7 | 2 | 2,8 | 4 | 5,7 | 4 | 5,7 | 30 | 42,8 |
| 29.Por não ser capaz de fazer atividades domésticas ou outros trabalhos que não estão relacionados com a casa. | 41 | 58,6 | 4 | 5,7 | 0 | 0 | 2 | 2,8 | 0 | 0 | 4 | 5,7 | 19 | 27,1 |
| 32.Pela necessidade de descansar várias vezes no dia. | 39 | 55,7 | 4 | 5,7 | 0 | 0 | 2 | 2,8 | 0 | 0 | 5 | 7,1 | 20 | 28,6 |
| 33.Por dificuldades em subir escadas. | 29 | 41,4 | 3 | 4,3 | 1 | 1,4 | 3 | 4,3 | 1 | 1,4 | 4 | 5,7 | 29 | 41,4 |
| 34. Pelas dificuldades de cuidar de você mesmo (a) (de se vestir, tomar banho ou usar o vaso sanitário). | 57 | 81,4 | 2 | 2,8 | 0 | 0 | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 6 | 8,6 |
| 35. Pelo sono agitado. | 36 | 57,4 | 2 | 2,8 | 3 | 4,3 | 0 | 0 | 1 | 1,4 | 5 | 7,1 | 23 | 32,8 |
| 36. Por andar mais devagar que os outros. | 33 | 47,1 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 0 | 0 | 1 | 1,4 | 6 | 8,6 | 26 | 37,1 |

Fonte: Entrevista.

A **Tabela 2** refere-se ao domínio energia e mobilidade, e, faz relação aos aspectos físicos que a pessoa com diabetes possui, no intuito da busca de autonomia para a execução de tarefas básicas inerentes ao autocuidado, atividades domésticas e ações básicas a serem desempenhadas no cotidiano.

Desta forma, observamos que dos 15 (quinze) itens que compõem este domínio, cerca de 73,33% das pessoas responderam em 11 questões na linha escalonada de 1 a 7 que são afetadas na variação de moderado a elevado dentro da sua energia e mobilidade. Sendo que a pergunta que teve um percentil elevado foi a seguinte: “Pela perda ou embaçamento de sua visão” com 51,4% das respostas caracterizaram este item como algo que afetou muito suas vidas, fato este que mostra o primeiro sinal de complicação do DM.

Além disso, ao se realizar o cálculo disponibilizado pelo questionário para este domínio alcançamos uma média no valor de 42,77%, resultado este que ilustra que a maioria das pessoas referiu que este domínio afeta moderadamente neste quesito em análise. A moda apresentada foi de 45,55% ainda correspondendo o resultado apresentado anteriormente.

Tabela 3 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio Controle do Diabetes. UBS –Guamá, 2018.

| Pontuação | 0,5 – 1,5 | | 2 – 2,5 | | 3 – 3,5 | | 4 – 4,5 | | 5 – 5,5 | | 6 – 6,5 | | 7 – 7,5 | |
|---|-----------|------|---------|------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|------|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1.Pelo uso diário de sua medicação para o diabetes. | 40 | 57,1 | 4 | 5,7 | 2 | 2,8 | 6 | 8,6 | 3 | 4,3 | 2 | 2,8 | 13 | 18,6 |
| 4.Por seguir seu tratamento para o diabetes prescrito pelo médico. | 42 | 60 | 5 | 7,1 | 7 | 10 | 4 | 5,7 | 4 | 5,7 | 1 | 1,4 | 7 | 10 |
| 5.Pelas restrições alimentares necessárias para o controle do seu diabetes. | 21 | 30 | 7 | 10 | 5 | 7,1 | 4 | 5,7 | 5 | 7,1 | 10 | 14,3 | 18 | 25,7 |
| 14.Por ter diabetes. | 14 | 20 | 4 | 5,7 | 4 | 5,7 | 3 | 4,3 | 2 | 2,8 | 6 | 8,6 | 37 | 52,8 |
| 15.Por perder o controle dos níveis de açúcar no sangue. | 17 | 24,3 | 5 | 7,1 | 3 | 4,3 | 3 | 4,3 | 6 | 8,6 | 3 | 4,3 | 33 | 47,1 |
| 17.Por ter que testar seus níveis de açúcar. | 41 | 58,6 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 3 | 4,3 | 4 | 5,7 | 16 | 22,8 |
| 18.Pelo tempo necessário para controlar seu diabetes. | 29 | 41,4 | 9 | 12,8 | 5 | 7,1 | 4 | 5,7 | 2 | 2,8 | 5 | 7,1 | 16 | 22,8 |
| 24.Por tentar manter seu diabetes bem controlado. | 27 | 38,6 | 3 | 4,3 | 6 | 8,6 | 6 | 8,6 | 2 | 2,8 | 5 | 7,1 | 21 | 30 |
| 27.Por manter os registros (anotações) dos | 58 | 82,8 | 4 | 5,7 | 2 | 2,8 | 1 | 1,4 | 1 | 1,4 | 0 | 0 | 4 | 5,7 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|------|
| seus níveis de açúcar. | | | | | | | | | | | | | | |
| 28.Pela necessidade de comer em intervalos regulares. | 45 | 64,3 | 4 | 5,7 | 7 | 10 | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 9 | 12,8 |
| 31.Por ter sua rotina organizada em função do diabetes. | 32 | 45,7 | 10 | 14,3 | 5 | 7,1 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 4 | 5,7 | 15 | 21,4 |
| 39.Pelo diabetes em geral. | 17 | 24,3 | 10 | 14,3 | 3 | 4,3 | 6 | 8,6 | 3 | 4,3 | 5 | 7,1 | 26 | 37,1 |

Fonte: Entrevista.

Já a **Tabela 3** faz jus ao domínio de controle do diabetes no que tange a percepção da pessoa em relação a doença, as restrições alimentares necessárias para a estabilização da glicemia em níveis estáveis, como ela adaptou sua rotina em detrimento da patologia e pela necessidade de realizar os testes glicêmicos, além da importância dos registros para a obtenção da curva glicêmica, estes requisitos são imprescindíveis para uma análise de qualidade na assistência prestada, quanto também à observação sobre os métodos de cuidados que a própria pessoa mantém sobre o seu cotidiano com o diabetes.

Então, ao explorarmos os resultados apresentados acima logramos que 58,33% referente a 7 questões resultaram em dados inerentes ao controle do diabetes o qual afeta de moderada e extremamente a vida dessas pessoas, sendo a questão de número 14 a qual faz referência ao fato de a pessoa ter o diabetes ter sido elencada a que mais afeta a vida delas com 52,8% das marcações.

A média da porcentagem desta modalidade foi equivalente a 39,53%, resultado este relacionado a moderada sensibilização e com uma moda de 16,66%, ou seja, o total que mais se repete dentre as 70 pessoas entrevistadas faz jus ao quesito que afeta pouco as pessoas.

Tabela 4 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio Ansiedade e preocupação. UBS –Guamá, 2018.

| Pontuação | 0,5 – 1,5 | | 2 – 2,5 | | 3 – 3,5 | | 4 – 4,5 | | 5 – 5,5 | | 6 – 6,5 | | 7 – 7,5 | |
|--|-----------|------|---------|------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2.Pela preocupação relacionada com questões financeiras. | 16 | 22,8 | 2 | 2,8 | 5 | 7,1 | 3 | 4,3 | 4 | 5,7 | 6 | 8,6 | 34 | 48,6 |
| 6.Pelas preocupações sobre seu futuro. | 23 | 32,8 | 8 | 11,4 | 0 | 0 | 1 | 1,4 | 1 | 1,4 | 7 | 10 | 30 | 42,8 |
| 8.Pelo estresse ou pressão em sua vida. | 30 | 42,8 | 5 | 7,1 | 2 | 2,8 | 3 | 4,3 | 0 | 0 | 5 | 7,1 | 25 | 35,7 |
| 22.13Por sentimento de | 36 | 51,4 | 3 | 4,3 | 4 | 5,7 | 3 | 4,3 | 2 | 2,8 | 3 | 4,3 | 19 | 27,1 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| tristeza ou depressão. | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fonte: Entrevista.

Na **Tabela 4** o tópico refere-se a ansiedade e preocupação, questões psíquicas que podem levar a alterações distintas na vida da pessoa com diabetes e também os familiares que estão no convívio do lar, estes questionamentos tem como foco principal avaliar os aspectos financeiros, como ela se vê no futuro, se há na sua vida muito estresse e se a mesma possui sentimento de tristeza ou depressão, estes pontos são relevantes para que possamos avaliar como ela percebe seu contexto psicológico de uma forma ampla.

Neste ponto em análise verificamos que o fato de se preocupar com os aspectos financeiros foi considerada a mais afetada na opinião das pessoas, com 48,6%. Além disso, ressaltamos que 75% das perguntas relativas a ansiedade e preocupação tiveram como produto acometer discretamente ou excessivamente as pessoas, ou seja, tem um fator agravante a esta percepção.

Tabela 5 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio Impacto Social. UBS –Guamá, 2018.

| Pontuação | 0,5 – 1,5 | | 2 – 2,5 | | 3 – 3,5 | | 4 – 4,5 | | 5 – 5,5 | | 6 – 6,5 | | 7 – 7,5 | |
|--|-----------|------|---------|-----|---------|------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 19.Pelas restrições que o seu diabetes impõe sobre sua família e amigos. | 54 | 77,1 | 1 | 1,4 | 4 | 5,7 | 1 | 1,4 | 1 | 1,4 | 3 | 4,3 | 6 | 8,6 |
| 20.Pelo constrangimento por ter diabetes. | 39 | 55,7 | 4 | 5,7 | 1 | 1,4 | 1 | 1,4 | 0 | 0 | 4 | 5,7 | 21 | 30 |
| 26.Por fazer coisas que sua família ou seus amigos não fazem. | 28 | 40 | 1 | 1,4 | 8 | 11,4 | 4 | 5,7 | 1 | 1,4 | 4 | 5,7 | 24 | 34,3 |
| 37.Por ser chamado de diabético. | 44 | 62,8 | 3 | 4,3 | 1 | 1,4 | 0 | 0 | 2 | 2,8 | 3 | 4,3 | 17 | 24,3 |
| 38.Por ter o diabetes interferindo na sua vida familiar. | 55 | 78,6 | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 | 1 | 1,4 | 1 | 1,4 | 3 | 4,3 | 7 | 10 |

Fonte: Entrevista.

Já na **Tabela 5** fazemos menção à questões referentes a impacto social as quais abordam situações como constrangimento por ter o DM, se existe interferência no contexto familiar, pelo fato de fazer coisas que a pessoa com diabetes é obrigado a realizar que sua família e amigos não possuem necessidade de fazer, ocorrências essas que podem trazer impactos sociais no contexto familiar desta pessoa pelo processo adaptativo do outro.

Os questionamentos feitos sobre estes fatos mostraram que das cinco questões referentes a este domínio, 80% das questões, ou seja, 4 delas evidenciaram que pouco são afetados neste quesito, porém a pergunta: “Por fazer coisas que sua família ou seus amigos não fazem” teve 59,9% dos quesitos relativos ao moderado e elevado impacto, isso ressalta que a pessoa tem dificuldade em aceitar que precisa realizar atividades inerentes ao controle e cuidados com a doença, sendo tais manejos dispensados por quem não possui esta patologia de base como os familiares e amigos.

Então, elucidamos que não há aspectos impeditivos de caráter social que impactam negativamente nas pessoas que possuem o DM, principalmente na avaliação ao contexto familiar.

Tabela 6 – Distribuição dos domínios das respostas das pessoas com DM ao questionário D-39. Domínio Funcionamento Sexual. UBS –Guamá, 2018.

| Pontuação | 0,5 – 1,5 | | 2 – 2,5 | | 3 – 3,5 | | 4 – 4,5 | | 5 – 5,5 | | 6 – 6,5 | | 7 – 7,5 | |
|---|-----------|------|---------|------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 21.Pelo diabetes interferir na sua vida sexual. | 44 | 62,8 | 2 | 2,8 | 4 | 5,7 | 0 | 0 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 16 | 22,8 |
| 23.Por problemas com função sexual. | 43 | 61,4 | 6 | 8,6 | 5 | 7,1 | 1 | 1,4 | 4 | 5,7 | 4 | 5,7 | 7 | 10 |
| 30.Pela diminuição do interesse pelo sexo. | 35 | 50 | 8 | 11,4 | 3 | 4,3 | 2 | 2,8 | 2 | 2,8 | 6 | 8,6 | 14 | 20 |

Fonte: Entrevista.

A **Tabela 6** informa o funcionamento dos aspectos sexuais no que tange as situações como a interferência sexual, problemas com a função sexual e o interesse sexual, dentre as respostas observamos que nos três problemas apresentados não houve impacto negativo. Evidenciando que as pessoas ainda não sofreram tanta influência da doença neste contexto, isto é clarificado na média calculada, que resultou em 29,32% das respostas que mostraram um impacto de baixa evidência, com o valor da moda de 0 reafirmando a avaliação acima.

Podemos inferir neste contexto que tais respostas ocorreram devido se tratar da intimidade de cunho sexual das pessoas, pois o público possuía o perfil de idosos entre 53 a 63 anos os quais não possuem o costume de relatar ou abordar temáticas que envolvem o funcionamento sexual no primeiro contato com o entrevistador ou profissional. Além deste fato ressaltamos que, 64,3% das pessoas entrevistadas

relataram ser solteiras, viúvas ou divorciadas, podendo reforçar a informação supracitada, ou seja, não possuem um parceiro(a) ou vida sexual ativa.

Tabela 7 – Distribuição dos domínios das respostas com DM ao questionário D-39. Domínio Avaliação Geral. UBS –Guamá, 2018.

| Pontuação | 0,5 – 1,5 | | 2 – 2,5 | | 3 – 3,5 | | 4 – 4,5 | | 5 – 5,5 | | 6 – 6,5 | | 7 – 7,5 | |
|--|-----------|------|---------|------|---------|-----|---------|------|---------|----|---------|-----|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 40. Marque com um "X" na linha abaixo que indique a medida da sua qualidade de vida geral. | 18 | 25,7 | 9 | 12,8 | 6 | 8,6 | 13 | 18,6 | 7 | 10 | 7 | 10 | 10 | 12,3 |
| 41. Marque com um "X" na linha abaixo que indique o quão grave você acha que é o seu diabetes. | 15 | 21,4 | 12 | 17,1 | 6 | 8,6 | 7 | 10 | 7 | 10 | 6 | 8,6 | 17 | 24,3 |

Fonte: Entrevista.

Os últimos aspectos apresentados na **Tabela 7** elucidam a avaliação da qualidade de vida e a percepção da gravidade do diabetes pelas pessoas. Desta forma podemos perceber que para 72,3% e 78,6% há uma relevante repercussão na qualidade de vida e uma gravidade para o diabetes variando de moderada a elevada nos dois pontos citados acima.

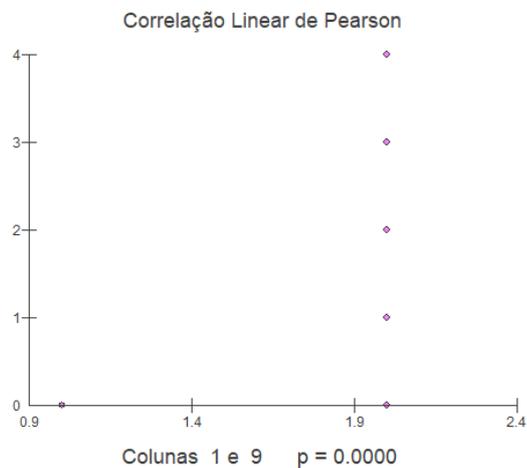
Assim, percebemos que de fato há uma mudança na vida das pessoas com o DM, doença essa que afeta a qualidade de vida de uma forma geral, mostrando que o indivíduo tem percepção acurada sobre as características gerais que assolam a patologia. Em relação a gravidade do diabetes, grande parte das pessoas sabem que o DM é grave, que devem cumprir e realizar medidas de controle e prevenção de comorbidades, porém ainda não é uma realidade geral.

5.3 ESTATÍSTICA NÃO LINEAR DE REGRESSÃO POLINOMIAL QUADRÁTICA APLICADA AOS DADOS SOCIOECONÔMICOS E AO QUESTIONÁRIO D-39

Para sustentação das correlações entre os dados sócio demográficos e o questionário aplicado, realizou-se uma análise preliminar utilizando para tal procedimento a correlação linear de Pearson, o qual nos disponibiliza coeficientes de correlação divididos da seguinte maneira: baixa correlação com valores que variam de 0 a 0,5, moderada de 0,5 a 0,7 e uma forte correlação com valores que permeiam de 0,7 a 0,9, e, se o valor for 1 significa um resultado perfeito.

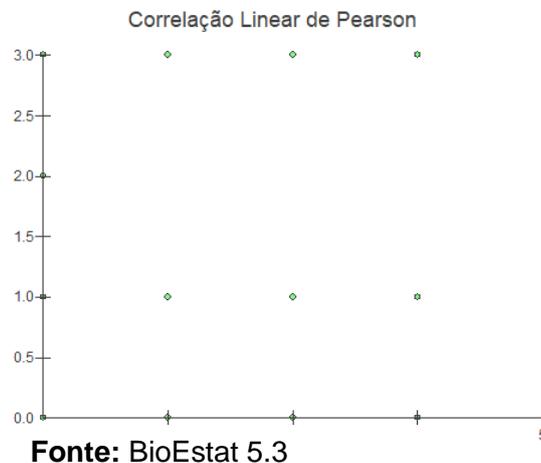
Diante disso ao serem realizado os testes, observamos que as associações de caráter linear através desta função resultaram em valores com baixa significância e com gráficos compatíveis a funções não lineares. Desta maneira, obtivemos uma regressão moderada quando correlacionamos o sexo ao número de gestação (0,6765), já o ponto de menor correspondência foi a renda familiar associada a comorbidades com um resultado referente a 0,0004. Estes resultados podem ser observados na imagem a seguir, onde o gráfico elucida pontos de dispersão, sendo o mesmo representado pela seguinte função $Y = a + b_1X$.

Gráfico 1- Distribuição da correlação de Pearson entre sexo e o número de gestação, Guamá Belém – PA, 2018.



Fonte: BioEstat 5.3

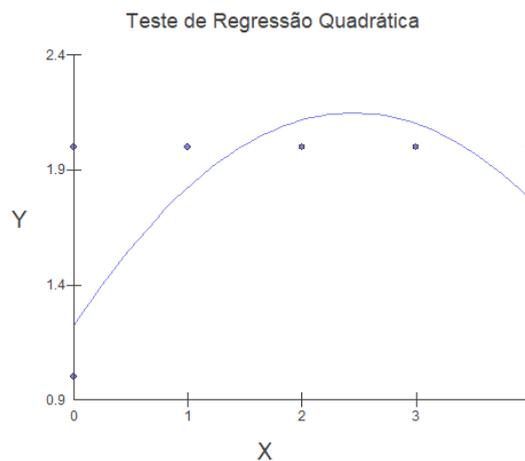
Gráfico 2- Distribuição da correlação de Pearson entre renda familiar associada a comorbidades, Guamá Belém – PA, 2018.



Através destes resultados optamos pela regressão polinomial quadrática, justamente pela análise e observação de que os resultados apresentados possuíam um valor de equivalência bem mais concreto e plausível para a pesquisa.

Assim, os resultados obtidos com a mesma avaliação da realizada com a linear foram respectivamente 0,8298 e 0,0074, onde observamos um aumento da correlação com característica ponderal ao valor anterior, fortalecendo os resultados e indicando uma forte correlação, sendo utilizado como função para a obtenção dos resultados a seguinte expressão: $Y = a + (b1)X + b2 x^2$, onde a = constante; b1= variável dependente e b2= variável independente. Os gráficos ilustram esta relação abaixo:

Gráfico 3- Distribuição da regressão polinomial quadrática entre sexo e o número de gestação, Guamá Belém – PA, 2018.



Fonte: BioEstat 5.3

Logo, observamos por meio dos resultados obtidos na regressão as seguintes correlações de forte caráter, sendo apresentadas entre sexo e gestação com (0,8298), sexo e parto (0,8291), sexo e filhos (0,8314), gestação e parto (0,9947), número de gestação e número de filhos (0,9848), número de partos e número de filhos (0,9785) e a internação correlacionada ao número de internação (0,9917).

Já os valores que apresentaram uma correlação moderada foram: número de abortos ao número de filhos (0,5993), parto e aborto (0,5668), número de gestação ao número de abortos (0,5812) e idade e profissão (0,5435).

Apesar destes resultados reafirmarem informações claras de comparações óbvias dentro do contexto, este fato ilustra que não há uma perfeição destas correlações, porém se faz necessário a apresentação destes resultados como critério de avaliação e elucidação dos fatos abordados.

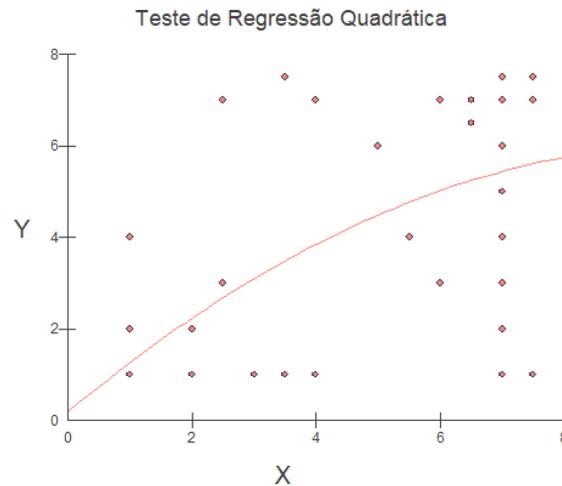
Após a análise das questões sociodemográficas abordaremos a convergência entre as informações pertinentes ao questionário D-39, organizaremos as associações entre as questões referentes aos domínios do questionário, justamente para a verificação da equivalência entre as questões e a consequente constatação da força dos resultados logrados.

Assim, comparamos os domínios energia e mobilidade, controle do diabetes, ansiedade e preocupação, impacto social, funcionamento sexual e domínio de avaliação geral (qualidade de vida e gravidade da doença). A partir disso, verificamos que dispusemos de resultados relevantes, e, que proporcionaram uma análise que confirmou as informações apresentadas nas tabelas de 2 a 7.

Nesse contexto elencamos os pontos de convergência entre os domínios que reiteram as combinações, como entre as questões 3 e 14, e, questão 18 e 25 que envolvem os domínios energia e mobilidade ao controle do diabetes o qual obtivemos uma correlação de 0,6261 e 0,5044 respectivamente, ambos com uma moderada regressão.

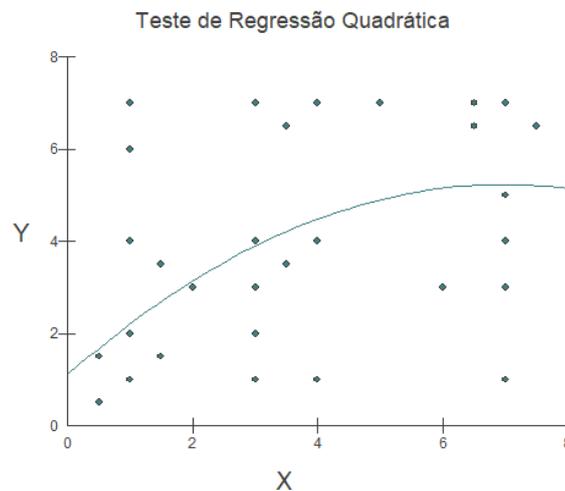
Nas comparações envolvendo as questões 18 e 25; 24 e 26, ou seja, os domínios controle do diabetes e energia e mobilidade, e, controle do diabetes e impacto social resultou em 0,5035 e 0,5279 (moderado), já com as perguntas 20 e 23 (impacto social e funcionamento sexual) e 22 e 41 (ansiedade e gravidade do diabetes) resultou nos respectivos valores 0,5295 e 0,5279, valores moderados.

Gráfico 4- Distribuição da regressão polinomial quadrática envolvendo os domínios energia e mobilidade ao controle do diabetes (questões 3 e 14), Guamá Belém – PA, 2018.



Fonte: BioEstat 5.3

Gráfico 5- Distribuição da regressão polinomial quadrática envolvendo os domínios controle do diabetes e impacto social (questões 24 e 26), Guamá Belém – PA, 2018.



Fonte: BioEstat 5.3

Tais gráficos esclarecem que há uma parábola reforçando ao fato de se tratar de uma função não linear com as dispersões claras e evidentes, esclarecendo as correlações entre os domínios e reforçando os resultados anteriores diante das questões apresentadas no questionário.

6 DISCUSSÃO

6.1 DISCUTINDO A AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

No estudo de Macedo e Cortez *et al.* (2017), verificou-se que a maioria das pessoas que participaram da pesquisa eram do sexo feminino (64,5%), com idade variando de entre 31 a 76 anos, com diabetes há mais de 5 anos (73,22%) do total de pacientes abordados (caso e controle), e, o nível de escolaridade voltado ao ensino fundamental incompleto (49,18%).

Estas informações reforçam e validam os nossos dados, em que clarificamos um percentual relativo de mulheres com 71,4%, em sua maioria com idade entre 53 a 63 anos (40%), tempo de diagnóstico entre 1 a 5 anos (44,3%), porém, em relação a escolaridade percebemos uma melhora no nível de conhecimento, sendo composta em sua maioria com nível fundamental completo (28,6%).

Já na pesquisa de Ortiz e Gonzáles (2009), foi mostrado que os dados demográficos de maior relevância foram com relação ao sexo que em sua maioria (72%) eram mulheres, com idade média de 52,2 anos e com escolaridade com média de 6,19 anos de tempo de estudo, além de o tempo de diagnóstico da doença variar em média de 8,43 anos de descoberta.

Estas considerações são descritas na análise do Brasil (2016), as quais revelaram que as mulheres foram as que obtiveram o aumento de 3,6% do diagnósticos entre os anos de 2006 (6,3 %) a 2016 (9,9%), ou seja, as mulheres ainda são as de maior número na descoberta, controle e tratamento do diabetes.

Os fatores pertinentes para a real compreensão das pessoas em processo de intervenção para um controle eficaz do DM, podem incluir a idade e o grau de escolaridade os quais são situações de forte influência no processo de aprendizado e conseqüentemente na participação efetiva do usuário no autocuidado e no seu empoderamento (MACEDO; CORTEZ, *et al.*, 2017).

O fator empoderamento empregado é algo relevante, pois permite que as pessoas tenham autonomia e promovam a mudança de comportamento necessário para a adesão no processo de autocuidado, portanto se trata de uma intervenção eficaz visto a condução desta pessoa ao conhecimento, percepção de sua doença e a gravidade da mesma além dos cuidados pertinentes para uma cultura de atitudes que auxiliem no controle da doença (MACEDO; CORTEZ, *et al.*, 2017).

Neste contexto, a renda familiar é um fator de grande importância para um cuidado eficaz, pois, para manter uma alimentação correta, controle do diabetes, o uso das medicações e as práticas de controle para a manutenção da saúde, faz-se necessário um investimento, porém a renda mais relatada na pesquisa foi referente a um salário mínimo (67,1%), valor este ineficaz para se manter um padrão de vida com alimentação, gastos fixos e demais investimentos necessário no cotidiano familiar.

Desta maneira, além da situação financeira positiva oferecer um alento para uma vida tranquila no que concerne a independência, produtividade e autonomia neste período da vida, isto propicia a manutenção da cognição e os aspectos físicos relevantes para a integridade da pessoa idosa (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

A maioria das pessoas entrevistadas referiram serem casadas, fato este que colabora para um controle e a eficácia no tratamento, pois possuir um companheiro e a família nesse regime auxilia nas tomadas de decisão e na tentativa de participação efetiva na terapêutica (RIBEIRO, ROCHA e POPIM, 2010).

Porém, Macedo, Cortez *et al.* (2017), relataram que possuir companheiros com o tempo de diagnóstico entre cinco anos ou mais são fatores que corroboram para o desenvolvimento de complicações advindas desta doença crônica, mas, o familiar por sua vez é uma rede de apoio de grande importância em todo a terapêutica realizada durante a vida com o DM.

Estas informações referentes ao familiar em um dado momento podem interferir no tratamento do DM sendo justificado pelo fato destes idosos residirem com uma média de 3 a 6 pessoas da família e ainda ser a renda principal para a manutenção do leito familiar e o gestor imediato deste domicílio.

Estas informações reforçam que o cônjuge que tem relacionamento direto com a pessoa com DM possui uma má influência no controle e cuidados com a doença, pois não há uma participação efetiva neste processo de adaptação, desta maneira observa-se que temos uma déficit psicossocial, algo que deve ser trabalhado em avaliações realizadas pela equipe que promove o atendimento, fator este que interfere na melhoria da qualidade de vida (ORTIZ; GONZÁLES, 2009).

Outro fator substancial é que a maioria dos idosos refere a necessidade de autonomia no seu próprio cuidar, restringindo a dependência das pessoas próximas a ela, isso é preponderante levando em consideração a patologia que o acomete, a

qual leva a algumas complicações e sintomatologias e dificultando a aceitação nos cuidados essenciais para a terapêutica (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

A família e laços de amizade se fazem necessários na relação de afetividade para o idoso, principalmente na nova situação de vida como portador de uma doença crônica como o diabetes, sendo importante a participação e reorganização do familiar para ajustes na alimentação, tornando-a mais equilibrada e saudável para esses indivíduos, porém se faz relevante avaliar como está a relação intrafamiliar e a participação efetiva destes neste apoio (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

Segundo Ribeiro, Rocha e Popim (2010), o “bem-estar emocional, espiritual e moral são essenciais para o idoso diabético viver com tranquilidade.” Sendo vislumbrado que é imprescindível saber conviver com o diabetes e compreender a necessidade de adaptação e adequação a rotina frente a doença, principalmente focado nas mudanças de hábitos alimentares que também se fazem necessárias para a estabilidade do DM.

Logo, o processo educacional contínuo é importante por auxiliar no autocuidado e permitir que a pessoa conheça e participe integralmente do controle glicêmico, dieta eficaz e atividades que auxiliem a manutenção de uma boa qualidade de vida (TORRES; PACE, *et al.*, 2018).

Além disso, reforçamos que estratégias educacionais diversas que agreguem atenção das pessoas, são intervenções necessárias para a participação ativa e intensa no seu próprio cuidar e no controle em domicílio, pois há evidências de que pacientes que foram abordados com intervenções nessa tríade de terapêutica obtiveram resultados de redução da hemoglobina glicada, redução de peso e outros conteúdos de característica metabólica (TORRES, PACE, *et al.*, 2018).

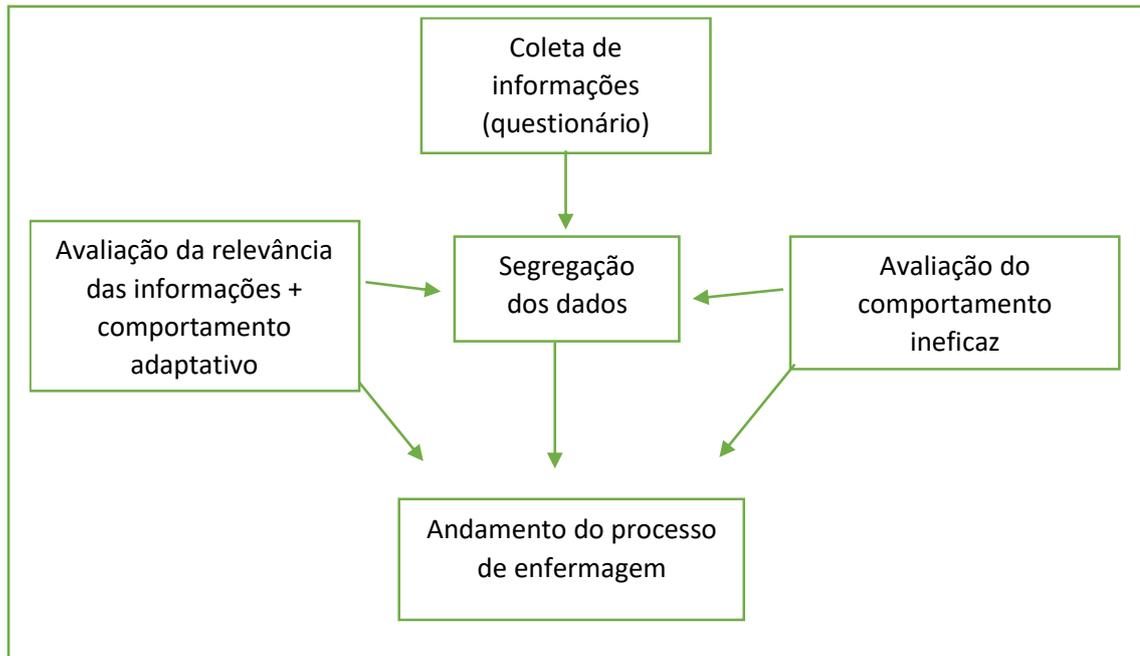
Assim, o processo educacional permeia todos os seguimentos assistenciais, mais precisamente as UBS's que são o primeiro contato com as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, no caso em questão o DM, situações estas que os profissionais devem intervir positivamente logo no primeiro contato.

6.2 TEORIA DE CALLISTA ROY APLICADA AOS DADOS

Inicialmente para elucidação dos dados obtidos e a conseqüente compreensão e análise das informações obtidas através da aplicação do

questionário D-39, resolvemos organizar um fluxograma das etapas utilizadas para se chegar ao contexto obtido, como podemos observar a seguir:

QUADRO 1- Fluxograma para análise e associação entre questionário D-39 e Teoria de Callista Roy, Guamá Belém – PA, 2018.



Desta maneira, segundo a teoria de enfermagem tratamos a pessoa de forma holística sendo a mesma considerada o indivíduo, um grupo ou a comunidade, logo, como trabalhamos com o público com diabetes, abordaremos uma parcela da comunidade, sendo “pessoas” consideradas este público.

Por meio disso, a enfermagem atua na construção de objetivos, e estes são elaborados em conjunto com as pessoas para que cheguem ao processo de adaptação a situação de vida apresentada.

Nesta trajetória, segregamos os principais pontos dentro da associação onde compreenderemos que os domínios, controle do diabetes e a energia mobilidade estão próximos ao modo fisiológico; ansiedade e preocupação ao modo de função na vida real; impacto social ao modo de interdependência e o funcionamento sexual e avaliação geral ao modo de autoconceito.

Então, dentro do primeiro e segundo domínios avaliados constatamos que dentre as questões apresentadas, seis afetaram muito o contexto de vida dessas pessoas, sendo que os pontos de maior impacto contemplados foram: a sensação

de indisposição, o fato de apresentarem outros problemas de saúde além do DM, a alteração na visão, não poder mais realizar atividades que antes gostavam de desempenhar, as complicações relacionadas ao DM e a dificuldade em subir escadas, para tanto, essas condições apresentadas interferem no cotidiano das pessoas.

Estas informações são abordadas no estudo que buscou mostrar a adaptação de pessoas com DM através da teoria de Callista Roy sendo avaliado que as comorbidades associadas corroboram para a verificação de que as patologias paralelas as doenças são um fator de risco de forte contribuição para a não adaptação da pessoa a doença crônica existente (ORTIZ; GONZÁLES, 2009).

Além disso, percebemos também que a restrição alimentar tão necessária para o controle do DM, ou seja, a estabilidade da glicemia na corrente sanguínea foi algo que trouxe impacto na vida das pessoas, pois abandonar hábitos alimentares de décadas é complexo, levando em consideração a história de vida dessas pessoas.

Isto é referenciado por Malta e Bernal (2017), ao considerarem que a associação do DM ao avançar da idade são fatores inerentes ao processo de envelhecimento, visto que nesse período da vida as pessoas reduzem ou cessam a atividade física regular e consomem com maior frequência alimentos pouco saudáveis.

Esta correlação se faz evidente neste estudo ao correlacionarmos questões de dois domínios (energia e mobilidade e controle do diabetes) constatamos uma moderada correlação com o fato de a pessoa que possui DM reduzir sua energia para desempenhar atividades corriqueiras, com a conseqüente perda ponderal da atividade física neste período da vida.

Logo este fato revela que o processo de envelhecimento é um fator que pode contribuir para o aparecimento de complicações referentes as doenças crônicas, pois interferem na qualidade de vida do adoecido. Outra situação que devemos considerar é que a população Amazônica possui costumes e alimentos bem regionais, os quais contribuem para uma carga sobressalente de carboidratos, elevando o percentual de glicose desse público, um exemplo disso é a farinha de mandioca tão consumida nessa região, a qual é utilizada durante o consumo da maioria das refeições do dia, e, para o público de menor poder aquisitivo se faz uma

espécie de sopa com este alimento para consumo em substituição as refeições programadas.

O processo alimentar desfavorável é algo de larga interferência no controle eficaz dos níveis glicêmicos, pois uma alimentação rica em carboidratos e açúcar promove o descontrole da glicemia na corrente sanguínea podendo trazer riscos inerentes a saúde desta pessoa.

Isto pode elevar os casos de internação por hiperglicemia devido ao seu desequilíbrio, contribuindo desta maneira para a mudança no plano terapêutico desta pessoa, pois o que antes era medicamento via oral passará ao uso da insulina por via subcutânea. Este fato é justificado pelas pessoas entrevistadas as quais consideraram que o diabetes de uma forma geral alterou muito a qualidade de vida delas visto a necessidade de mudanças no contexto de vida.

Isto salienta a informação anterior dentro da associação entre o tempo despendido para o controle do DM e suas possíveis complicações, em que podemos compreender que o tempo gasto para controlar os níveis glicêmicos são primordiais para se evitar as complicações inerentes a doença, visto a necessidade de promoção de fatores que os motivem a cumprir as orientações necessárias para a manutenção da saúde e o conseqüente retardo nas complicações relacionados a doença (MARQUES, SILVA *et al*,2013).

Desta forma, segundo Ortiz e Gonzalez (2009), a correlação do tempo de diagnóstico à teoria abordada no estudo transcorreu através da ponderação entre este dado e ao modelo fisiológico, de maneira inversamente proporcional aos fatos, pois a cada ano passado, menor é o processo de adaptação ao domínio fisiológico.

Desta maneira, o modo fisiológico é prejudicado pela não adesão dessas pessoas às medidas de controle necessárias para uma boa estabilidade geral frente à patologia e isso se estende ao fato de a maioria possuir além desta doença outras comorbidades associadas.

Dentro do modo de função na vida real um dos aspectos de maior compreensão foi a preocupação financeira, que repercute no papel social deste indivíduo como membro de uma família, onde, ele ainda contribui financeiramente, porém com o avançar da idade e a conseqüente aposentadoria e redução de salário, ocorre uma mudança no papel primário, pois antes esta pessoa era membro atuante

como responsável “pai ou mãe” de uma família, e, hoje passará como um membro que irá contribuir ou não nas despesas no seio familiar.

Sendo este fato reiterado na pesquisa de Ribeiro, Rocha e Popim (2010), pag. 768.

“(...) a importância da autonomia financeira que traz consigo a garantia de conforto material e, conseqüentemente, maior tranquilidade durante a terceira idade. Afinal, não possuir recursos financeiros suficientes pode ser um fator de estresse e preocupação.”

Essas situações fazem com que haja uma preocupação sobre o seu futuro, visto que há uma indagação sobre como será a vida financeira no momento, como será sua participação nessa família? será que haverá dependência financeira, física ou emocional? Situações essas que ocorrem durante o processo de envelhecimento.

Já no modo de interdependência o público abordado pouco relatou necessidade de redes de apoio, porém informou o constrangimento de ter que realizar coisas ou cuidados que sua família e amigos não precisavam fazer, e isto está relacionado a manutenção do controle da glicose e o modo para se evitar uma possível internação, assim, este fato em análise pode ser uma causa do afastamento destas pessoas em diversas situações como em reuniões familiares e encontro com amigos, pois há a necessidade de manter um controle diante dos alimentos disponíveis nesses eventos.

E, no modo de autoconceito no que compete ao eu físico a sexualidade não houve alteração, sendo evidenciado que foi pouco afetado na vida dessas pessoas, visto que, muitos não relataram o desenvolvimento de complicações principalmente as micro e macrovasculares, desta forma, nota-se que ainda há uma boa perfusão local, mantendo um bom equilíbrio no campo sexual.

Mas, no domínio de avaliação geral correlacionando ao contexto do eu pessoal percebemos uma incoerência, já que muitos consideraram possuir uma ótima qualidade de vida e um DM muito grave, ou seja, deduzimos que essas pessoas desconhecem o conceito de QV, porque para se ter uma ótima QV devemos ter todos os quesitos avaliados dentro da normalidade, situações essas não observadas.

Logo, alguns quesitos questionados durante a aplicação do questionário fazem referência a seguinte retórica de “(...) dimensões controle do diabetes, sobrecarga social, ansiedade e preocupação foram as que produziram,

comparativamente, melhor apreciação da QV dos pacientes com diabetes.” dados esses que mostram a percepção errônea que os usuários fazem de acreditar que tem uma boa qualidade de vida sendo que ao analisar as respostas obtidas houve uma discrepância de informações, pois ele possui uma redução da qualidade de vida nesse contexto (ZULIAN, VERAS, *et al.*, 2013).

Desta forma, para efeito de comparação realizamos a associação dos principais pontos com os pressupostos da Teoria de Adaptação de Roy e posteriormente identificamos o modo de acordo com o estímulo identificado, elencaremos os diagnósticos e os objetivos de enfermagem.

Tabela 8 – Associação dos pressupostos da Teoria de Callista Roy aos dados do questionário D-39 (Pressupostos do estudo). UBS –Guamá, 2018.

| Pressupostos da Teoria | Pressupostos do Estudo |
|---|--|
| A pessoa é um ser biopsicossocial, holístico e adaptável. | 1 A pessoa em estudo foi composta por 70 entrevistados com DM de ambos os sexos. |
| A pessoa vive em completa interação com o ambiente que a cerca. | 2 O ambiente que pertinente a este público foi a Unidade Básica de Saúde do Guamá, Belém- PA, 2018. |
| O processo saúde e doença são etapas inevitáveis na vida das pessoas. | 3 Este processo pode ser elucidado pela DM além da associação com outras patologias. |
| Para que a pessoa responda de forma positiva às situações enfrentadas, a mesma precisa se adaptar. | 4 O processo de adaptação não ocorreu, sendo evidenciado nas questões 5, 6, 13 e 33. |
| A pessoa pode enquadrar-se aos quatro modos adaptáveis. | 5 O estudo perpassou pela avaliação e comparação aos estímulos determinados na teoria. |
| A enfermagem foca na avaliação de forma holística e para isso valoriza a opinião das pessoas no seu próprio cuidar. | 6 A enfermagem irá avaliar os pontos de fragilidade das pessoas acometidas pelo DM para determinar os objetivos primordiais para o cuidado. |

Fonte: Questionário D-39.

Segundo George (2000), os pressupostos que integram a teoria perpassam por aspectos científicos e filosóficos, considerando a pessoa como a que recebe uma assistência e conceituando saúde, ambiente e enfermagem.

Desta forma, para que o enfermeiro possa desempenhar seu papel de cuidados ele precisa de alguém que receba este cuidado, portanto, a pessoa com alguma patologia, assim, de acordo com a teoria a pessoa é reconhecida de forma holística, sendo necessário esta avaliação para cumprimento das ponderações necessárias durante a intervenção (GEORGE, 2000).

Através destas determinações e apreciação dos comportamentos destacados na análise dos principais pontos que foram afetados no questionário, organizamos a tabela com os modos de acordo com seus estímulos e seguidamente ao processo de enfermagem.

Tabela 9 – Associação dos pressupostos da Teoria de Callista Roy aos dados do questionário D-39 (Pressupostos do estudo). UBS –Guamá, 2018.

| Modo | Estímulos | Diagnóstico de Enfermagem | Metas de Enfermagem |
|------------------------------------|--|---|--|
| <u>Modo fisiológico</u> | Focal: Possui DM e outras doenças associadas. Contextual: Situação evidenciada nas questões 5, 7, 12, 14, 15, 25 e 39. | <ul style="list-style-type: none"> Comportamento de saúde propenso a risco de Hipo/ Hiperglicemia | <ul style="list-style-type: none"> Orientar a pessoa sobre a patologia que o acomete e as complicações provenientes dela; Orientar os cuidados inerentes e necessários para o controle do DM; Explicar os sinais e sintomas da hiperglicemia. |
| <u>Modo de função da vida real</u> | Focal: Medo contínuo do futuro com o DM. Contextual: Situação financeira inadequada para controlar e manter um tratamento adequado. | <ul style="list-style-type: none"> Controle ineficaz da saúde; Papel de conflito. | <ul style="list-style-type: none"> Informar todas as medidas de controle necessárias para a prevenção de complicações; Direcionar para medidas nutricionais de ajustes alimentares de acordo com a situação financeira. |
| <u>Modo de interdependência</u> | Focal: Constrangimento por ter DM. Contextual: Ter que manter cuidados rigorosos para controlar o DM. | <ul style="list-style-type: none"> Desempenho de papel ineficaz; Padrão ineficaz de dar e receber educação. | <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a adaptação a nova situação de vida apresentada e consequente controle eficaz. |
| <u>Modo de autoconceito</u> | Focal: Percepção sobre a gravidade da doença. Contextual: Aparecimento das complicações. | <ul style="list-style-type: none"> Sentimento de impotência, culpa e enfraquecimento. | <ul style="list-style-type: none"> Firmar participação efetiva no seu cuidar; Manter processo de aprendizado contínuo. |

Fonte: Questionário D-39.

Como mencionamos no discorrer da revisão de literatura, a apreciação focal faz referência ao estímulo sofrido de forma imediata, ou seja, com resposta espontânea e o contextual é o fator contribuinte para a resposta ao modo. Desta forma, evidenciamos os principais estímulos sofridos dentro da verificação dos dados obtidos e, por conseguinte evidenciamos o diagnóstico Herdman e Kamitsuru (2015) para cada situação apresentada e também o diagnóstico relacionado a teoria utilizada neste estudo, e, por fim destacamos os principais cuidados de enfermagem.

Dentro do cuidar em enfermagem, o destaque se dá para a meta de enfermagem, pois Roy evidencia que além do cuidado, objetiva-se construir as metas de enfermagem, sendo as mesmas desenvolvidas em conjunto com o comportamento observado como também com a participação da pessoa nesta etapa.

Contudo o processo de intervenção do enfermeiro em toda a etapa de saúde e de doença da pessoa deve ser realizado em conjunto com o indivíduo para que o mesmo entenda e faça cumprir todas as verificações observadas nos comportamentos e também pelo que é referido por ele para que cheguemos ao cumprimento da meta estabelecida e a consequente manutenção e adaptação positiva aos diagnósticos estabelecidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento considerável da descoberta do DM nos últimos anos, faz-se necessário um tratamento e controle precoce da doença, principalmente nos grupos de risco, como os que possuem um histórico familiar, um estilo de vida pouco saudável, vida sedentária e com fatores de riscos complementares.

Diante do exposto no discorrer da pesquisa verificamos que as pessoas com DM em sua maioria têm a percepção das necessidades inerentes ao controle e tratamento da doença, mas, mesmo assim não o realizam de forma eficiente, visto a dificuldade de se fazer cumprir as orientações necessárias para o tratamento.

Isso foi evidenciado também quando conferimos os dados obtidos no aspecto sociodemográfico, onde verificamos que o público estudado teve uma melhora no grau de instrução, porém permanece com uma renda baixa que compromete o tratamento correto no cuidar desde alimentação, monitorização, controle e realização de atividade física tocantes ao gerenciamento do cuidar.

Além disso, a maioria é casada e reside com uma quantidade importante de pessoas em seu domicílio, ou seja, estas pessoas ainda são as principais provedoras da família, reduzindo ainda mais os proventos para investimento no tratamento e controle do DM.

Constatamos que grande parte das pessoas entrevistadas apresentam alteração na acuidade visual, dificuldade em subir escadas e outras doenças associadas ao DM como a hipertensão arterial, fatores esses contribuintes para a internação precoce ou repetitiva em unidades hospitalares.

Outro aspecto importante é a dificuldade em restringir alimentos que podem promover a instabilidade glicêmica, isso é um fator contribuinte para a não participação efetiva no tratamento, pois vivemos um cotidiano repleto de alimentos industrializados e de fácil aquisição. Além disso, ocorre a substituição das refeições “normais”, por enlatados e embutidos, os quais são de menor valor de mercado e tem um rendimento maior, isso também acelera o descontrole e reduz a expectativa de vida desta população.

Este fato é visualizado em nossa região que tem um alto consumo de alimentos salgados, enlatados e ricos em carboidratos como a farinha de mandioca, e, ainda somos repletos de ilhas isoladas e de difícil acesso, onde seus habitantes utilizam de forma mais intensa o consumo destes alimentos para sua nutrição.

Neste contexto, verificamos a necessidade de intervenção no aspecto nutricional destas pessoas, orientando principalmente as substituições as quais podem ser feitas para manter uma nutrição equilibrada, onde o plano nutricional considere a situação financeira.

Logo, verificamos a necessidade de avaliação do comportamento dos usuários durante os atendimentos do enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde, pois o foco principal está neste primeiro contato estabelecido, iniciando a relação de confiança, para que assim realize-se o processo de sensibilização. Pois sensibilizar tem o intuito de comover a pessoa mostrando-as e orientando-as sobre conceito da doença, complicações que podem advir dela, dificuldades caso desenvolvam outras doenças associadas, cuidados com a alimentação e realização de atividade física regular.

Porém, a grande dificuldade através da percepção do campo de estudo se dá pela quantidade de usuários atendidos diariamente pelo enfermeiro, visto um quantitativo em média de 25 pessoas atendidas por turno no programa HIPERDIA, isso torna o tempo de espera longo para o público idoso, e o tempo de consulta menor que 10 minutos, com uma entrevista rápida e sem as orientações e intervenções necessárias para auxiliar o indivíduo no seu cuidar.

Neste sentido, para que o enfermeiro prossiga com o avanço das metas de enfermagem com o foco no desenvolvimento da adaptação da pessoa, este necessita de uma maior demanda de tempo para avaliar as características comportamentais da pessoa e programar em conjunto com esta os principais pontos de intervenção. Para que finalmente possamos evoluir na adaptação à esta situação contemplando uma participação articulada profissional-paciente e efetiva no cuidar.

Além deste fato devemos incluir neste contexto os familiares que residem com esses idosos, para que auxiliem e contribuam com o cuidado desta pessoa que necessita de assistência de forma geral, mais precisamente de apoio na alimentação e nos aspectos emocionais.

Com a sinalização destes aspectos as pessoas com DM buscam melhorar a percepção da doença de uma forma geral, a redução do medo referente ao futuro, pois este medo que se tem faz alusão ao desconhecimento da doença de forma geral, no entanto, a orientação é necessária para melhorar o padrão emocional e consequentemente alcançar o objetivo principal.

Por fim, após a apreciação de todas as situações inerentes a doença e com a melhoria do conhecimento dessas pessoas, possamos ampliar a percepção deste público sobre o que de fato é possuir uma boa qualidade de vida, entendendo o conceito geral que a descreve.

Assim, o profissional enfermeiro (a) é essencial para promover a construção do conhecimento contínuo e inserir esta pessoa no seu próprio cuidar, para que assim adapte-se de forma positiva e conseqüentemente melhore sua qualidade de vida. Ainda assim reiteramos que há um déficit na produção de pesquisas científicas com enfoque na teoria de Callista Roy, o que dificultou a comparação com estudos durante a discussão, portanto o intuito deste estudo é promover sua difusão para a ampliação do conhecimento da enfermagem com a teoria utilizada, para auxiliar e trabalhar o comportamento humano para a construção do cuidar adaptativo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, SILVEIRA, *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev. Bras. Cir. Plast.** 28: (1): 142-6, 2013.

ALMEIDA, M.A.B. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.** Escola de artes, ciências e humanidade – EACH/ USP, 2012.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 62 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **General information.** 2011. Disponível em: www.cdc.gov/diabetes/pubs/general11.htm#what. Acesso em: 10 jun. 2012.

CORREA, K., GOUVEA, G.R., SILVA, M.A.V., *et al.* Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):921-930, 2017.

HERDMAN, H., KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem; NANDA : definições e classificação 2015-2017.** Porto Alegre : Artmed, 2015.

ESPERÓN, J.M.T. Pesquisa quantitativa na ciência de enfermagem. **Escola Anna Nery.** v.21, n. 1, 2017.

FLECK, M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GROSSI, S.A., PASCALI, P.M. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus.** Departamento de enfermagem da sociedade brasileira de diabetes. São Paulo. 2009.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos para à prática profissional.** 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010.** IBGE. <http://geocartografiadigital.blogspot.com.br/2013/10/belem-pa-bairros-mais-populosos-em-1960.html>.

KLUTHCOVSKY, A.C., TAKAYANAGUI, A.M.M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Rev. Salus – Guarapuava – PR** 1(1):13-15, 2007.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.5, n.1, pp.7-18, 2000.

MALTA, D.C., BERNAL, R.T.I. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev. Saúde pública,** 51 supl. 1:12S, 2017.

MARQUES, M.B., SILVA, M.J., COUTINHO, J.F.V., LOPES, M.V. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Rev Esc Enferm USP;** 47(2):415-20, 2013

MACEDO, M.M.L.; CORTEZ, D.N.; SANTOS, J.C., REIS, I.A. et al. Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado. **Rev Esc Enferm USP** ;51:e03278, 2017.

NETO, P.L.O.C. **Estatística.** São Paulo: Edgard blucher, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Perfiles de los países para la diabetes.** Disponível em: www.who.int/diabetes/country-profiles/bra_es.pdf?ua=1. Acesso 13 de agosto 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diabetes.** <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. Acesso 13 de agosto 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science and medicine.** v.41, n.10, 1995, p.403-409.

ORTIZ, M.L., GONZÁLES, B.C.S. Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy. **Arquichan.** Vol. 9 nº 3, Colombia, 236 – 245, 2009.

PEREIRA, E.F., TEIXEIRA, C.S., SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagem, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte** 26(2):241 – 50, 2012.

QUEIROZ, F.A. **Adaptação cultural e validação do instrumento “Diabetes – 39 (D-39)”** : versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 – fase 1. Pag. 182. Ribeirão Preto, 2008. Dissertação apresentada a escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – área de concentração: enfermagem geral e especializada – EGE.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

RIBEIRO, J.P., ROCHA, S.A., POPIM, R.C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Esc. Anna Nery** (impr.), 14(4): 765-771, 2010.

RIBEIRO, J.P., ROCHA, S.A., POPIM, R.C. Idosos portadores de diabetes: qualidade de vida. **Esc Anna Nery** (impr.), out-dez; 14 (4):765-771, 2010.

ROY, C., ANDREWS, H.A. **Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, 1981.

RIBEIRO, J.P., ROCHA, S.A., POPIM, R.C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de *Diabetes Mellitus* tipo II. **Esc Anna Nery** (impr.)2010 out-dez; 14 (4):765-771

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** / Adolfo Milech. [et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016

TORRES, H.C., PACE, A.E., CHAVES, F.F., et al. Evaluation of the effects of a diabetes educational program: a randomized clinical trial. **Rev Saúde Pública**. 2018; 52:8

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all**. 1998.

ZULIAN, L.R.; SANTOS, M.A.; Veras, V.S.; RODRIGUES, F.F.L.; ARRELIAS, C.C.A.; ZANETTI, M.L. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). **Rev Gaúcha Enferm.**,34(3):138-146, 2013.

ZEVIANI, W.M., JÚNIOR, P.J.R., BONAT, W.H. **Modelos de regressão linear**. Laboratório de Estatística e Geoinformação. Departamento de Estatística. Universidade Federal do Paraná, 2013.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome(pseudônimo): _____

Idade: _____ **Sexo:** () F () M

Escolaridade/anos de estudo: Analfabeto () Alfabetizado () Ens. Fund. Incomp. () Ens. Fund. Comp. () Ens. Médio incomp. () Ens. Médio comp. () Ens. Sup. Incomp. () Ens. Sup. Comp. ()

Religião: _____

Profissão/Ocupação: _____

Cor/Raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Outros: _____

Estado civil: Solteiro () Casado () União estável () Viúvo () Outros: _____

Renda familiar (em salários mínimos): < 1 salário mínimo () > 1 salário mínimo () 1 salário e ½ mínimo () 2 salários mínimos () mais de 2 salários mínimos ()

Mulher: Nº de gestações (); Nº de partos (); Nº de abortos (); Nº de filhos ()

Antecedentes familiares: HAS (), DM (), DRC (), Cardiopatia (), outros: _____

Número de pessoas residentes no domicílio: () residentes

2. HISTÓRIA DA DOENÇA

Tempo de diagnóstico: _____

Como descobriu a doença? Exames () sinais clínicos () sintomas () teste de glicemia () outros: _____

Possui outras doenças associadas? Quais?

Hipertensão Arterial Sistêmica ()

Cardiovasculares ()

Outras: _____

Possui fatores de risco? Quais?

Sedentarismo ()

Obesidade ()

Tabagismo ()

Alcoolismo ()

Outras: _____

Teve complicações? Quais?

AVC ()

Doença renal crônica ()

Pé diabético ()

Amputação ()

Outras: _____

Já foi internado? Sim () Não ()

Número de internações: _____

Motivos:

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa para a conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, que tem por título “Avaliação da qualidade de vida de pessoas com diabetes *Mellitus* à luz da teoria da adaptação de Roy”. O objetivo é avaliar a qualidade de vida das pessoas com diabetes *Mellitus* a luz da teoria de adaptação de Callista Roy. Teoria esta que trata da habilidade que as pessoas têm de se ajustar a situações enfrentadas e dessa forma serem afetadas e conseqüentemente afetarmos o meio em que fazemos parte. Assim, este estudo justifica-se pela observação do avanço da doença e de suas complicações, pois mesmo sendo algo fortemente divulgado, com medicações e tratamento gratuito disponibilizado pelo governo, ainda observamos uma prevalência alta. Portanto, devemos atentar para o que afasta ou dificulta o acesso dos indivíduos na busca de uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente a participação efetiva do usuário na gestão do seu cuidar. Mediante isto convidamos você a participar dessa pesquisa preenchendo um questionário sobre a qualidade de vida de pessoas com diabetes. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem a liberdade para não responder. Nesta pesquisa não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco a sua vida, porém tem o risco mínimo de perda do sigilo da sua identidade, ou seja, o seu nome vir a ser conhecido, porém para evitar esse risco, deixamos claro que o seu nome será conhecido somente pelos pesquisadores e que na divulgação dos resultados do estudo, ele não irá aparecer, pois usaremos o código alfanumérico “P” que significa Pessoa (P1; P2; P3; ...). O estudo proporcionará um entendimento melhor por parte dos participantes sobre o diabetes e também ajudará adaptação a nova condição de vida, ou seja, pessoa com diabetes. Além de contribuir para minimizar as complicações advindas do diabetes e subsidiar o aprofundamento do conhecimento da enfermagem sobre o tema. O participante poderá afastar-se da pesquisa e não permitir o uso das informações, de acordo com sua vontade e a qualquer momento que desejar. Deste modo, as informações coletadas serão devolvidas e não haverá perda ou custo algum. As informações obtidas serão utilizadas somente nesta

pesquisa, sob a guarda do pesquisador, arquivadas, e serão incineradas após cinco anos. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em eventos e publicados em revistas de cunho científico. A qualquer momento você poderá afastar-se da pesquisa e retirar seu consentimento, não permitindo o uso das informações obtidas as quais serão destruídas. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Este trabalho será realizado com recursos do pesquisador e não haverá nenhum pagamento por sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, caso surja alguma dúvida posteriormente, você poderá ser esclarecido entrando em contato por fone: (91) 98840-8210 ou e-mail: jessica.vasques@hotmail.com. Caso não queira falar com a pesquisadora, poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical, situado a Av. Generalíssimo Deodoro, 92 – Umarizal, primeiro andar, ou ainda pelo telefone: (91) 3201-0961 e pelo e-mail: cepbel@ufpa.br.

JÉSSICA STEPHANIE DA SILVA VASQUES
Pesquisadora Responsável
Passagem Bartolomeu de Gusmão, 189
Contato: (91) 98840-8210

Termo de Consentimento

Declaro que eu fui informado sobre os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e porque o pesquisador precisa da minha colaboração, tendo entendido a explicação. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Belém, _____ / _____ / _____

Assinatura do participante
ANEXO A

DIABETES 39 (D-39)

VERSÃO FINAL EM PORTUGUÊS (VFP)
PESQUISA DE QUALIDADE DE VIDA

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

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

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

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

1. Pelo uso diário de sua medicação para o diabetes

| | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Não foi afetada | | | | | | | Extremamente afetada |

2. Pela preocupação relacionada com questões financeira

| | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Não foi afetada | | | | | | | Extremamente afetada |

3. Pela diminuição ou falta de energia

| | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Não foi afetada | | | | | | | Extremamente afetada |

4. Por seguir seu tratamento para o diabetes prescrito pelo médico

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

5. Pelas restrições alimentares necessárias para o controle do seu diabetes

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

6. Pelas preocupações sobre seu futuro

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

7. Por outros problemas de saúde além do diabetes

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

8. Pelo estresse ou pressão em sua vida

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

9. Pela sensação de fraqueza

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

10. Pelo quanto você consegue andar

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

11. Pela necessidade de realizar exercícios regularmente

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

12. Pela perda ou embaçamento de sua visão

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

14. Por ter diabetes

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

16. Por outras doenças além do diabetes

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

17. Por ter que testar seus níveis de açúcar

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

18. Pelo tempo necessário para controlar seu diabetes

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

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

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

20. Pelo constrangimento por ter diabetes

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

21. Pelo diabetes interferir na sua vida sexual

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

22. Por sentimento de tristeza ou depressão

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

23. Por problemas com função sexual

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

24. Por tentar manter seu diabetes bem controlado

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

25. Por complicações devido o seu diabetes

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

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

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

28. Pela necessidade de comer em intervalos regulares

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

30. Pela diminuição do interesse pelo sexo

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

31. Por ter sua rotina organizada em função do diabetes

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

32. Pela necessidade de descansar várias vezes no dia

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

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

33. Por dificuldades em subir escadas

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

34. Pelas dificuldades de cuidar de você mesmo (a)

(de se vestir, tomar banho ou usar o vaso sanitário)

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

35. Pelo sono agitado

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

36. Por andar mais devagar que os outros

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

37. Por ser chamado de diabético

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

38. Por ter o diabetes interferindo na sua vida familiar

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

39. Pelo diabetes em geral

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

Não foi afetada
afetada

Extremamente

Avaliações gerais

1. Marque com um "X" na linha abaixo que indique a medida da sua qualidade de vida geral

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

Menor qualidade

Maior qualidade

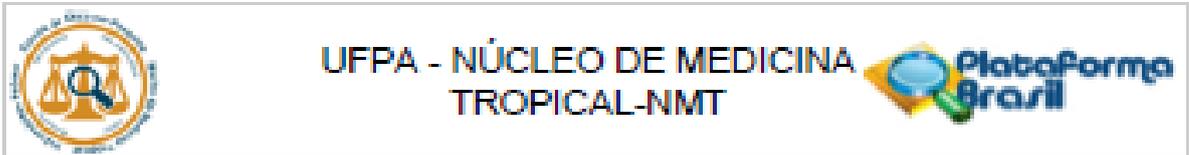
2. Marque com um "X" na linha abaixo que indique o quão grave você acha que é o seu diabetes

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

Nada grave

Extremamente grave

ANEXO B
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY

Pesquisador: JESSICA STEPHANIE DA SILVA VASQUES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 73013817.7.0000.5172

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFFA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.514.729

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que se propõem a avaliar a Qualidade de Vida de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus acima de 60 anos e que não possuem complicações oriundas da doença, utilizando um modelo teórico proposto por um pesquisador no início dos anos 1980 chamado Gailista Roy.

Objetivo da Pesquisa:

Este Projeto tem como Objetivo Geral: Avaliar a qualidade vida das pessoas com diabetes mellitus a luz da teoria de Gailista Roy.

E como Objetivos Específicos:1-Identificar os fatores que interferem na adaptação e na qualidade vida da pessoa com diabetes mellitus;2 - Elencar as categorias adaptáveis a luz da teoria de Roy em relação a qualidade de vida;3 - Propor medidas adaptáveis que influenciem na melhoria da qualidade de vida da com pessoas com diabetes mellitus a luz da teoria de Roy.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, pois trata-se de um estudo que usa como ferramenta de análise um questionário sócio-demográfico com base na Teoria de Gailista Roy. O único risco é a exposição do participante da pesquisa o que a pesquisadora sanou através de um código alfa-numérico que protegerá a identidade do participante da pesquisa.

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0061

CEP: 66.065-340

E-mail: cepbel@ufpa.br



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL-NMT



Continuação do Parecer: 2.514.729

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto inédito e que trará muitos benefícios para os usuários do Programa HiperDia da UBS do Bairro do Guamá, que será o cenário de Prática e desenvolvimento do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos solicitados foram todos apresentados.

Recomendações:

Todas as recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_929039.pdf | 19/12/2017 09:47:26 | | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA_CORRIGIDO_16_12_17.pdf | 19/12/2017 09:46:42 | JESSICA STEPHANIE DA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_CORRIGIDO_16_12_17.pdf | 19/12/2017 09:46:19 | JESSICA STEPHANIE DA SILVA VASQUES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_REVISADO.pdf | 01/11/2017 19:26:23 | JESSICA STEPHANIE DA SILVA VASQUES | Aceito |
| Outros | declaracao_SEBMA.pdf | 18/09/2017 17:03:49 | JESSICA STEPHANIE DA | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto_JCS.pdf | 05/07/2017 17:32:04 | JESSICA STEPHANIE DA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 31/05/2017 15:57:30 | JESSICA STEPHANIE DA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91) 3201-0001

CEP: 66.065-240

E-mail: cepbel@ufpa.br

ANEXO C
AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA PARA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- SESMA aceita a realização do Projeto de Pesquisa de Pós Graduação em Enfermagem Mestrado Instituto de Ciências em Saúde da Universidade Federal do Pará - UFPA, intitulado: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY", de autoria da discente: JÉSSYCA STÉPHANIE DA SILVA VASQUES, sob orientação da Prof. Dra. Mary Elizabeth de Santana.

Entretanto é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA, emitiu a AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA mediante parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da instituição de origem.

Belém, 17 de agosto de 2017.


 Sakrêni Sales Rodrigues
 Núcleo de Educação Permanente – NEP/SESMA



Te: Chaco, 2085, (Almirante Barros e 28 de setembro)
 Marco, CEP. 66085-543
 E-mail: especializacao@coabelem.com.br

Tel: (91) 98413-1388