



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO E ESTUDO
CLÍNICO NO DIABETES**

**IMPACTOS DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA QUALIDADE DE VIDA DA
POPULAÇÃO AMAZÔNICA: A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

LUANA CRISTINA FIEL TORRES

BELÉM- PA

2024

LUANA CRISTINA FIEL TORRES

Projeto de Defesa da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção e Estudo Clínico no Diabetes da Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

BELÉM- PA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F452i Fiel Torres, Luana Cristina.
Impactos do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida da população Amazônica: a importância da atuação da equipe multiprofissional / Luana Cristina Fiel Torres. — 2024.
65 f. : il. color.
- Orientador(a): Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Atenção e Estudo Clínico da Diabetes, Belém, 2024.
1. Diabetes mellitus tipo 2. 2. Qualidade de vida. 3. B- PAID. 4. WHOQOL- Brief. 5. Equipe multiprofissional . I. Título.

CDD 614.098115

Luana Cristina Fiel Torres

Impactos do Diabetes Mellitus tipo 2 na qualidade de vida da população Amazônica: a importância da atuação da equipe multiprofissional

Projeto de Defesa da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção e Estudo Clínico no Diabetes da Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em: 01/08/2024

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani
Universidade Federal do Pará
(Orientador)

Prof^ª. Dra. Ana Carolina Contente Braga de Souza
Universidade Federal do Pará.
(Avaliador Interno)

Prof^ª. Dra. Alana dos Anjos Moreira
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
(Avaliador Externo)

BELÉM – PA

2024

Dedico este trabalho à minha mãe Kátia, pelo amor e incentivo infinitos.
À todas as pessoas que vivem com Diabetes Mellitus tipo 2 e lutam pela sua saúde.
E aos profissionais da área da saúde, em especial aqueles que de maneira incansável,
buscam através de pesquisas, contribuir para qualidade de vida de seus pacientes.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora de Nazaré, por iluminar os caminhos que me fizeram chegar até aqui.

A toda minha família, principalmente a minha mãe Kátia, meu avô Antônio, minha avó Lúcia, minha prima Laryssa e minha madrinha Leila, que sempre me apoiam a cada novo desafio e acreditam na minha capacidade de vencê-los.

Aos meus queridos amigos, em especial, Mariana, Thayná, Raíssa, Fernanda, Larissa, Paulo, Jhordano e José, que sempre me incentivam e torcem a cada conquista importante para mim.

A confiança depositada pelo meu orientador Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani, que me apoiou desde o momento em que o desejo de me tornar mestre surgiu. E pelo estímulo em continuar nesse projeto profissional.

A participação das professoras Dra. Alana dos Anjos Moreira e Dra. Ana Carolina Contente Braga de Souza na minha banca, cuja atenção a cada parte desta pesquisa e suas contribuições, foram essenciais para que este trabalho fosse concluído.

Ao professor Dr. Altem Nascimento Pontes, pela paciência e auxílio nos momentos em que me senti perdida durante esta pesquisa, por acreditar na minha capacidade e não desistir de mim.

A aluna do curso de graduação em Psicologia da UFPA, Amanda Favacho, que aceitou participar deste projeto e dedicou seu tempo para que esta pesquisa pudesse ocorrer.

E um agradecimento especial a todos os pacientes, que gentilmente, dispuseram-se a participar desta pesquisa e a compartilhar suas alegrias e fragilidades.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ADA – American Diabetes Association

A1c - Hemoglobina Glicada

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM2 - Diabetes Mellitus Tipo 2

GEDIA – Grupo Educativo em Diabetes

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IDF - Internacional Diabetes Federation

IFG - *Impaired Fasting Glucose*

IGT - *Impaired Glucose Tolerance*

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida em Saúde

RI – Região de Integração

SBACV - Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS – Sistema Único De Saúde

TOTG - Tolerância Oral à Glicose

UFPA – Universidade Federal do Pará

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos 30 pacientes avaliados que vivem com DM2

Tabela 2 – Avaliação de dois grupos através da aplicação do instrumento de pesquisa B-PAID

Tabela 3 – Avaliação de dois grupos através da aplicação do instrumento de pesquisa WHOQOL-Brief

Figura 1 – Dendograma da Escala B-PAID

Figura 2 – Dendograma da Escala WHOQOL-Brief (part 1)

Figura 3 – Dendograma da Escala WHOQOL-Brief (part 2)

Figura 4 – Dendograma da Escala WHOQOL-Brief (part 3)

Figura 5 – Gráfico das complicações dos pacientes avaliados que vivem com DM2

RESUMO

No diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) o indivíduo produz de maneira insuficiente a insulina, e o grupo mais atingido por esta doença são pessoas acima de 30 anos, obesas ou com excesso de peso, acarretado pelo resultado da relação de fatores hereditários e ambientais e/ ou associados ao envelhecimento populacional e a um estilo de vida não saudável, com baixa frequência de atividade física, obesidade e alimentação inadequada. A DM2 é uma doença crônica associada com morbimortalidade elevada e prejuízo na Qualidade de Vida (QV) e representa um problema de saúde pública devido ao aumento de sua incidência e prevalência. O objetivo desta pesquisa foi o de apresentar a possível associação entre a QV e o DM2 e as evidências quanto aos impactos de fatores como a atuação da equipe multiprofissional. Para isto, foi realizado um estudo transversal, em um único atendimento com 30 pacientes, no qual foram aplicados e analisados duas escalas: o “B-PAID” e o *WHO Quality of Life (WHOQOL – Brief)*, no período de Outubro de 2023 a Junho de 2024, no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto – Belém – PA, além do levantamento sociodemográfico como, gênero, faixa etária, raça/etnia, município, equipe e complicações do DM2. Através deste estudo, foi obtido um perfil de participantes, sendo estas de pessoas de ambos os gêneros, com idade entre 50-69 anos, pardas, que residiam em Belém, possuíam o acompanhamento maior do médico endocrinologista e da enfermeira e possuíam como complicações principais a HAS e a dislipidemia. Os resultados encontrados após análise das escalas foi que este perfil de participante tinha como fator de risco a sua QV, variáveis do âmbito econômico, a dor física como impedimento de realizar suas atividades rotineiras, a sensação de não haver metas claras para o seu tratamento; não saber lidar com as complicações em decorrência ao DM2 e a um futuro de possível agravamento destas. Posteriormente, os participantes foram divididos em dois grupos: “participantes acompanhados por até dois profissionais” e “participantes acompanhados a partir de três profissionais” e o resultado obtido, foi que o último grupo possuía a possibilidade de mais sucesso em seu tratamento e o de melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2; qualidade de vida; “B-PAID”; WHOQOL- Biref; equipe multiprofissional.

ABSTRACT

In the diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), the individual produces insufficient insulin, and the group most affected by this disease are people over 30 years old, obese or overweight, caused by the result of the relationship between hereditary and environmental factors and/or associated with population aging and an unhealthy lifestyle, with low frequency of physical activity, obesity and inadequate diet. T2DM is a chronic disease associated with high morbidity and mortality and impaired Quality of Life (QoL) and represents a public health problem due to its increased incidence and prevalence. The objective of this research was to present the possible association between QoL and T2DM and the evidence regarding the impacts of factors such as the performance of the multidisciplinary team. For this purpose, a cross-sectional study was carried out with 30 patients, in which two scales were applied and analyzed: the “B-PAID” and the WHO Quality of Life (WHOQOL – Brief), from October 2023 to June 2024, at the Endocrinology outpatient clinic of the João de Barros Barreto University Hospital - Belém - PA, in addition to the sociodemographic survey such as gender, age group, race/ethnicity, municipality, team and complications of DM2. Through this study, a profile of participants was obtained, these being people of both genders, aged between 50-69 years, brown, who lived in Belém, had greater monitoring by the endocrinologist and the nurse and had as main complications hypertension and dyslipidemia. The results found after analyzing the climbs were that this participant profile had as risk factors their QoL, economic variables, physical pain as an impediment to performing their routine activities, the feeling of not having clear goals for their treatment; not knowing how to deal with complications resulting from DM2 and a future of possible worsening of these. Subsequently, the participants were divided into two groups: “participants accompanied by up to two professionals” and “participants accompanied by three or more professionals” and the result obtained was that the latter group had the possibility of greater success in their treatment and better quality of life.

Keywords: type 2 Diabetes Mellitus. quality of life; “B-PAID” and WHOQO. multidisciplinary team.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Diabetes Mellitus tipo 2	12
1.2	Mudanças na vida da pessoa com DM2.....	14
1.3	Qualidade de vida e saúde - a relação e a importância da avaliação da qualidade de vida em saúde.....	17
1.3.1	Instrumentos de qualidade de vida em saúde.....	18
1.4	Estado da arte dos estudos sobre qualidade de vida e DM tipo 2 no Brasil.....	19
2	JUSTIFICATIVA	24
3	OBJETIVOS	26
3.1	Geral.....	26
3.2	Específicos.....	26
4	METODOLOGIA	27
4.1	Tipo de estudo e população estudada.....	27
4.2	Local da pesquisa.....	28
4.3	Critérios de inclusão.....	28
4.4	Critérios de exclusão.....	28
4.5	Aspectos éticos.....	29
4.6	Riscos e benefícios	29
4.7	Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	29
5	RESULTADOS.....	30
6	DISCUSSÃO.....	37
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.....	52
	APÊNDICE B – Planilha Excel dos dados socioepidemiológicos dos participantes.....	54
	ANEXO A – B-PAID	58
	ANEXO B - Escala de Qualidade de Vida da OMS abreviada (WHOQOL-Brief).....	61

1 INTRODUÇÃO

1.1 Diabetes Mellitus tipo 2

Na Diabetes Mellitus tipo 2 o indivíduo produz de maneira insuficiente a insulina, e o grupo mais atingido por esta doença são pessoas acima de 30 anos, obesas ou com excesso de peso. Os sinais e sintomas de hiperglicemia que geralmente ocorrem são: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso inexplicada e desidratação. Contudo, frequentemente há ausência de sintomas. Dessa forma, pode se inferir que o surgimento do DM2 esteja associado aos novos modos de vida moderna caracterizado pelo exagero de calorias e sedentarismo (ADA, 2012).

IGT e IFG são duas classes distintas de alterações do metabolismo dos carboidratos. IGT detecta resistência com alteração precoce da secreção de insulina, tendo maior valor preditivo para doenças cardiovasculares, enquanto IFG reflete o distúrbio de secreção em uma fase mais tardia e está mais relacionada com a mortalidade por doença cardiovascular (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2003).

Na IGT e no Diabetes Mellitus do tipo 2, observa-se resistência à captação de glicose, estimulada pela insulina, independentemente da hiperglicemia, e a deterioração dessa tolerância dependerá da capacidade do pâncreas em manter o estado de hiperinsulinemia crônica (COBAS, *et al.*, 2022).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2024), o diagnóstico de DM deve ser estabelecido pela identificação de hiperglicemia. Para isto, podem ser usados a glicemia plasmática de jejum (GJ), o teste de tolerância à glicose por via oral (TTGO) e a hemoglobina glicada (HbA1c). O TTGO consiste em uma glicemia realizada após uma hora (TTGO-1h) ou duas horas (TTGO-2h) de uma sobrecarga de 75 gramas de glicose por via oral.

Os testes laboratoriais para o diagnóstico de DM devem ser feitos em todos os indivíduos com sintomatologia sugestiva de diabetes, e em indivíduos assintomáticos com risco aumentado de desenvolver essa condição (SBD, 2024).

Ao realizar testes para diagnóstico de DM, também podem ser identificadas pessoas com hiperglicemia leve, que não preenchem critérios para DM. De acordo com a International Diabetes Federation (IDF), esses casos constituem a “hiperglicemia intermediária”, composta pela “glicemia de jejum alterada”, nos casos em que a disglucemia leve ocorre em jejum e pela

“intolerância à glicose”, na situação em que há hiperglicemia leve após TTGO, sem preencher critérios para DM. A American Diabetes Association (ADA) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) utilizam a nomenclatura “pré-diabetes” para estes indivíduos (SBD, 2024).

É certo afirmar que o estilo de vida que a pessoa possui, influencia diretamente como gatilho no desenvolvimento de DM2. Segundo Cobas *et al.* (2022), essa transição para o Diabetes Mellitus é determinada não somente por uma acentuação da resistência à insulina, atribuível ao excesso de peso e/ou envelhecimento, pela incapacidade do pâncreas em aumentar a secreção insulínica adequadamente em resposta à hiperglicemia, entre outras causas, mas também, pelo sedentarismo.

É importante ressaltar, que o sedentarismo, é um fator de risco para a obesidade tão importante quanto o consumo inadequado de alimentos e possui uma relação direta e positiva com o aumento da incidência do Diabetes Mellitus do tipo 2 em adultos, independentemente do Índice de Massa Corporal (IMC) ou de história familiar de Diabetes Mellitus (ZIMMET; MCCARTY; COURTEN, 1997).

Prova disto, que a relação da DM tipo 2 e do estilo de vida é tão forte que de acordo com Sartor (1980), há estudos que utilizaram, como estratégias de intervenção, medicamentos e modificação na alimentação dos pacientes, compreendendo que o uso da dieta hipocalórica balanceada e/ou exercício físico controlado, apresentam grandes resultados tanto no controle da DM2 quanto na sua prevenção (TORGERSON *et al.*, 2004).

Entendendo a necessidade de modificações na rotina do paciente, sendo esta, desde sua alimentação, a necessidade de cuidados específicos a saúde, acompanhamento da equipe multiprofissional, ao uso de medicações pelo resto da vida, até aos cuidados com simples cortes que se não cuidados podem até gerar amputações.

Faria *et al.* (2013) afirma que essas mudanças, geram impactos, que influenciam os diferentes aspectos de vida, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores, falta de vitalidade, dificuldades no relacionamento social, instabilidade emocional, dificuldades na adesão ao tratamento e dentre outros, podendo afetar significativamente a QV dos indivíduos com DM.

Compreendendo esses aspetos, a avaliação da QV se torna de extrema importância para medir o impacto geral da DM na vida dos indivíduos, que avalia a satisfação e bem-estar nos

âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural. A utilização de instrumentos de avaliação da QV permite avaliação mais objetiva e clara do impacto global das doenças crônicas, como o DM na vida dos pacientes. Tal avaliação tem a vantagem de incluir aspectos subjetivos geralmente não abordados por outros critérios de avaliação (SANTOS, *et al.*, 2006).

1.2 Mudanças na vida da pessoa com DM2

A descoberta de uma doença crônica sempre gera impactos na vida do paciente, por vezes impulsiona que essa pessoa se torne mais assídua nos cuidados a sua saúde e por outras, há certa dificuldade na alteração do estilo de vida. Tavares *et al.*, (2011), corrobora com a ideia, ao afirmar que esta descoberta faz com que a pessoa se comporte de maneiras distintas. Alguns chegam a percebê-la como desafio e mantém o controle da doença. Outros enfrentam a enfermidade como problema, o que ocasiona sofrimento e inadequações emocionais decorrentes da necessidade de se mudar o estilo de vida em vigor, e no tratamento para pessoas que vivem com DM tipo 2 exige, no início, modificações da rotina da pessoa no que se refere a hábitos alimentares.

Silveira; Resende; Filho e Pereira (2010) explicam que a adesão ao tratamento é classificada como uma decisão que o paciente precisa tomar, todos os dias, para que assim, possa haver a estabilidade do seu quadro clínico e melhores condições para QV.

A OMS (World Health Organization - WHO, 2003) define a adesão ao tratamento como: “(...) extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, tomando medicação, seguindo uma dieta e/ou executando mudanças no estilo de vida, corresponde às orientações acordadas com a equipe de saúde” (p. 3).

Segundo Silva e Alves (2018), há uma especificidade na adesão ao tratamento a DM2, podendo-se destacar alguns pontos, como o conhecimento e entendimento do que é o diabetes e seu tratamento, o comportamento de familiares, amigos e colegas de trabalho frente à doença, a relação com os profissionais de saúde envolvidos, a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde e medicamentos, tempo com a doença, a ausência de sintomas, etc (SILVA; ALVES, 2018).

Um ponto importante a destacar também, que é uma das principais bases do cuidado na doença crônica, que interfere na adesão ao tratamento e conseqüentemente na qualidade de vida, é a rede de apoio, uma vez que, a forma com que a família compreende a doença e o tratamento

dessa doença crônica, vai repercutir na adesão do paciente (BROADBENT; DONKIN; STROH, 2011 & COSTA *et al.*, 2011 & GHERMAN *et al.*, 2011).

Outra questão de extrema importância está relacionada com as crenças, Botelho (1991); Faria e Seidl (2006); Ellison (1994) correlacionam essa forte relação entre religião e saúde e relatam que algumas pessoas costumam recorrer a instituições religiosas em tempos de doenças, principalmente as crônicas e/ou severas, em razão dessas instituições estarem historicamente identificadas com a oferta de apoio emocional, prática assistencial e caridade aos enfermos e necessitados.

Independente da prática religiosa, o objetivo principal era, e ainda é, manter o bem-estar físico, psicológico e espiritual do indivíduo (ALVEZ *et al.*, 2010). Contudo, este pode ser um elemento que venha a interferir na adesão, quando o paciente deixa de seguir o tratamento proposto pela equipe de saúde por acreditar que sua crença religiosa vai melhorar o seu quadro clínico (SILVA; ALVES, 2018).

Além de todos estes fatores, o motivo chave pode-se dizer, é segundo Silva e Alves (2018), a ausência de sintomas.

É compreensível que não sentir dor ou não ter marcas visíveis no corpo que relembram aquela pessoa que há em seu organismo uma doença crônica, dificulta estabelecer uma relação maior ou diferente de cuidados com a saúde.

Ora, algumas pessoas que vivem com DM tipo 2 precisam ver algo acontecer no corpo para tomarem medidas de autocuidado. Infelizmente esta é uma realidade frequente. Seguida do conflito que envolve, seguir o plano alimentar e a limitação do prazer de comer e beber, da liberdade, o que atinge o conceito de se alimentar em todos os seus significados (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2012). E assim retornamos a algo que foi discutido algumas vezes: a relação da alimentação/obesidade e a mudança do estilo de vida, para hábitos mais saudáveis.

Alguns autores como Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) explicam que a forma como a pessoa percebe a doença e os sentidos e significados que atribui a esta, podem contribuir com a baixa adesão ao tratamento, provocando alguns conflitos emocionais. A ausência de sintomas é considerada como um fator importante na baixa adesão. Neste caso, é imprescindível o auxílio do psicólogo tanto no acompanhamento com o paciente, quanto no apoio ampliar o olhar dos outros profissionais da equipe de saúde.

E para que ocorra a adesão ao tratamento, Assunção e Ursine (2008) apontam que é necessário que a pessoa receba informações e esclarecimentos acerca da doença, além de receber todas as orientações quanto ao manejo das mudanças necessária em sua vida, que já foi discutido algumas vezes no decorrer desta pesquisa.

Além disso, é preciso aceitar a medicação, fazendo o uso de forma adequada e entendendo que está sozinha, não fará o efeito esperado. Ou seja, é necessário que a pessoa compreenda que o tratamento e o suporte ofertado pela equipe de saúde equivalem à metade do processo, o paciente precisa se manter ativo no processo, entendendo que a responsabilidade pela sua saúde e vida, é compartilhada, não direcionada somente aos profissionais de saúde, e este é um trabalho diário daqueles que acompanham pacientes com DM2.

Costa *et al.* (2011) afirmam que quando o portador de diabetes se percebe como principal responsável por seu tratamento e segue as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, tem melhoras significativas e corre menos riscos em relação às complicações da doença.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), há estudos que apresentam a comparação da efetividade do tratamento farmacológico e alterações no estilo de vida, e que este último se mostra mais efetivo que o primeiro. E isto corrobora com a afirmação já mencionada anteriormente, quando Sartor (1980), aponta a relação entre a dieta hipocalórica balanceada e/ou exercício físico controlado como uma das formas de prevenir a DM2.

Sendo assim, as políticas de prevenção em diabetes demonstram que atividade física frequente e perda de peso apresentam importantes benefícios a saúde, como a diminuição do risco cardiovascular (SBD, 2007).

Compreendendo todos estes aspectos e como estes são uns dos principais fatores que interferem na estabilidade do quadro clínico, adesão ao tratamento e qualidade de vida dos pacientes com DM2, se faz necessário refletir acerca da adoção de estratégias individuais e coletivas, como contribuições da equipe multiprofissional para ampliar a rede de cuidados a estes pacientes, pois compartilhando saberes, opiniões, expectativas e objetivos para o tratamento de cada paciente com DM2, seja possível alcançar as modificações necessárias para reduzir agravos e aumentar os índices de qualidade de vida.

1.3 Qualidade de vida e saúde – a relação e a importância da avaliação da QV em saúde.

Parece ser indissociável a relação entre a QV e a saúde, e para isso, foram criadas avaliações mais específicas que pudessem nortear as equipes de saúde, para o entendimento de que direção seguir para auxiliar os pacientes, neste caso, os que possuem DM2.

Foram então desenvolvidos instrumentos que permitem o estudo de parâmetros relativos ao estado físico, emocional e social entre indivíduos com ausência e presença de diagnósticos de doenças sejam crônicas ou não, nesta pesquisa, serão utilizados apenas dois (B-Paid e WHOQOL-Brief).

Estudos indicam que o surgimento do termo Qualidade de Vida, foi utilizado pela primeira vez e na literatura médica, por volta da década de 30, em pesquisas que possuíam o objetivo de buscar uma definição e uma avaliação da qualidade de vida.

De acordo com Landeiro *et al.*, (2011), o termo e o conceito de qualidade de vida surgiram com o crescimento e o desenvolvimento econômico ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, e somente em 1970 este conceito chega ao Brasil, num primeiro momento direcionado a saúde e suas práticas, somado ao advento da Constituição de 1988 e com a consequente criação do SUS, o foco da QV passou a se dirigir para os pacientes, principalmente os usuários do SUS. Neste contexto, o sistema público é indutor de pesquisas e práticas relevantes para um sistema de saúde nacional.

Diversos autores afirmam que não há uma única definição para a QV, e com isto a OMS (World Health Organization - WHO, 1998) conduz este termo a partir da “[...] percepção do indivíduo de sua proteção na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Através dessa definição, a OMS toma como base uma natureza multifatorial da qualidade de vida, considerando seis domínios que objetivam demonstrar as diferentes dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo. Domínios estes categorizados em saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual (SILVA, SOUZA, FRANCIONI, MEIRELLES, 2005; CONDE *et al.*, 2006).

Avaliar a QV da pessoa que vive com DM tipo 2, é cuidar do sucesso do tratamento e da continuidade deste, entendendo que este olhar tem o potencial de refletir, de maneira mais global, o estado de saúde e o bem-estar desse grupo heterogêneo de pacientes. Portanto, a

avaliação da QV do paciente é reconhecida como importante área do conhecimento científico, em razão do conceito de QV se interpor ao de saúde: satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural (SOUZA, 2013).

Contudo, antes de analisar as relações entre a qualidade de vida e a saúde, é importante revisitar os conceitos de saúde. A saúde pode ser entendida a partir de diversos aspectos do comportamento humano, e segundo o conceito da OMS de 1946, ainda um dos mais utilizados, a saúde pode ser entendida através do completo bem-estar nas dimensões física, mental e social, não cabendo mais a compreensão restrita apenas na ausência de doenças.

Segundo cada uma dessas dimensões apresenta um lado negativo e outro positivo, por onde o indivíduo se desloca conforme sua capacidade de resistir às necessidades e desafios da vida cotidiana. Os fatores de oscilação entre os polos negativos e positivos são: fatores ambientais, sociais, estilo de vida e biológicos (GUEDES; GUEDES, 1995).

Se este indivíduo possui hábitos de vida que desfavorecem a manutenção da saúde como ser fumante ou sedentário, ou ainda, sofre os efeitos do estresse, ou possui composição corporal fora dos níveis desejados, não é possível caracterizá-lo como saudável.

É possível refletir a saúde através de outra perspectiva mais aprofundada sobre saúde, pois de acordo com Palma (2021), é difícil caracterizar o que é “completo bem-estar”, que a OMS define, entendendo que a visão de saúde deste órgão é “estreita”, por considerar apenas dois pontos como essências: a ausência de doenças e o aspecto biológico na determinação destas doenças.

As consequências desta forma de ver o assunto, segundo ele, são quatro: a) generaliza ao definir que quem está doente não pode ser sadio; b) a doença pode ser evitada de modo determinista-biológico; c) a doença pode ser evitada pelo próprio indivíduo; d) falta de atenção ao contexto socioeconômico (JUNIOR *et al.*, 2013).

Após todos estes aspectos definidos, pode-se contextualizar que a QV em saúde é utilizada, segundo Guedes e Guedes, (1995), para medir diretamente a saúde dos indivíduos, no sentido de alinhar estratégias que iniciem na revisitação das nossas próprias formas de atuar, de cuidar e acolher os pacientes, conseguir encaminhá-los para a rede, até conseguir também que políticas públicas possam ser realinhadas e atender as demandas levantadas através dos instrumentos estruturados e simplificados, capazes de reconhecer os aspectos que dificultam a melhoria da QV para que a equipe multiprofissional possa atuar para modificar este cenário ou

o inverso, para que a equipe possa auxiliar como apoio na manutenção da QV, diminuindo assim o risco de agravamentos do diagnóstico de DM2, adesão ao tratamento e até mesmo óbitos.

A dimensão da qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, por esta razão a compreensão desta e a utilização de instrumentos que direcionem a equipe de saúde, se tornam cada vez mais necessários no cotidiano destes.

1.3.1 Instrumentos de Qualidade de Vida em saúde

Os instrumentos de medida de qualidade de vida em saúde podem ser classificados em dois grupos: os genéricos e os específicos.

Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da QV da população em geral. Para aplicá-los, usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde.

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação (CAMPOS; NETO, 2008.; GIANCHELLO, 2005; AGUIAR *et al.*, 2008).

Segundo Campos e Neto (2008), a qualidade de vida, por meio desses instrumentos, trata-se, portanto, de componente passível de mensuração e comparação, mesmo que se leve em conta a necessidade de revitalizar culturalmente esses instrumentos no tempo e no espaço, uma vez que devem ser utilizados como suporte nas intervenções escolhidas.

Ainda segundo estes autores, todos os instrumentos utilizados devem apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade às alterações. Reprodutibilidade é a medida de consistência dos resultados, quando o questionário é repetido em tempos diferentes ou por observadores diferentes, levando a resultados similares.

Validade é a propriedade de um instrumento de medir o que realmente se pretende medir. Os principais tipos de validade que devem ser considerados na seleção ou construção de uma medida de qualidade de vida são: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção. Sensibilidade às mudanças é definida como a habilidade da escala de registrar

alterações devido a um tratamento ou mudanças associadas à própria história natural da doença (CAMPOS; NETO, 2008).

É importante reiterar, que esses instrumentos discutidos são mais uma forma de direcionar, embasar e apoiar a equipe de saúde, não de definir e fechar condutas, já que a saúde, como foi mencionado anteriormente, não deve ser enquadrada e fechada, mas sim vista através de um enfoque amplo e marcado por diversos aspectos subjetivos e únicos de cada indivíduo e principalmente, como cada um vive o diagnóstico que possui.

Diante dessa perspectiva e do exposto, faz-se necessário identificar e avaliar o trabalho da equipe multiprofissional e sua contribuição, a partir de evidências, das questões psicossociais e culturais que podem emergir durante a avaliação dos pacientes com DM2 e seus efeitos quanto a adesão e o estilo de vida. Este estudo irá traçar um panorama descritivo de práticas e evidências que indicam repercussões que podem influenciar na qualidade de vida dos pacientes avaliados, na maneira como vivenciam e atravessam a experiência de possuir uma doença crônica.

1.4 Estado da arte dos estudos sobre qualidade de vida e DM tipo 2 no Brasil

É importante compreender como a utilização de outras escalas podem apontar os impactos da DM tipo 2 na vida do indivíduo. No Brasil, diversos estudos foram realizados nos últimos anos, apesar da entrada tardia na discussão do tema. Veremos a seguir, alguns destes estudos.

Foi possível observar também, que analisou os impactos na QV em 231 pessoas que vivem com DM tipo 2, acompanhadas em uma USF Espinho, sendo destes, 50, 2% mulheres. Foi utilizado o Perfil de Saúde do Diabético (DHP), e que mede a disfunção psicossocial e comportamental em pessoas que vivem com DM tipo 2 e divide-se em três dimensões: “tensão psicológica”, “barreiras à atividade” e “alimentação desinibida”, que as autoras Santos, Beça, Mota (2015), apontaram que na dimensão “tensão psicológica”, o gênero feminino obteve um impacto negativo, o que pode estar associado com a maior procura da mulher nas consultas médicas e aos cuidados à saúde.

Já na dimensão “barreiras à atividade”, foi analisado que os pacientes que realizavam insulino terapia ou o uso de antidiabéticos orais, ou a combinação dos dois, afetava

negativamente a QV desses pacientes, algo já apontado pela autora Souza, como um agravante das alterações emocionais, gerando sinais de irritabilidade por exemplo.

As autoras ainda apontam em sua pesquisa, que quanto menor a escolaridade do paciente, mais impactos negativos incidiam nas dimensões “tensão psicológica” e “alimentação desinibida”. Uma vez que esses pacientes apresentam, potencialmente, uma menor compreensão da doença e da terapêutica, sobretudo quando não existe adequação do discurso e dos materiais de apoio (folhetos, vídeos, livros) às habilitações literárias do doente, podendo acarretar alterações significativas na sua QV (SANTOS; BEÇA; MOTA, 2015).

Uma pesquisa realizada com 983 pacientes maiores de 18 anos, ambos os sexos, com pessoas que vivem com DM2 há mais de um ano, que realizavam acompanhamento nas Unidades de Saúde de Curitiba – PR, em que os pesquisadores utilizaram um questionário com 14 questões objetivas sobre o paciente, sua doença e conhecimentos acerca desta e o instrumento DQOL-Brasil, apontou que o maior impacto na QV dos pacientes, foi no aspecto físico (71,6%).

Percebeu-se que esse impacto pode estar relacionado às dificuldades do tratamento da doença. Dentre os aspectos apontados no estudo, a prática de atividades físicas e a vida sexual (62,1%) foram questões que mais se destacaram negativamente (Diaz *et al.*, 2012).

Corroborando com as pesquisas anteriores, os aspectos emocionais tiveram grandes sinalizações de repercussão significativa na vida e conseqüentemente na QV dos pacientes, cerca de 77,2%).

Segundo os autores Diaz *et al.*, (2012), foi possível avaliar que 81,6 % dos pacientes, toda vez que precisa tratar sua doença em público se sentem constrangidos, um bom exemplo disso é a exposição com a aplicação da insulina, o que mostrou que grande parte dos entrevistados, cerca de 77,6% sempre escondia das pessoas que estavam tendo reações adversas devido ao uso de insulina. E além disso, mais de 95% dos pacientes avaliados já se sentiram mal consigo mesmo alguma vez por ter a doença.

Os autores apontam ainda, que uma significativa parcela dos participantes se sentem frequentemente incomodados por ter diabetes, o que acarreta em comer alimentos que não deveriam, porque não conseguem dizer que têm diabetes, acarretando em riscos à saúde pela forma que vivenciam o diagnóstico, o apoio do psicólogo no acompanhamento desses pacientes, se faz imprescindível.

Chibante *et al.* (2014), realizaram uma pesquisa na Universidade Federal Fluminense, com 50 pacientes com DM2 que frequentavam o programa educativo-participativo do grupo dos diabéticos do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, foram utilizados dois questionários um sociodemográfico e o SF-36 e observou-se que, semelhante ao estudo das autoras em 2015, mencionadas anteriormente, o número de mulheres que buscam o serviço de saúde é significativamente maior que em comparação aos homens, o que acabará por sinalizar maiores agravos em sua QV, contudo, as sequelas crônicas da doença serão piores nos homens, pela menor procura aos cuidados com sua saúde.

Foi observado também, que o aspecto vitalidade teve uma média menor, este avalia o nível de energia e de fadiga do paciente, que teve uma média de 46,7%. Esta média representa uma diminuição de energia e um aumento da fadiga, uma vez que a maioria dos participantes relatou cansaço na execução de tarefas cotidianas, como caminhar e carregar sacolas de supermercado (CHIBANTE, *et al.*, 2014).

A segunda média menor, cerca de 48%, foi a do domínio dos aspectos físicos, ou seja, sua disposição em realizar suas atividades do cotidiano, como também foi avaliado na pesquisa do Diaz *et al.*, em 2012, o que causará diretamente impactos emocionais e psicológicos, uma vez que, pacientes adultos e habituados a ter uma rotina ativa, se veem com a necessidade de possuir ajuda de terceiros para realizar as atividades que antes desempenhavam ou realizavam sozinhos, sentem ainda, a perda ou diminuição de sua autonomia, gerando assim maiores propensões a depressão, ansiedade o que influenciará diretamente na adesão ao tratamento e melhores condições a sua QV.

Num estudo realizado no ambulatório de endocrinologia de um hospital particular de São Bernardo do Campo, que coletou uma amostra de 120 pessoas que vivem com DM tipo 2, de ambos os sexos, que utilizou o questionário sócio demográfico e de dados relacionados ao diabetes; e questionário de qualidade de vida, versão brasileira do WHOQOL-Brief para avaliar a QV destes participantes, e mostrou que partir da análise do questionário sociodemográfico foi possível traçar um perfil da amostra dos pacientes atendidos no ambulatório de endocrinologia: maioria formada por mulheres (59,2%), estado civil casado (68,3%), não dependentes (45,8%) e com grau de escolaridade fundamental (75%).

Quanto aos dados relacionados ao DM tipo 2, os principais resultados apontaram que: em sua maioria, os pacientes possuíam o diagnóstico de diabetes há mais de dez anos (43,3%),

faziam uso regularmente de medicação (95,8%), não utilizava insulina (80%), faziam dieta (85,8%) e apresentavam bom controle glicêmico (53,3%).

Destacando um dos resultados obtidos que refere-se a associação entre escolaridade e domínio psicológico, foi possível analisar que quanto melhor o nível de escolaridade, melhor a qualidade de vida, considerando o domínio psicológico, os autores desta pesquisa Junior, Heleno e Lopes (2013), puderam supor que ter a escolaridade até o ensino médio poderia repercutir positivamente na compreensão das informações recebidas pela equipe, elevando a autoestima e sentimentos positivos diante do tratamento e contribuindo para postergar ou evitar o aparecimento das complicações crônicas (JUNIOR, HELENO e LOPES, 2013).

Eles avaliam ainda que aproximadamente 50% deles não apresentaram bom controle glicêmico, levando a reflexão sobre o papel da equipe no atendimento a pessoa que vive com DM tipo 2, pois estes pacientes eram atendidos somente pela equipe médica do ambulatório, entendendo que a presença de profissionais da área de nutrição, enfermagem, psicologia, educação e educação física poderia melhorar consideravelmente a qualidade do controle glicêmico e principalmente da qualidade de vida desses pacientes (JUNIOR, HELENO e LOPES, 2013).

Mas é importante ressaltar, que esta pesquisa teve dados opostos às citadas anteriormente, considerando a possibilidade deste resultado se dar ao fato desta pesquisa ter ocorrido com pessoas que vivem com DM tipo 2 atendidas por um convênio médico com rede própria, este é um dado importante a destacar.

Contudo, o que ficou evidente na análise de todas essas pesquisas foi que o diabetes, ainda que possua sinais silenciosos, altera a forma com que a pessoa vivência sua rotina, trazendo consigo, adoecimentos psíquicos e conflitos emocionais, que a diagnóstico desencadeia ou potencializa. Posto isto, o acompanhamento do psicólogo nesse contexto deveria ocorrer juntamente com a equipe desde o momento da descoberta da DM.

Foi mencionado aqui, os principais aspectos que influenciam negativamente na QV da pessoa que vive com DM tipo 2, então cabe a equipe multiprofissional, continuar desempenhando pesquisas para ampliar as formas de cuidado, mas mais do que isso, o trabalho humanizado e interdisciplinar para conter ou diminuir as dificuldades que o paciente muitas vezes não fala, mas enquanto equipe sabemos que ocorre.

A escuta qualificada, deve ser uma atribuição de todos da equipe de saúde, não somente do profissional da psicologia, então, todos devem estar atentos em tudo o que o paciente traz como queixa e mais ainda ao seu não - verbal.

A escuta qualificada, estabelece relações de diálogo, vínculo, acolhimento, favorecendo espaço para a subjetividade como aspecto importante e fundamental do ser humano, proporcionando a compreensão do sofrimento psíquico a partir da pessoa, valorizando suas experiências e atento às suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano.

E ao avaliar que estas questões psicológicas estão latentes e influenciando negativamente na adesão ao tratamento e na QV do paciente, o encaminhamento ao psicólogo deve ser imediato, para que todas as tratativas sejam realizadas e agravos maiores ocorram.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema está relacionada com a minha prática como psicóloga do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, nas unidades de clínicas de internação, no Ambulatório de Geriatria e no Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PROADI), do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), desde março de 2020 até fevereiro de 2022.

Tendo isso em vista, o interesse em aprofundar sobre o tema se tornou cada vez maior, na medida em que as vivências dos atendimentos psicológicos, mostraram-me as consequências do diabetes no corpo, mas principalmente no psicológico dos pacientes, no qual muitos acompanhei o processo pré e pós-operatório de amputação em decorrência deste diagnóstico.

Observei que mesmo depois de anos com esse diagnóstico, os pacientes com diabetes não possuíam conhecimento sobre o mesmo, não por falta de acesso as informações, mas sim, por medo ou por questões para além do diagnóstico, que interferiam no próprio cuidado com a saúde e no tratamento.

E para além desta vivência, é importante destacar a importância da ampliação de pesquisas que discutam sobre a qualidade de vida em saúde e quais os impactos de hábitos não saudáveis, como apontado na pesquisa realizada em 2023, em que mostrou uma baixa prevalência de atividade física no tempo livre e elevada prevalência de tempo sedentário na população brasileira adulta (OLIVEIRA, *et al.*, 2023), sendo esta, aliada a alimentação não saudável, um dos grandes responsáveis por desencadear doenças crônicas como DM2, e o papel da equipe de saúde, no direcionamento de outros profissionais visando a educação em saúde tanto para estes, quanto para a população em geral, pode romper ciclos e mudar estatísticas.

Lembrando que no Brasil, o DM concentra um índice considerável, com prevalência autorreferida de 6,5%, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS, 2019). Podendo considerar este, um problema de saúde pública, apresentando como algumas de suas principais complicações a neuropatia, retinopatia, cegueira, pé diabético, amputações, nefropatia e no campo psicossocial, a depressão.

E analisando dados mais atuais como o do Internacional Diabetes Federation (IDF) (2021), no Brasil a prevalência do DM chega a cerca de 15,8 milhões de pessoas, e este número só tende a aumentar. Bem como o aumento de complicações do DM, com a necessidade de

amputação, que segundo a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), mais de 282 mil cirurgias de amputação de membros inferiores (pernas ou pés) foram realizadas no SUS entre janeiro de 2012 e maio de 2023, sendo metade deste número, em decorrência do DM. E na região norte, através do levantamento realizado pela SBACV, o acúmulo de procedimentos realizados de 2012 até maio de 2023, aponta o número de 15. 848 amputações realizadas pelo SUS (SBACV, 2023).

Números estes alarmantes, que sinalizam a necessária intensificação de estudos na área, para embasamento de novas e maiores medidas de cuidado para este diagnóstico, tendo em vista que, de acordo com Muzy *et al.*, (2021) sabe-se, que como qualquer outro diagnóstico adquirido, a DM2 é uma doença que poderia e pode ser evitada e controlada a partir de um conjunto de ações oportunas e efetivas de profissionais do âmbito da atenção primária para o controle da doença e nos cuidados longitudinais, fazendo um adendo que, é menos custoso financeiramente também.

Durante a realização de busca de outros estudos sobre QV e DM, foi possível observar que há uma falta de discussões ativas da equipe multiprofissional ou do psicólogo como atuante nessa equipe, como veremos adiante, o eixo relações sociais e psicológico, foram os que mais destacaram-se nesta e nos resultados de outras pesquisas também.

Diante do exposto, compreende-se a necessidade de uma maior oferta de serviços de saúde adequados para atender à crescente demanda de pacientes que vivem com DM2, buscando assim, evitar maiores complicações, como a amputação de membros, e como consequência hospitalizações prolongadas, possibilidade de óbitos e elevados gastos do sistema de saúde.

Com isso, espero que a presente pesquisa possa ser mais uma fonte de conhecimento acerca da temática Diabetes Mellitus tipo 2 em interface com áreas como a psicologia, a medicina, a nutrição, a fisioterapia, a terapia ocupacional, o serviço social, contribuindo para comunidade acadêmico-científica, a esfera profissional da saúde e para as pessoas que possuem interesse na temática.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Esta pesquisa tem como objetivo apresentar a possível associação entre a qualidade de vida (QV) e o Diabetes Melitus tipo 2 (DM2) e as evidências quanto aos impactos de fatores como a atuação da equipe multiprofissional e suas intervenções junto a estes pacientes, associada a outras variáveis.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar os impactos da DM2 na vida dos pacientes e como isto influencia na sua qualidade de vida;
- b) Analisar quais aspectos foram mais relevantes da relação entre a qualidade de vida dos pacientes com DM2.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa ocorreu em Belém do Pará, e alguns dos participantes fazem parte dos outros estados mencionados, que fazem parte da Amazônia Legal, que de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), é uma área que corresponde a 59% do território brasileiro e engloba a totalidade de oito estados – Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins – e parte do estado do Maranhão. Além disso, segundo o Ipea, nela residem 56% da população indígena brasileira. Ainda de acordo com o Ipea, o conceito de Amazônia Legal foi instituído em 1953 e os limites territoriais surgiram a partir da necessidade de planejar o desenvolvimento econômico da região.

4.1 Tipo de estudo e população estudada

Trata-se de uma pesquisa transversal, que segundo Bordalo (2006) possui como objetivo estudar casos antigos e novos de um determinado diagnóstico e num determinado local e tempo; é estática e, essencialmente, transversal. Ou seja, este é um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado (ROUQUAYROL, 1995).

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, o *Problem Areas in Diabetes* (PAID) (56), que é um questionário de 20 itens, focado nos aspectos emocionais negativos de o paciente viver com DM. Cada item pode ser pontuado de 1 (que significa "nenhum problema") até 6 (correspondendo a "problema sério").

O escore é transformado em uma escala que varia de 0 até 100; pontuação elevada indica maior prejuízo. Já existe versão traduzida para o português e validada para uso no Brasil com a sigla "B-PAID" (GROSS *et al.*, 2007) - (Anexo A). Este trata-se de um instrumento específico, que avalia como aquela determinada população está se adaptando ao diagnóstico de DM e a necessidade de alterações, por vezes intensas, em sua rotina, o que foi esperado possuir pontos negativos que precisarão ser trabalhados e melhorados, o que é o foco do B-PAID, e com isto, poder trazer como reflexão o que também pode ser melhorado na atuação da equipe para atender estas necessidades.

O segundo instrumento utilizado, foi o *WHO Quality of Life* (WHOQOL – Brief), em uma versão reduzida, que contém 26 questões, divididas em quatro eixos: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É um questionário de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, utilizado principalmente com pacientes que possuem alguma

doença crônica, neste caso os pacientes com DM2, e que apresenta segundo Fleck e Cols (2000) consistência interna considerada satisfatória, *Alpha* 0,91- (Anexo B). Este trata-se de um instrumento genérico, e como mencionado anteriormente, não especifica o diagnóstico, contudo, foi escolhido por poder ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde, ampliando assim, a possibilidade de investigação da equipe e estudos sobre aquele paciente ou determinada demanda.

Esta pesquisa teve como objetivo abordar em um único atendimento, 30 pessoas que vivem com Diabetes Mellitus tipo 2, realizando amostragem aleatória simples e probabilística, tendo como público alvo, indivíduos diagnosticados com DM2, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que realizam acompanhamento no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário João de Barros Barreto e que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária e anônima.

Ao decorrer da organização das informações, foram utilizadas planilhas no Excel, uma delas com os dados socioepidemiológicos, contendo as seguintes colunas: gênero, faixa etária, raça/etnia, município, equipe e complicações da DM2 (APÊNDICE B), tais dados foram coletados através do sistema AGHU utilizados pelos Hospitais Universitários Federais da Ebserh.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário João de Barros Barreto (Rua dos Mundurucus, nº 4487, Guamá. CEP 66073000, Belém – PA), com os pacientes que realizam acompanhamento no ambulatório de Diabetes, sendo este o público alvo desta pesquisa.

4.3 Critérios de inclusão

Ter idade igual ou superior a 18 anos, ser paciente do Hospital Universitário João de Barros Barreto e estar sendo acompanhando pelo ambulatório de DM, estar em condições psicológicas que possibilitem responder de forma autônoma e consciente aos instrumentos aplicados, aceitar participar do estudo tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), apresentado pela pesquisadora.

4.4 Critérios de exclusão

Pacientes idosos com dificuldades de locomoção ou debilitados no dia da aplicação dos testes, pacientes que tenham diagnóstico fechado de algum transtorno psíquico grave, paciente

que se recuse a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), apresentado pela pesquisadora.

4.5 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme as resoluções nº 466/2012 (BRASIL, 2017) e nº 510/2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde que considera a Declaração de Helsinki para estudos envolvendo seres humanos, como o CAEE.

4.6 Riscos e benefícios

Houveram riscos em que o participante se sentiu fragilizado (a) por estar possuindo conhecimento de complicações graves e que não está imune a elas, assuntos que lhe emocionaram, ou lhe trouxeram mais dúvidas ainda e toda a equipe multiprofissional esteve disponível a esclarecê-las, possuindo na equipe um(a) psicóloga que estará prestando pronto atendimento psicológico caso haja necessidade. A finalidade deste trabalho foi de contribuir para um maior conhecimento dos pacientes, acerca da DM e suas possíveis complicações, com isso, os pacientes possam se sentir mais acolhidos e cuidados nos serviços de saúde em suas necessidades.

4.7 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

Esta pesquisa poderia ser suspensa ou encerrada, caso ocorresse alguma dificuldade pertinente à administração da instituição hospitalar que provocasse a inviabilização da pesquisa, ou caso ocorresse a saída dos participantes da pesquisa, por quaisquer motivos, sem que isso causasse prejuízos ao seu vínculo com a instituição.

5 RESULTADOS

Foram incluídos na Tabela 1 os 30 pacientes que vivem com Diabetes Mellitus tipo 2 avaliados através da aplicação dos instrumentos de pesquisa B-PAID e WHOQOL – Brief, nos quais, as características desta amostra encontram-se descritas na referida Tabela. A análise ocorreu através do teste estatístico Qui-Quadrado de Aderência de proporções esperadas iguais, com nível de confiança de 95%.

Com base na análise da Tabela 1, verifica-se que a amostra foi constituída de 20 mulheres (66,7%) e 10 homens (33,3%). Em termos de gênero, o valor $p = 0,1003$ indicando que não há diferença significativa entre homens e mulheres. Na questão faixa etária, o valor $p = 0,045$ o que demonstra que há diferença significativa, sendo a faixa de 50 a 69 anos (53,3%) a mais afetada pela DM2.

No quesito raça/etnia, o valor $p < 0,0001$, indicando diferença significativa nos dados, sendo a cor parda (90,0%) a mais prevalente na amostra. Considerando os municípios, a RI Guajará, mais especificamente a cidade de Belém (60,0%), é a que mais se destaca nos casos de DM2, pois o valor $p = 0,0002$ é significativo. Ressalta-se que a RI Rio Caeté apresenta quatro municípios com casos de DM2, o que certamente merece atenção do poder público (ver Tabela 1).

A Tabela 1 também indica que em termos da equipe de acompanhamento dos casos de DM2, as que mais prevalecem são as de profissionais médicos (endocrinologista), 34,5%, e de enfermagem (33,4%), pois o valor $p < 0,0001$ foi muito significativo.

Já em termos das complicações, o valor $p = 0,0248$ foi significativo. Dentre as principais complicações geradas pela DM2, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 31,6%, e a dislipidemia (29,8%) foram as que mais se destacaram na amostra.

Tabela 1 – Características dos 30 pacientes avaliados que vivem com DM2.

	Varáveis	N	%	valor p
Gênero	Feminino	20	66,7%	0,1003
	Masculino	10	33,3%	
Faixa etária	30-49 anos	9	30,0%	0,045
	50-69 anos	16	53,3%	
	> 70 anos	5	16,7%	
Raça/etnia	Parda	27	90,0%	< 0,0001
	Branca	3	10,0%	
Município	RI Guajará	18	60,0%	0,0002
	RI Rio Caeté	4	13,3%	
	Outros estados	3	10,0%	
	Outras	5	16,7%	
Equipe	Endocrinologia	30	34,5%	< 0,0001
	Enfermagem	29	33,4%	
	Nutrição	15	17,2%	
	Psicologia	8	9,2%	
	Fisioterapia	5	5,7%	
Complicações da DM2	HAS	18	31,6%	0,0248
	Dislipidemia	17	29,8%	
	Hipotireoidismo	8	14,0%	
	Nefropatia diabética	8	14,0%	
	Obesidade	6	10,6%	

Fonte: Autores, 2024.

A análise do instrumento B-PAID ocorreu através de estatística multivariada, mais especificamente, por meio da ferramenta de Análise de Agrupamento Hierárquico, conforme indica o dendrograma descrito na Figura 1. Os resultados descrevem a estatística para 20 perguntas e buscam encontrar as similaridades nas respostas dos informantes. Nesse sentido, foi possível observar que há maior similaridade no número de respostas obtidas, dentre elas “Não é um problema sério” (208) e “É um problema sério” (184), em determinadas perguntas.

Em relação à resposta, “Não é um problema sério”, temos as seguintes perguntas:

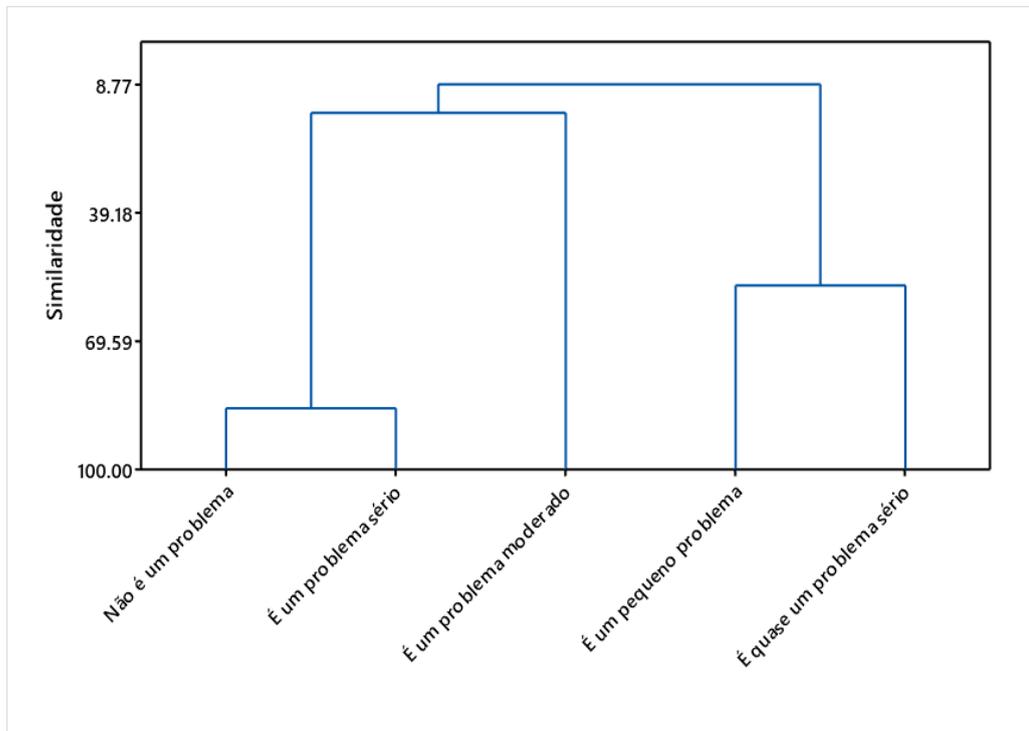
- P2: Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do diabetes;
- P15: Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu diabetes;
- P20: Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes.

Já em relação à resposta, “É um problema sério”, temos as seguintes perguntas:

- P1: A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes;
- P12: Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações;
- P19: Lidar com as complicações do diabetes.

Outra similaridade, que formou um grupo, ocorreu nas respostas “É um pequeno problema” (68) e “É quase um problema sério” (52). Além disso, de forma isolada, ficou a resposta “É um problema moderado” (88).

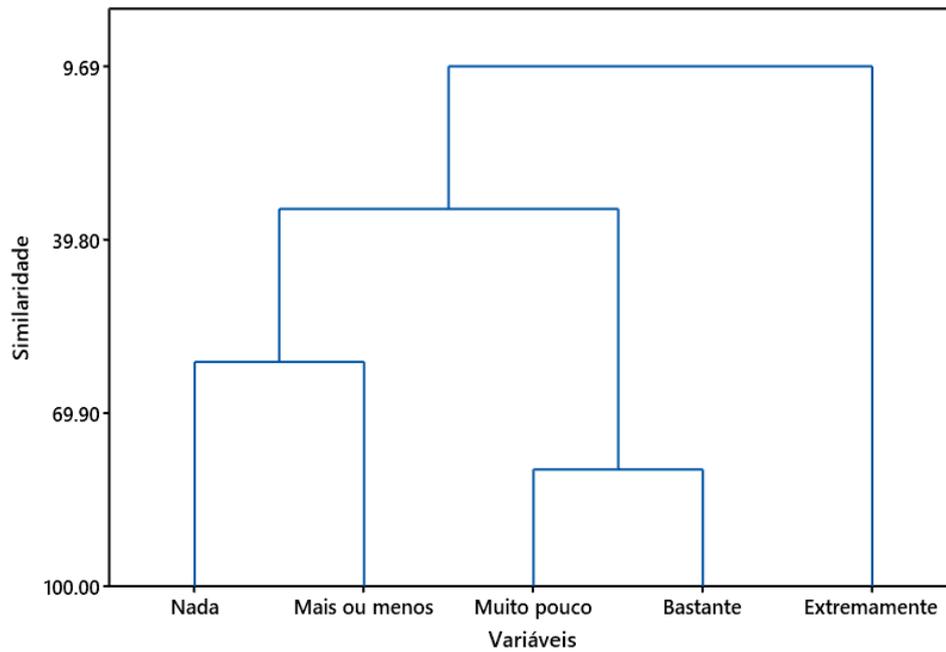
Figura 1 – Dendrograma da Escala B-PAID.



Fonte: Autores, 2024.

A análise do instrumento WHOQOL-Brief foi dividida em três partes em função do seguimento de respostas diferentes em cada bloco de perguntas, em todos eles a análise ocorreu através da estatística multivariada (Análise de Agrupamento Hierárquico). A Figura 2 apresenta os resultados das respostas relativas às perguntas de 3 a 9. Assim, é possível observar através do dendrograma que o agrupamento de respostas com maior similaridade é formado pelas respostas “Muito pouco” e “Bastante” e na sequência as respostas “Nada” e “Mais ou menos”.

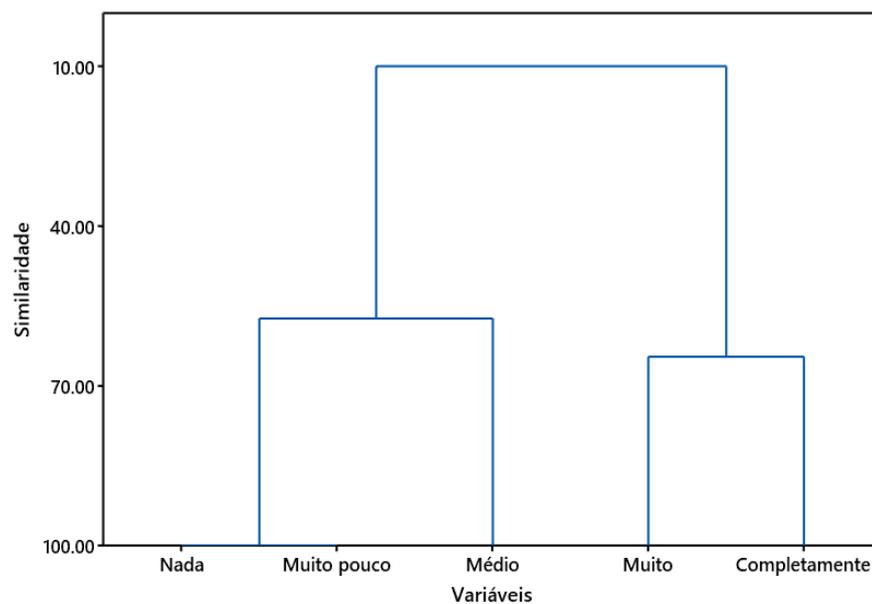
Figura 2 – Dendrograma da Escala WHOQOL-Brief.



Fonte: Autores, 2024.

O dendrograma disposto na Figura 3 corresponde às respostas das perguntas de 10 a 13. Neste caso, foi possível observar que o agrupamento de respostas com maior similaridade corresponde às respostas “Nada” e “Muito pouco”. Na sequência, temos o agrupamento formado pelas respostas “Muito” e “Completamente”.

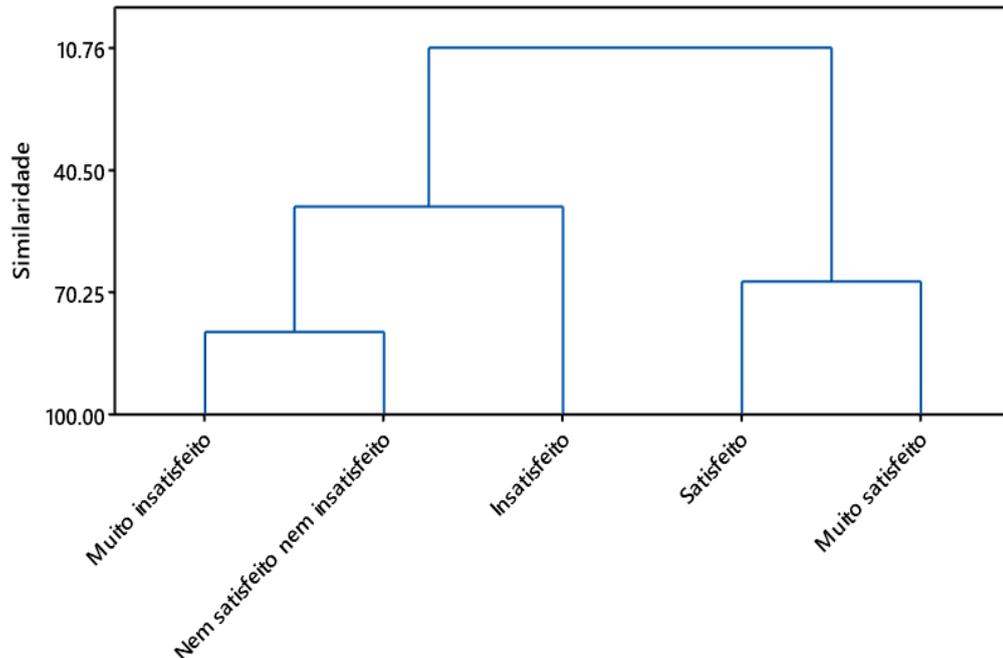
Figura 3 – Dendrograma da Escala WHOQOL-Brief.



Fonte: Autores, 2024.

A Figura 4 apresenta o dendrograma do instrumento WHOQOL-Brief referente às respostas para as perguntas de 16 a 25. Neste caso, foi possível observar que o agrupamento de respostas com maior similaridade corresponde às respostas “Muito insatisfeito” e o “Nem satisfeito, nem satisfeito”. Com menor similaridade foi formado um grupo das respostas “Satisfeito” e “Muito satisfeito”.

Figura 4 – Dendrograma da Escala WHOQOL-Brief.



Fonte: Autores, 2024.

Durante o decorrer da pesquisa, observamos que havia a necessidade de dividir dois grupos de participantes para uma análise mais detalhada. Os grupos foram titulados em “Participantes acompanhados por até dois profissionais” e “Participantes acompanhados a partir de três profissionais”. Na Tabela 2, foram avaliados os dois grupos através da aplicação do instrumento de pesquisa B-PAID por meio do teste Qui-Quadrado, com nível de confiança de 95%. O valor $p = 0,02$, indicando que há diferença significativa entre esses grupos, e que o grupo “Participantes acompanhados a partir de três profissionais (B-PAID-3+)” possui a possibilidade de mais sucesso em seu tratamento e de maior qualidade de vida.

Tabela 2 – Avaliação de dois grupos através da aplicação do instrumento de pesquisa B-PAID.

Respostas	B-PAID-2	B-PAID-3+
Não é um problema	51	157
É um pequeno problema	14	54
É um problema moderado	28	66
É quase um problema sério	20	32
É um problema sério	68	117

Fonte: Autores, 2024.

Na Tabela 3, foram avaliados os dois grupos através da aplicação do instrumento de pesquisa WHOQOL-Brief por meio da correlação linear de Pearson, com nível de confiança de 95%. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk, com valor $p > 0,05$, indicando que os dados estão normalizados. A correlação de Pearson indicou um valor = 0,009 e um coeficiente de correlação $r = 0,96$. Estes resultados indicam que há diferença significativa entre esses grupos, e que o grupo “Participantes acompanhados a partir de três profissionais (WHOQOL-Brief-3+)” possui a possibilidade de mais sucesso em seu tratamento e de maior qualidade de vida.

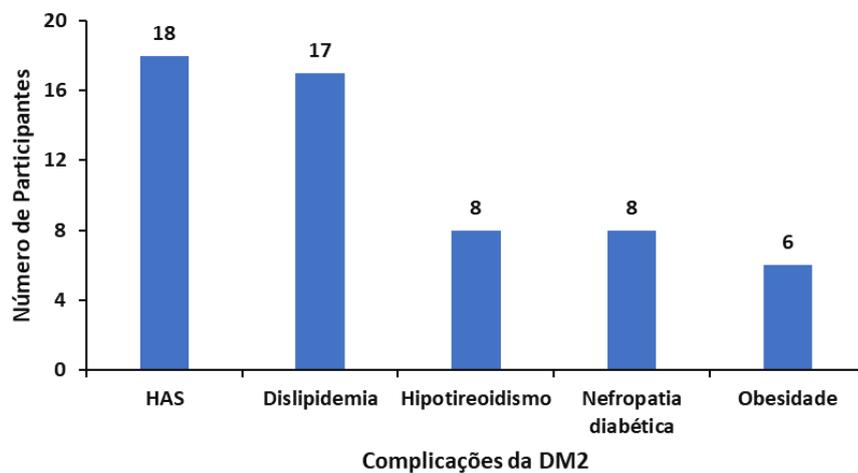
Tabela 3 – Avaliação de dois grupos através da aplicação do instrumento de pesquisa WHOQOL-Brief.

Respostas	WHOQOL-Brief-2	WHOQOL-Brief-3+
Muito insatisfeito	15	36
Insatisfeito	34	53
Nem satisfeito nem insatisfeito	72	154
Satisfeito	64	164
Muito satisfeito	43	105

Fonte: Autores, 2024.

A Figura 5 apresenta o gráfico das complicações dos pacientes avaliados que vivem com DM2. Aplicou-se o teste estatístico Qui-Quadrado de Aderência de proporções esperadas iguais, com nível de confiança de 95%, onde se verificou um valor $p = 0,0248$, indicando assim que há diferença significativa nas complicações dos pacientes, prevalecendo principalmente a HAS e a Dislipidemia em detrimento do Hipotireoidismo, Nefropatia diabética e Obesidade. Ressalta-se que foram citadas também pelos informantes a ocorrência de outras complicações, mas em número bem menores comparadas às descritas na Figura 5.

Figura 5– Gráfico das complicações dos pacientes avaliados que vivem com DM2.



Fonte: Autores, 2024.

6 DISCUSSÃO

Sabe-se segundo Coelho e Massanet (2020), que a DM2 afeta diferentemente homens e mulheres, na prevalência, incidência, complicações, controle e na mortalidade. As mulheres apresentam pior qualidade de vida quando comparadas aos homens na presença do diabetes. Os fatores sociais associados à discriminação de gênero explicariam, em parte, os piores resultados em saúde verificados nas mulheres (COELHO; MASSANET, 2020).

Na estatística desta pesquisa o valor p não foi significativo entre os gêneros, apesar da porcentagem de mulheres avaliadas ser maior (66,7%), corroborando com o que foi mencionado pelos autores. A porcentagem majoritária da participação das mulheres nesta pesquisa pode ser explicada, pela mesma associação realizada na pesquisa das autoras Santos, Beça, Mota (2015), ao afirmarem que este efeito ocorre pela maior procura da mulher nas consultas médicas e aos cuidados à saúde, quando comparamos com a procura realizada pelos homens.

A faixa etária de pessoas vivendo com DM2 que possuem entre 50 a 69 anos, avaliadas nesta pesquisa, mostra o que outros estudos já haviam apontado.

Francisco *et al.*, (2022) informam que uma a cada cinco pessoas com idade entre 65 e 69 anos, vivem com diabetes (cerca de 136 milhões), e este número só tende a aumentar, porque projeta-se que o número de indivíduos com mais de 65 anos que vivem com diabetes chegará a 195,2 milhões em 2030 e 276,2 milhões em 2045, representando 90% a 95% dos casos, acometendo, majoritariamente, adultos e idosos.

As possíveis causas para essa crescente estão associadas à interação de fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais, genéticos e comportamentais, estilos de vida pouco saudáveis (dietas não saudáveis e sedentarismo, que levam à obesidade) e à progressiva urbanização.

Com relação à etnia/raça, a maioria dos participantes avaliados se autodeclararam pardos (90%). Na literatura há estudos que comprovam que as diferenças étnicas que afetam a medida da HbA1c devem ser consideradas, pois os indivíduos afrodescendentes podem ter HbA1c mais elevada do que o esperado para o perfil glicêmico, com testes falso-positivos para diagnóstico de DM.

De acordo com o IBGE (2022), o Pará é o segundo maior estado do país em extensão territorial e as diferenças regionais entre os 144 municípios paraenses precisam ser respeitadas durante o planejamento de ações, e para facilitar a administração e garantir o desenvolvimento

de políticas públicas adequadas para cada área, o estado é dividido em 12 Regiões de Integração (RI). Nesta pesquisa, foi possível observar que os participantes residem em sua grande maioria na RI Guajará (60,0%), sendo Belém a principal residência destes.

Contudo, a RI Rio Caeté (13,3%), que abrange Bragança, Salinópolis, Capitão Poço, Primavera, dentre outros, também mostra uma parcela significativa de participantes que são atendidos pelo ambulatório de endocrinologia do HUIBB, sendo necessário percorrer longas distâncias para possuir o acompanhamento do diagnóstico de DM2.

Este também pode ser um motivo para a descontinuidade do cuidado à saúde, tendo em vista que esse deslocamento pode ser ainda mais desgastante, em casos em que o paciente esteja debilitado, o que foi possível observar durante a coleta de dados, pois este foi um critério que excluiu alguns participantes. Sendo também um dado importante quando se pensa na área ideal para o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas adequadas que atinjam essa parcela da população, que precisa se deslocar por horas para obter acesso à saúde especializada.

Em 2002 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa HiperDia, um sistema de informação em saúde com o objetivo de gerar informações para dispensação e distribuição de medicamentos aos pacientes diabéticos e hipertensos, e assim constituir-se em um instrumento para acompanhamento desses pacientes (VELOSO *et al.*, 2020).

A equipe multiprofissional nesse âmbito possui uma base mais sólida para oferecer suporte a estes pacientes, especialmente os profissionais da enfermagem, que normalmente mantêm uma relação mais próxima aos pacientes diabéticos, corroborando com os dados avaliados nesta pesquisa.

Nesse sentido, foi possível observar que 33,4% dos participantes possuem acompanhamento com o profissional da enfermagem, e em primeiro lugar com o médico endocrinologista 34,5%.

Os demais profissionais da equipe aparecem com uma pequena parcela de atuação contínua com os participantes, fator este que chama atenção, pois através do levantamento de complicações adquiridas após o diagnóstico de DM2, como transtornos psíquicos, obesidade, dentre outros, é imprescindível a atuação de outros profissionais que possam intervir especificamente e assim diminuir a possibilidade de que outras complicações possam ser geradas e também diminuir a sobrecarga que acaba acometendo os dois profissionais mencionados.

Observa-se no decorrer da pesquisa, a necessidade de dividir dois grupos de participantes para uma análise mais detalhada. Foram divididos dois grupos e titulados em “Participantes acompanhados por até dois profissionais” e “Participantes acompanhados a partir de três profissionais”.

Através das respostas dos 30 pacientes que vivem com Diabetes Mellitus tipo 2 avaliados por meio da aplicação dos instrumentos de pesquisa B-PAID e WHOQOL – Brief, obtivemos o resultado esperado da análise de ambos os testes, no qual o valor de p , foi significativo (0,002 e 0,009) respectivamente, indicando que o grupo que é acompanhado por mais profissionais possuem maior qualidade de vida.

A proposta de trabalho em equipe vem sendo discutida e implementada desde os anos 1950 (PEDUZZI, 2009) e recebeu nos anos 2000 novo destaque por parte da OMS e outros organismos nacionais e globais, culminando com a publicação de um marco de referência para prática e educação interprofissional em 2010 (OMS, 2010).

Para melhor compreensão, de maneira geral, podemos denominar através dos prefixos multi, inter e trans, nesta sequência, um grau crescente de interação, integração e coordenação das disciplinas ou profissões segundo o termo utilizado a seguir, disciplinar ou profissional, que fazem referência, respectivamente, ao âmbito das áreas de conhecimento ou disciplinas e das práticas profissionais (FURTADO, 2007; PEDUZZI *et al.*, 2013), nesta pesquisa se trabalha somente com o termo multiprofissional.

Segundo Peduzzi *et al.*, (2020) o trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, como da mudança do perfil epidemiológico com crescimento das doenças e condições crônicas, e tanto das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede.

Sendo assim, é preciso que a atuação multiprofissional seja organizada e implementada de forma colaborativa, de modo que não haja sobreposição e/ou hiatos assistenciais. A expectativa é que as ações desenvolvidas sejam efetivas e colaborem para a segurança e satisfação dos pacientes (PEDUZZI *et al.*, 2020; MACHADO *et al.*, 2021).

Carnut (2017) complementa afirmando que o cuidado em saúde, ainda que por vezes, esteja relacionado como função essencial de uma categoria profissional específica, é um aspecto

central em todas as dimensões do trabalho de quaisquer profissionais de saúde, pois nele está correlacionada uma relação clínica na qual o outro - usuário ou profissional - é um ator essencial no campo dos elementos subjetivos que envolvem o processo saúde-doença.

De acordo com Fernandes e Faria (2021), em todas os âmbitos do cuidado a saúde do paciente, o trabalho em equipe proporciona melhorias diretas e indiretas a todos os envolvidos no processo, como por exemplo seus familiares e/ou cuidadores, como diminuição do número de internações e do tempo delas, melhora do tempo de recuperação e adesão ao tratamento, prevenção de agravos das complicações em decorrência ao diagnóstico de DM2 por exemplo. Os autores mencionam ainda, a respeito dos estudos que analisaram, no qual havia uma equipe multidisciplinar e um grupo controle.

A equipe multidisciplinar melhorava a adesão ao tratamento e diminuía o tempo de realização de exames, possibilitando maior chance de cura. A discussão dos casos entre os membros da equipe impactava positivamente no planejamento e na implementação da terapia, na tomada de decisões clínicas e nos encaminhamentos para especialidades. Nos cuidados paliativos houve melhora do controle da dor e maior aderência às medicações orais (FERNANDES; FARIA, 2021).

Em relação às complicações da DM2 que obtiveram um percentual maior, como a HAS, no qual pode-se observar através da Figura 5.

Nota-se, segundo Moraes, Souza e Miranda (2013) que esta associação é frequente, o que sinaliza um importante problema de saúde pública, porque quando presentes no mesmo indivíduo, estes diagnósticos aumentam ainda mais o risco de morbidade e mortalidade cardiovascular, diante as características que possuem como: elevado risco cardiovascular e aumento progressivo de prevalência com a idade. Esses resultados são de grande relevância, já que os pacientes avaliados possuem a maioria entre 50 e 69 anos e relação direta com hábitos de vida inadequados.

Segundo a SBD (2023), a relação entre o risco cardiovascular e pessoas com DM são consideradas de alto risco, mesmo na fase de pré-hipertensão, independentemente da presença de fatores de risco, lesões de órgão-alvo, doença renal do diabetes, estágio 3 (PAS: ≥ 180 e PAD: ≥ 110) ou doença cardiovascular (RODAKI, *et al.*, 2024).

Já essa relação entre a DM2 e a dislipidemia, Barbosa, Gomes e Palma (2017) afirmam que pode estar associada à síndrome metabólica, o que pode causar um impacto extremamente

negativo sobre a qualidade de vida, o que pode ampliar o risco cardiovascular (ALMEIDA *et al.*, 2007). Sabe-se também que a interação da hiperglicemia com dislipidemias e outras patologias determinam o curso clínico para retinopatia, neuropatia e nefropatia (microvasculares) e cardiopatias (BRASIL, 2014).

Segundo Izar *et al.*, (2023) é de conhecimento de muitos, que o DM2 se associa ao aumento de morbimortalidade cardiovascular. Pacientes com diabetes tipo 2 têm a incidência de doença cardiovascular e de acidente vascular isquêmico aumentada em duas vezes a quatro vezes, e a mortalidade aumentada em 1,5 vez a 3,6 vezes. É estimado que pacientes com diabetes tenham expectativa de vida reduzida em quatro anos a oito anos, em comparação com indivíduos sem diabetes (IZAR *et al.*, 2023).

A obesidade foi uma das complicações expostas na Figura 5, e ainda que em comparação com as demais apareça em menor quantidade (10,6%). Ressalta-se a importância de citá-la pois 82,8% destes participantes não realizam acompanhamento com o nutricionista, que seria o profissional primordial para a mudança deste quadro e da diminuição de agravos. As demais complicações por serem específicas do estilo de vida de cada participante ou relacionadas a outras comorbidades já existentes não foram inseridas na Figura 5.

Já foi possível observar que temos um perfil da amostra dos pacientes acompanhados pelo ambulatório de endócrino do HUIBB. Ao revisar as perguntas e respostas colhidas nesta pesquisa chama atenção o que para estas pessoas tem sido algo que esteja impactando sua qualidade de vida. Vejamos novamente as perguntas que obtiveram um maior número de resposta negativa através da escala B-PAID:

- P1: A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes
- P12: Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações
- P19: Lidar com as complicações do diabetes

Ao analisar a pergunta 1, podemos refletir sobre como a comunicação acerca do tratamento destes pacientes está ocorrendo, pois em outras pesquisas, já mencionadas ao decorrer deste estudo, como a realizada por Santos; Beça; Mota em 2015, a variável escolaridade foi um determinante para que esta comunicação não estivesse sendo efetiva.

Esta pergunta não foi realizada durante a aplicação dos testes e neste caso contribuiria para melhor compreensão, pois esta falta de metas claras está ocorrendo diante uma

comunicação com ruídos ou pela dificuldade emocional em lidar com os cuidados necessários a esse diagnóstico?

É interessante observar através do conteúdo das perguntas 18 e 19, que somente 8 dos 30 participantes realizam acompanhamento com o psicólogo.

É fato que nem todas as pessoas que vivem com DM2 terão demandas para acompanhamento psicológico, contudo, neste cenário que estamos trabalhando, há uma variável que está impactando de forma negativa a qualidade de vida da maioria dos pacientes, algo que também aparece na pesquisa realizada por Diaz *et al.*, (2012), que destacam que os aspectos emocionais tiveram grandes sinalizações de repercussão significativa na vida da maioria dos participantes e em sua QV.

E a partir deste contexto, devemos refletir também, que o acompanhamento ideal com o psicólogo seria semanalmente ou quinzenalmente, contudo, o local em que este paciente reside pode impossibilitar visitas mais frequentes ao ambulatório de endócrino do HUIBB, caso não haja a possibilidade deste, ocorrer com um psicólogo mais próximo do local que reside. Abrindo espaço para outras reflexões, como fator econômico por exemplo.

Ao analisarmos as respostas das perguntas da Escala WHOQOL-Brief, foi possível compreender que dentre os blocos as respostas consideradas com valor mais baixo ou mais negativas, diante ao que era perguntado foram a maioria, diante disto, destacamos as perguntas que tiveram maior número de respostas de cada bloco, e observamos que elas estão interligadas, vejamos:

- P3: Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
- P11: Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
- P25: Quanto satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?

Isso nos remete novamente as pesquisas realizadas por Diaz *et al.*, (2012) e Chibante *et al.* (2014), no qual ambos obtiveram como resultados o aspecto físico, destacando os fatores como dor, fadiga, em que a maioria dos participantes relatou cansaço, ou seja, a percepção a respeito da sua disposição em realizar suas atividades do cotidiano, que antes desempenhava com facilidade, como caminhar e carregar sacolas de supermercado (CHIBANTE *et al.*, 2014).

Atrelado a isso, podemos refletir o quão difícil deve ser para esses pacientes o seu deslocamento por meio do seu transporte, ainda mais se este, for público e se este paciente residir em uma área distante do HUIBB.

Somamos essa situação a dificuldade econômica que pode permear a vida destes pacientes, segundo Malta *et al.*, (2017), estudos apontam que as DCNTs, como o DM 2, afetam ainda mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e por vezes terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças.

A OMS avalia ainda, que as pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada, pelos maiores gastos familiares com a doença pela procura de serviços, etc (MALTA, *et al.*, 2017), é importante relatar que não foi realizado nesta pesquisa, um levantamento da renda/ classe econômica dos participantes.

Refletindo sobre todo o contexto deste cenário, podemos imaginar que todas essas especificidades de cada variável, vão impactar diretamente no emocional/psicológico destas pessoas que vivem com DM2, uma vez que, pessoas ativas, habituadas a realizarem suas atividades do cotidiano, acessarem transporte público, dentre outras tarefas, no momento que se sentem menos dispostas, com o fator dor permeando a sua rotina, a possibilidade do desencadeamento da depressão, ansiedade, dentre outros adoecimentos psíquicos, será ainda maior, o que conseqüentemente influenciará na sua QV.

Relembrando o perfil encontrado através deste estudo, que eram de pessoas de ambos os gêneros, com idade entre 50-69 anos, pardas, que residiam em Belém, possuíam o acompanhamento maior do médico endocrinologista e da enfermeira e possuíam como complicações HAS, dislipidemia, hipotireoidismo, nefropatia diabética e obesidade, e como fator de risco a qualidade de vida, variáveis do âmbito econômico, a dor física como impedimento de realizar suas atividades rotineiras, a sensação de não haver metas claras para o seu tratamento, e não saber lidar com as complicações em decorrência ao DM2 e a um futuro de possível agravamento destas, encontrados através do levantamento sociodemográfico destes pacientes e dos dois testes aplicados.

Compreendemos desta forma, que este grupo de pacientes apresenta maior risco de sofrimento emocional ligado ao diabetes e deve ser priorizado nas intervenções em saúde.

Ressalta-se que o bem-estar emocional é a base sobre a qual todos os aspectos do tratamento se apoiam sobre o paciente. Deste modo, identificar os problemas emocionais que afetam os pacientes poderá favorecer a escolha de intervenções adequadas e que levem a modificações de comportamento apropriadas (GROSS, 2004).

É interessante observar os resultados obtidos em outras pesquisas sobre QV, em outros estados, como na pesquisa realizada por Miranze *et al.*, (2008), para avaliar a QV de pacientes que vivem com diabetes mellitus acompanhados por uma equipe de saúde da família, no qual também foi aplicado o instrumento WHOQOL- Brief, dentre os domínios avaliados, os resultados mostraram-se mais altos entre os domínios físico e meio ambiente ($r=0,73$; $p<0,01$) e físico e psicológico ($r= 0,66$; $p<0,01$). Dos quatro domínios, o que apresentou o maior escore médio foi o de relações sociais (71,38), seguido pelo físico (56,42) e pelo psicológico (55,55). Isto demonstrou na pesquisa, que os aspectos das relações sociais foram os que contribuíram positivamente à QV dos entrevistados, que também, apresentaram como principal complicação da DM a hipertensão.

Já a pesquisa realizada por Tavares, Cortes e Dias (2011) quanto a avaliação da QV utilizando a aplicação do instrumento WHOQOL–Brief, os resultados obtidos foram maiores para o domínio relações sociais (67,15) e o menor para o físico (54,38). As autoras afirmam que o menor escore para o domínio físico tenha relação com a necessidade contínua de tratamento e acompanhamento da diabetes mellitus.

Em ambas as pesquisas o eixo relações sociais, se mostraram determinantes para um resultado positivo na QV das pessoas que vivem com diabetes, este é um dado importante para que estejamos, enquanto equipe de saúde, atentos e mais atuantes ainda no investimento deste domínio.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o foco de atenção de diversos estudos na área da saúde tem sido em torno da avaliação da qualidade de vida, realizada para analisar diagnósticos específicos, em especial das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como o Diabetes Melitus tipo 2 (DM2), objeto desta pesquisa.

Por meio da aplicação da adaptação da versão brasileira das Escalas B-PAID e WHOQOL-Brief, compreende-se que para os pacientes acompanhados pelo Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do HUIBB há uma significativa dificuldade em lidar com o diagnóstico na medida em que a percepção de futuro por vezes tenderá a ser mais dificultosa, uma vez que fadiga, dores, dentre outros aspectos físicos quando não controlados, alterem todo o contexto de vida e de qualidade de vida destas pessoas. Somado a dificuldades do contexto social, questões financeiras, transporte, moradia segura, suporte familiar e aspectos emocionais/psicológicos, que podem servir como potencializados e mantenedores do sofrimento deste processo de adoecimento.

Neste âmbito, a psicologia tem um papel fundamental na compreensão do impacto da saúde e da doença na qualidade de vida das pessoas que vivem com DM2, devendo os profissionais, em especial o psicólogo, intensificar seu suporte a tríade, equipe, paciente e família, para melhores resultados. A Nutrição foi uma área bastante presente entre os profissionais citados pelos pacientes que apresentaram melhores resultados para a qualidade de vida quando atendidos por três ou mais profissionais que atendem pacientes diabéticos nos serviços de saúde.

O cuidado da equipe multiprofissional é uma proposta de trabalho que vem sendo, cada vez mais, utilizada pela equipe de saúde para enfrentar o intenso processo de especialização e fragmentação do cuidado e que uma equipe focada em atender as necessidades integrais e buscar soluções que se complementem e sejam efetivas é uma estratégia que torna o atendimento mais qualificado e seguro. Além disso, traz como consequências, melhores resultados para o ator principal desta história, o paciente.

É importante também compartilhar alguns dos desafios que esta pesquisa proporcionou. O primeiro deles foi a realização da coleta de dados, que ocorreu somente uma vez por semana, às sextas-feiras pelo período da tarde, no qual o número de pacientes que atendiam os critérios de elegibilidade, foram reduzidos. Além disto, o calendário de feriados por diversas vezes

coincidia com o dia da coleta. Somente uma pessoa aplicava os testes, e o tempo de duração era em torno de 30 minutos, não sendo possível a realização da aplicação do instrumento com mais de 2 ou 3 pacientes.

E tão importante quanto os desafios, a relevância desta pesquisa para a sociedade e para as equipes de saúde, em especial a do Ambulatório de Endocrinologia do HUIBB, é a de contribuir ainda mais para o conhecimento acerca desse tema para que, assim, toda a equipe possa revisar o direcionamento do seu cuidado, dentro das especificidades de cada paciente, e que, como consequência disto, os pacientes possam se sentir ainda mais acolhidos e cuidados nos serviços de saúde e em suas necessidades.

Por fim, visualiza-se ainda a necessidade de mais produções na área da Psicologia e de outras áreas profissionais como a Nutrição, que trabalham com a qualidade de vida e diabetes, no debate entre as variáveis que atingem os aspectos emocionais/psicológicos e causam impactos na qualidade de vida da pessoa que vive com DM2 na Amazônia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA et al. Dislipidemias e Diabetes Mellitus: fisiopatologia e tratamento. Rev. Ciênc.Méd. v.16, n. 4-6, Campinas, 2007.
- ALVEZ, R. R. N. *et al.* The influence of religiosity on health (Influência da religiosidade na saúde). *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(4):2105-2111. Paraíba, 2010.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Follow-up report on the diagnosis of *diabetes mellitus* Diabetes Care. 2003.
- BARBOSA, V. S. D. N.; GOMES, L. S.; PALMA, D. C. A. Dislipidemia em pacientes com diabetes tipo 2. *Saúde e Pesquisa*, Maringá (PR), 2017.
- BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paraense de Medicina* Vol. 20(4) outubro-dezembro. Belém, 2006.
- BOTELHO, J. B. *Medicina e religião: conflito de competências*. Manaus, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 de julho de 2024.
- BROADBENT, E.; DONKIN, L.; STROH, J. C. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 2011.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*. 41(115):1177-1186, 2017.
- CHIBANTE, C. L. DE P.; SABÓIA, V. M.; TEIXEIRA, E. R.; SILVA, J. L. L. DA. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 28, n. 3, p. 235-243, set./dez. Salvador, 2014.
- COBAS, R.; RODACKI, M.; GIACAGLIA, L.; CALLIARI, L.; NORONHA, R.; VALERIO, C.; CUSTÓDIO, J.; SANTOS, R.; ZAJDENVERG, L.; GABBAY, G.; BERTOLUCI, M.; Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022.
- CONDE, D. M.; NETO, P. A. M.; JÚNIOR, R. F.; ALDRIGHI, J. M.; Qualidade de vida de mulheres com Câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2006.
- COSTA, K. S.; BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; CÉSAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M., & CARANDINA, L. Utilização de medicamentos e fatores associados: Um estudo de base populacional no município de Campinas. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, 2011.
- COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: Discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011.
- DIAZ, N.; MOREIRA, P. B.; HALUCH, R. F.; RAVAZZANI, A. C.; KUSMA, S. Z. O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. *Rev. Med. UFPR* 3(1): 5-12. Curitiba, 2012.

ELLISON, C. G. Religion, the life stress paradigm, and the study of depression. In J. S. Levin (Ed.), *Religion in aging and health* (p. 78-121). Thousand Oaks: Sage, 1994.

ESPÍRITO SANTO, M. B., DE SOUZA, L. M. E., DE SOUZA, A. C. G., FERREIRA, F. M., SILVA, C. N. M. R., & TAITSON, P. F. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Enfermagem Revista*, 2012.

FARIA, H. T. G; VERAS, V. S; XAVIER, A. T. F; TEIXEIRA, C. R. S; ZANETTI, M. L, SANTOS, M. A. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Rev Esc Enferm USP*. 47(2):348-54, 2013.

FARIA, J. B; SEIDL, E. M.F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com hiv/aids. *Psicologia em Estudo*, jan/abr v. 11, n. 1, p. 155-164. Maringá, 2006.

FERNANDES, P. M. P., FARIA, G. F. A importância do cuidado multiprofissional. Instituto do Coração, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR. *Diagnóstico e Tratamento*. 26(1):1-3, 2021.

FURTADO, Juarez P. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibra. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2022.

GIANCHELLO, A. L. Health outcomes research in Hispaniccs/ Latinos. *J. Med. Systems* 1996;21(5):235-54. Apud Minayo MCX, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colet*. 2005.

GUEDES, D. P; GUEDES J. E. R. P. Atividade física, aptidão física e saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 1995.

GHERMAN, A.; SCHNUR, J.; MONTGOMERY, G.; SASSU, R., VERESIU, I.; DAVID, D. How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health Beliefs and diabetes self-care. *The diabetes educator*, 2011.

GROSS, C. C; SCAIN, S. F; SCHEFFEL, R; GROSS, J. L; HUTZ, C. S. Brazilian version of the problem areas in diabetes scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007; 76(3):455-9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde, 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019.

IZAR, M; FONSECA, F; FALUDI, A; ARAÚJO D; BERTOLUCI, M. Manejo da hipertensão arterial no diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-hipertensao-arterial-no-diabetes/> Acesso em: 13 de julho de 2024.

IZAR, M; FONSECA, F; FALUDI, A; ARAÚJO, D; VALENTE, F; BERTOLUCI, M. Manejo do risco cardiovascular: dislipidemia. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-do-risco-cardiovascular-dislipidemia/> Acesso em: 13 de julho de 2024.

- LANDEIRO, G. M. B.; PEDROZO, C. C. R.; GOMES, M. J.; OLIVEIRA, E. R. DE A. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10):4257-4266, 2011.
- MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Out-Dez; 17(4): 672-9. Florianópolis, 2008.
- MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde debate* | Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 987-997, out-dez, 2021.
- MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017.
- MORAES, N. S; SOUZA, J.A. G; MIRANDA, R. D. Hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome metabólica: do conceito à terapêutica. *Rev Bras Hipertens* vol. 20(3):109-116, 2013.
- MUZY, J.; CAMPOS, M. R.; EMMERICK, I. SILVA, R. S.; SCHRAMM, J. M. A. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cad. Saúde Pública*, 2021.
- OLIVEIRA, A. B. *et al.* Perfil de atividade física no tempo livre e tempo sedentário em adultos no Brasil: inquérito nacional, 2019. *Epidemiol. Serv. Saúde* 32 (2) 11 Ago, 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Marco para ação interprofissional e prática colaborativa. Rede de Profissionais da Saúde, Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos em Saúde. Genebra, OMS 2010.
- PALMA, A. Educação Física, Corpo e Saúde: Uma Reflexão sobre outros “Modos de Olhar”. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2001.
- PEDUZZI, M. PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2 ed. rev. ampl.: EPSJV/Fiocruz: p. 419-426. Rio de Janeiro, 2009.
- PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 18(s1):e0024678. Rio de Janeiro, 2020.
- RODACKI, M; *et al.* Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024). Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus> . Acesso em: 13 de julho de 2024.
- ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. *Cad. Saúde Públ.*11 (1): 149-157, jan/mar, Rio de Janeiro, 1995.
- SANTOS, A. M. B; ASSUMPCÃO, A; MATSUTANI, L.A; PEREIRA, C. A. B, LAGE, L. V; MARQUES, A. P. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10:317-24.
- SANTOS, S.; BEÇA, H.; MOTA, C. L. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam*, 2015.

- SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; FRANCIONI, F. F.; MEIRELLES, B. H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: A contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2005.
- SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. Referência, 2006. Acessado em: 12/11/2023. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388242124002>.
- SILVA, S. A.; ALVES, S. H. Conhecimento do diabetes tipo 2 e relação com o comportamento de adesão ao tratamento. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, 2018.
- SILVEIRA, J. A. A.; RESENDE, H. M. P.; FILHO, A. M. L.; PEREIRA, J. G. Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na unidade de saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá em MT: reflexões para a equipe de saúde. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 43-49. Cuiabá, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR (SBACV). São Paulo, 2023. Disponível em: <https://sbacv.org.br/brasil-bate-recorde-de-amputacoes-de-pes-e-pernas-em-decorrencia-do-diabetes/>. Acessado em: 15 de novembro de 2023.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Disponível em: <https://diabetes.org.br/dados-epidemiologicos/>. Acessado em: 25 de Junho de 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. RJ: Diagraphic. Rio de Janeiro, 2007.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020). Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acessado em: 25 de Junho de 2021.
- TAVARES, B. C. *et al.* Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto. Enfermagem*, 2011.
- TAVARES, D. M. S.; CÔRTEZ, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus. *Cienc Cuid Saude* 2011 Abr/Jun; 10(2):290-297.
- TORGERSON, J. S, HAUPTMAN, J.; BOLDRIN, M. N; SJÖSTRÖM L. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects. *Diabetes Care*. 2004.
- VELOSO, J.; GUARITA-SOUZA, L. C.; LIMA JÚNIOR, E.; ASCARI, R. A; PRÉCOMA, D. B. Perfil clínico de portadores de Diabetes Mellitus em acompanhamento multiprofissional em saúde. *Revista Cuidarte*. 2020;11(3):e1059. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1059> Acesso em: 13 de julho de 2024.
- ZIMMET, P. Z.; MCCARTY, D. J.; COURTEN, M. P. The global epidemiology of non-insulin-dependent *diabetes mellitus* and the metabolic syndrome. *J Diabetes Complications*. 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO E ESTUDO CLÍNICO NO
DIABETES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Associação entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo 2: contribuições da equipe multiprofissional” realizada pela Psicóloga Luana Cristina Fiel Torres, do Programa de Pós- Graduação em Atenção e Estudo Clínico no Diabetes da Universidade Federal do Pará, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani. A pesquisa tem como objetivos, avaliar como o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 pode influenciar na qualidade de vida dos pacientes e como a equipe multiprofissional pode atuar para amenizar esses impactos. Esclareço que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. A coleta de dados será realizada através da aplicação de dois questionários PAID- 56 e WHOQOL- Brief, que avaliará os aspectos negativos de viver com diabetes e o como você se sente em relação a sua qualidade de vida, respectivamente, e durarão por volta de 15 a 20 minutos. Não há despesas pessoais para você neste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Não podemos afirmar que haverá benefício direto para você, mas se espera que o estudo contribua para um melhor entendimento sobre o diagnóstico de Diabetes. Contudo, há riscos de você se sentir fragilizado (a) por estar lidando com assuntos que lhe emocionem, enquanto psicóloga, estarei prestando pronto atendimento psicológico. A finalidade deste trabalho é contribuir para um maior conhecimento acerca desse tema para que a equipe multiprofissional possa atuar de forma mais ampla, oferecendo atendimentos mais qualificados e humanizados aos pacientes com DM2, e assim possam se sentir mais acolhidos e cuidados nos serviços de saúde em todas as suas necessidades. Solicitamos a sua colaboração para responder aos questionários que serão apresentados pela pesquisadora. Solicitamos também, sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados coletados serão utilizados somente para fins de elaboração de artigos científicos. Sua identidade será preservada e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam sua identificação. Todo o material desta pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora responsável durante o período de análise e depois será destruído. Você ficará com uma cópia deste Termo. Esclareço que o seu consentimento para participar desta pesquisa é uma pré-condição bioética para a execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma e dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dúvidas, questionamentos e outros esclarecimentos, favor entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa CEP (endereço: Rua dos Mundurucus, nº 4487; e-mail: cephujbb@yahoo.com.br; telefone: 3201-6754) e com os pesquisadores na Unidade Hospitalar da EBSEH Hospital Universitário João de Barros Barreto, pelos contatos: Pesquisadora Principal: Luana Fiel. CRP10/06082. E-mail:

luanacfiel@gmail.com. Fone: (91)984362737. Orientador Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.
E-mail: pedropiani@ufpa.br, fone: (91) 989050163.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma autorizo a minha participação na referida pesquisa. Eu, _____, nascido (a) em ____/____/____, concordo de livre e espontânea vontade e participar como voluntário (a) do estudo intitulado “Associação entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo 2: contribuições da equipe multiprofissional”.

Assinatura da participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

Psicóloga /Pesquisadora principal

Belém, ____/____/____

APÊNDICE B – Tabela Excel com os dados socioepidemiológicos dos participantes da pesquisa.

NOME	GÊNERO	IDADE	MUNICÍPIO	RAÇA/ETNIA	COMPLICAÇÕES	PROFISSIONAIS
R S M C	FEMININO	60	BELÉM	PARDA	TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR; DISLIPIDEMIA	PSQUIATRIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
V L R A	FEMININO	56	BELÉM	PARDA	ANEURISMA CEREBRAL NÃO-ROTO, TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	ENFERMAGEM;PSICOLOGIA; NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
R D A C S B	FEMININO	67	BELÉM	PARDA	DOENÇA NODULAR DA TIREOIDE;	NUTRIÇÃO; ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
L L D A S N	MASCULINO	49	CURUÇA	PARDA	NEUROPATIA DIABÉTICA; DISLIPIDEMIA; HAS;	ENFERMAGEM; OFTALMOLOGIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
J C F	FEMININO	74	MACAPÁ - AP	PARDA	SÍNDROME DE SHEEHAN; ANEMIA APLÁSICA CRÔNICA; DISLIPIDEMIA; OSTEOPOROSE; ASMA	ENFERMAGEM; PSICOLOGIA; NUTRICIONISTA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
M W A P	FEMININO	64	MACAPÁ - AP	PARDA	HAS; HIPERTIREOIDISMO	ENFERMAGEM; PSICOLOGIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
R D N	FEMININO	68	BELÉM	PARDA	HAS, DISLIPIDEMIA E HIPOTIREOIDISMO; NEUROPATIA DIABÉTICA; RETINOPATIA DIABÉTICA	ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
A D O M F	FEMININO	63	BELÉM	PARDA	OBESIDADE GRAU III, DISLIPIDEMIA, POLINEUROPATIA PERIFÉRICA	ENFERMAGEM; FISIOTERAPIA; PSICOLOGIA; FARMÁCIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
E R A D E L	MASCULINO	55	BELÉM	BRANCA	DOENÇA RENAL CRÔNICA; DISLIPIDEMIA;	ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
F G C S	MASCULINO	43	BELÉM	PARDA	DISLIPIDEMIA; FIBRILAÇÃO ATRIAL	ENFERMAGEM; FISIOTERAPIA; ODONTOLOGIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
O D E S F	FEMININO	65	BELÉM	PARDA	HAS; POLINEUROPATIA PERIFÉRICA;	ENFERMAGEM; NUTRIÇÃO; FISIOTERAPIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
L C D O S S	FEMININO	54	SALINÓPOLIS	PARDA	HIPOTIREOIDISMO PRIMÁRIO; HAS; DISLIPIDEMIA;DOENÇA DE CHAGAS DESDE 2018	ENFERMAGEM; NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
O B P	FEMININO	47	BARCARENA	PARDA	OBESIDADE GRAU I DISLIPIDEMIA	ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
V A S	MASCULINO	70	SANTA INÊS - MA	PARDA	DISLIPIDEMIA, NEFROPATIA DIABÉTICA. POLINEUROPATIA PERIFÉRICA, DOENÇA ARTERIAL CRÔNICA COM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	ENFERMAGEM; NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
E D O S N D E C	FEMININO	52	BELÉM	PARDA	HAS, OBESIDADE GRAU I, NEFROPATIA DIABÉTICA G2 A1, POLINEUROPATIA PERIFÉRICA	ENFERMAGEM; PSICOLOGIA; ENFERMAGEM; NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)

W J D E S F	MASCULINO	61	BELÉM	PARDA	DISLIPIDEMIA, SÍNDROME PÓS TROMBÓTICA, FIBROMIALGIA, NEFROPATIA G1 A1, NEUROPATIA PERIFÉRICA, CATARATA	ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
M R V P	FEMININO	76	BELÉM	PARDA	HAS, DISLIPIDEMIA, NEUROPATIA DIABÉTICA, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	ENFERMAGEM; NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
M H T E S	FEMININO	61	BELÉM	PARDA	DM2 (DIAGNOSTICO HÁ 30 ANOS), DISLIPIDEMIA COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR (META LDL < 70), SOBREPESO, G21MICROHEMORRAGIAS E EXSUDATO PERIVASCULARES EM OE	ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
R D O S D A S A	FEMININO	57	BRAGANÇA	PARDA	DM HÁ 2 ANOS - LADA (DIAG NO DIA 22/08/22, ANTI-GAD 5, PPC 0,59) - HEPATITE C (TÉRMINO DE TRATAMENTO COM HEPATOLOGISTA) - CV HCV: NÃO DETECTÁVEL (17/04/23) - HAS 2023 - MONONEUROPATIA DIABÉTICA? (PTOSE DE OLHO ESQUERDO DE INÍCIO SÚBITO E RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA) (MARÇO/2023 A JUNHO/2023)	ENFERMAGEM; NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
S D A S	FEMININO	39	IGARAPÉ-MIRI	BRANCA	DM DESDE 2020 COM 34 ANOS DE IDADE (RISCO DE MODY 4,6%) MIOMATOSE UTERINA JÁ ENCAMINHADA PARA CG REALIZANDO O PRÉ OPERATORIO GASTRITE HPILORI + EM ACOMPANHAMENTO COM A GASTRO	ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
	MASCULINO	45	BELÉM	PARDA	DM2 DESDE 2008 HAS DISLIPIDEMIA (ALTO RISCO CV - LDL < 70MG/DL) NEFROPATIA: G1 A3 NEUROPATIA: POLINEUROPATIA PERIFERICA MACROVASCULARES: ALTO RISCO CV	ENFERMAGEM, NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
R D A P P D A S	FEMININO	86	BELÉM	PARDA	DM2 DESDE 2018 HIPOTIREOIDISMO BMNA HAS DISLIPIDEMIA MISTA (LATO RISCO CV - LDL < 70MG/DL, NEFROPATIA: G3A A1 NEUROPATIA: POLINEUROPATIA PERIFERICA MACROVASCULARES: ALTO RISCO CV E SEM QUEIXAS	ENFERMAGEM, NUTRICIONISTA, FISIOTERAPEUTA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)

J P D	MASCULINO	70	PRIMAVERA	PARDA	DM2- DX 2020 - ÚLTIMA HBA1C 9.5 % (16/05/2024) HAS HIPONATREMIA A/E - SIADH SD. DEMENCIAL (ALCOÓLICA?) HISTÓRICO DE CONVULSÕES HAS DO JALECO BRANCO	ENFERMAGEM, PSICÓLOGO, FISIOTERAPEUTA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA) 57
M G M P	FEMININO	44	ANAJÁS	BRANCA	DIABETES GESTACIONAL AOS 26 ANOS + DM 2 HÁ 9 ANOS (PEPITIDEO C 2.15; ANTI GAD NEGATIVO) CALCULADORA MODY 2,6% - NÓDULO DE TIREOIDE	ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
J L G DAS N	MASCULINO	61	BELÉM	PARDA	DM2 (DX AOS 45 ANOS) NEUROPATIA DIABÉTICA DOENÇA RENAL DO DIABETES G1A2 DISLIPIDEMIA DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR GLAUCOMA EM OLHO DIREITO	ENFERMAGEM, NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
M D L S B	MASCULINO	41	CAPITÃO POÇO	PARDA	DM2 (HÁ 14 ANOS) LADA? MODY? PEP C: 1.3 / ANTI-GAD 5 CALCULADORA DE MODY: 24.4% (CALCULADO NO DIA 19/09/2022) - RETINOPATIA DIABÉTICA + NEUROPATIA DIABÉTICA - DISFUNÇÃO ERÉTIL - HAS - DISLIPIDEMIA/HIPERTRIGLICERIDEMIA - NEUROCRIPTOCOSE - DX 08/21 (TÉRMINO DO TRATAMENTO EM JULHO/2022) - ESPONDILITE ANQUILOSANTE? (EM INVESTIGAÇÃO COM REUMATOLOGISTA) - HÉRNIA DISCAL	ENFERMAGEM, NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA, INFECTOLOGISTA, DERMATOLOGIA, UROLOGIA, CARDIOLOGIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
D C B DE F	FEMININO	43	BELÉM	PARDA	DM2 COM 22 ANOS (DMG EM SEGUNDA GESTAÇÃO EM 2004). -SEM COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DE DM. -*CALCULADORA DE MODY: 58% ESTEATOSE HEPÁTICA GRAU II DISLIPIDEMIA COM RISCO CV INTERMEDIARIO (META LDL< 100)	ENFERMAGEM, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
A DOS S B	FEMININO	59	BELÉM	PARDA	DM2 HÁ CERCA DE 10 ANOS. - HIPOTIREOIDISMO. - OBESIDADE GRAU III - DISLIPIDEMIA. - HAS - RISCO CARDIOVASCULAR ALTO (META LDL < 70). - HÉRNIA DISCAL (LOMBALGIA COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO). - OSTEOARTRITE. - IVC COMPENSADA	ENFERMAGEM; PSICOLOGIA; REUMATOLOGIA; CARDIOLOGIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
P DE S C	MASCULINO	56	BELÉM	PARDA	SEM REGISTROS ENCONTRADOS NO AGHU	ENFERMAGEM; NUTRIÇÃO; DERMATOLOGIA, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)
A C DA C C	FEMININO	48	NOVA TIMBOTEUA	PARDA	* HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: - DM2 (DIAGNÓSTICO EM 2011) - COMPLICAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS DA DM2 -HIPOTIREOIDISMO SUBCLINICO - ANEMIA. - RETINA : RETINOPATIA	ENFERMAGEM; NUTRIÇÃO, MÉDICO (ENDOCRINOLOGISTA)

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A: B-PAID (Versão brasileira da escala PAID - *Problems Areas in Diabetes*)

Instruções: A partir de sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para você?

Por favor, circule o número que indica a melhor resposta para você em cada questão.

1. A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

2. Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

3. Sentir medo quando pensa em viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes (por exemplo pessoas falando para você o que você deve comer):

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

5. Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

6. Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

7. Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

8. Sentir que o seu diabetes é um peso para você:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

9. Preocupar-se com episódios de glicose baixa:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

10. Ficar brabo /irritado quando pensa em viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

11. Preocupar-se com a comida e o que comer:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

12. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

13. Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

14. Não aceitar seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

15. Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

16. Sentir que o diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

17. Sentir-se sozinho com seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

18. Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar como seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

19. Lidar com as complicações do diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

20. Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

ANEXO B- Escala de Qualidade de Vida da OMS abreviada (WHOQOL-Brief)

Instruções					
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões.					
Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.					
Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de quem necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de quem necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

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

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão Seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
12	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

13	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

