

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

MARIANA AMARAL SOUSA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES
MELLITUS E FERIDAS CRÔNICAS**

Brasília

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

MARIANA AMARAL SOUSA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES
MELLITUS E FERIDAS CRÔNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem
apresentado à Faculdade de Ceilândia da
Universidade de Brasília como parte dos
requisitos necessários para a obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Luciano Ramos Lima

Brasília

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

SOUSA, Mariana Amaral.

Qualidade de vida de pacientes com diabetes *mellitus* e feridas crônicas/Mariana Amaral Sousa. 2014.
47f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.
Orientador: Luciano Ramos Lima

1. Diabetes *mellitus*. 2. Feridas crônicas. 3. Qualidade de vida. I. Luciano Ramos Lima II. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. III. Qualidade de vida de pacientes com diabetes *mellitus* e feridas crônicas

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES *MELLITUS* E
FERIDAS CRÔNICAS**

MARIANA AMARAL SOUSA

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Luciano Ramos de Lima
Orientador

Prof(a). Dra. Michelle Zampieri Ipolito
Avaliador

Prof(a). Dra. Silvana Schwerz Funghetto
Avaliador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que compartilharam comigo a etapa da graduação e que de alguma forma fizeram parte da minha formação. Aos meus pais, irmãos, familiares, amigos, namorado, companheiros de curso, professores e em especial ao meu orientador Luciano Ramos Lima.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que com seu e amor divino e misericordioso permaneceu fielmente ao meu lado, e me permitiu através de sua vontade a graça superar todas as dificuldades e obstáculos durante toda a minha trajetória e realização deste trabalho e à Santíssima Virgem Maria pela serenidade, interseção e zelo.

Aos meus pais que tanto amo Anivaldo e Doralice que lutaram, sonharam e confiaram em mim e em meus planos, por compartilharem comigo todas as conquistas, dificuldades e sonhos, e principalmente por oferecerem toda estrutura, dedicação, exemplo e amor necessários na minha vida.

Aos meus irmãos Dora Anne e Hugo, às minhas sobrinhas amadas Isabela e Luisa, aos meus cunhados André e Paula que com carinho e amizade vivenciaram todos estes momentos comigo.

Aos meus avós e toda a família Amaral e Sousa por toda força e incentivo no meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu amigo, companheiro e amor Gustavo que me apoiou na etapa final deste trabalho e a todos os meus amigos e colegas de curso pelo companheirismo, cumplicidade, carinho e atenção. Em especial aos amigos Juliana flor que mesmo longe sempre me apoiou, Ana Zélia, Mariana, Vinicius, Guilherme Dourado, Polliane, Jeane, aos colegas de curso Lethícia, Hudson, Luana, Elias, meu anjo Ingrid e minha grande amiga Marina Shinzato.

À minha prima-irmã Camila e amiga Jaqueline que me sustentaram e de uma forma bastante especial contribuíram com o trabalho nos momentos difíceis e de urgência.

Aos docentes de enfermagem da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília que contribuíram significativamente no crescimento e desenvolvimento do conhecimento na arte do cuidar em enfermagem e influenciaram minha formação profissional e pessoal.

Em especial, agradeço ao meu orientador Luciano Ramos Lima por me ter me acolhido, por ter tido toda a paciência, calma, dedicação e sabedoria que foram fundamentais na convivência e realização deste trabalho.

“Carpe diem, quam minimum credula postero...”.
Horácio (65 a.C.-8 a.C.)

SOUSA, Mariana Amaral. **Qualidade de vida de pacientes com diabetes *mellitus* e feridas crônicas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014. 47 p.

RESUMO

Introdução: O diabetes *mellitus* é uma doença crônica que afeta milhões de pessoas no mundo, e representa um problema de saúde pública devido a alta morbimortalidade e complicações severas, dentre elas as lesões crônicas. **Objetivo:** Descrever o perfil e qualidade de vida (QV) dos pacientes diabéticos com feridas crônicas e identificar os danos relacionados à dor. **Metodologia:** Estudo exploratório, transversal e de abordagem quantitativa desenvolvido no período de 6 meses no ambulatório do Hospital Regional de Ceilândia com 25 pacientes diabéticos com feridas crônicas em membros inferiores. Foram utilizados questionários estruturados, e para análise dos dados aplicou-se o Software Statistical Package Social Scienses (SPSS). **Resultados:** Prevaleceu mulheres (56%), faixa etária de 61 a 70 anos, casados (32%), com ensino fundamental (48%), aposentados (28%) e com renda de até três salários mínimos (28%). Não moram sozinhos (88%) e não possuem disponibilidade de cuidados em domicílio (60%). Dentre as comorbidades a principal foi a hipertensão (84%), e os pacientes na maioria apresentaram uma lesão (76%), em membro inferior direito (48%), com causa principal o trauma (56%) sendo mais comum a ferida neuropática (64%). Com relação a QV os indivíduos estão insatisfeitos com o fato de estar com a ferida (84%), tempo de cicatrização (76%), intensidade de dor (56%) e mudanças na vida diária (52%). Ao correlacionar a dor à QV ficou evidenciada maior prejuízo para dor (M=5,86) e qualidade do sono (M=5,78). **Conclusão:** Conclui-se com o estudo que a QV dos indivíduos está afetada nos aspectos relacionados á ferida, sendo identificados fatores que dificultam a adesão e manutenção da terapêutica da doença e da ferida.

Descritores: Diabetes mellitus; Pé diabético; Qualidade de vida; Enfermagem.

SOUSA, Mariana Amaral. **Quality of life in patients with diabetes *mellitus* and chronic wounds.** Completion of course work (Nursing course) – University of Brasília, Undergraduate Nursing, Faculty of Ceilândia, Brasília, 2014. 47 p.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes *mellitus* is a chronic disease that affects millions of people in the world, and represents a public health problem due the high mortality and severe complications, among them the chronic injuries. **Objective:** Describe the profile and quality of life (QOL) of the diabetic patients with chronic wounds and identify the damage related to pain. **Methodology:** An exploratory, cross-sectional and of quantitative approach study developed in a period of six months in the clinic of the Hospital Regional of Ceilândia with 25 diabetic patients with chronic wounds in lower members. It was used structured questionnaires, and for the data analysis it was applied the Statistical Package Social Sciences Software (SPSS). **Results:** Prevalent women (56%), ages from 61 to 70, married (32%), with primary education (48%), retired (28%) and with income of three minimum wages (28%). They don't live alone (88%) and they don't have the availability of home care (60%). Among the main comorbidities were hypertension (84%), and most of the patients presented a lesion (76%), in right lower member (48%), as a main cause the trauma (56%), being the most common the neuropathic wound (64%). Concerning the QOL the individuals are unsatisfied with the fact of having the wound (84%), time of healing (76%), pain intensity (56%) and daily life change (52%). When we correlate the pain to the QOL it was evidenced bigger damage to pain (M=5,86) and sleep quality (M=5,78). **Conclusion:** It can be concluded from this study that the QOL of the individuals is affected in the aspects related to the wound, being identified factors that complicate the adhesion and maintenance of the therapeutic of the disease and wound.

Keywords: Diabetes mellitus; Diabetic foot; Quality of life; Nursing.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Caracterização sócio demográfica de pacientes (n=25) com lesões de membros inferiores, atendidos em um ambulatório de feridas de Ceilândia, 2014..... 25
- Tabela 2.** Caracterização de comorbidades e hábitos de vida de pacientes (n=25) com lesões de membros inferiores, atendidos em um ambulatório de feridas de Ceilândia, 2014..... 26
- Tabela 3.** Caracterização do estado da ferida de pacientes (n=25) com lesões de membros inferiores, atendidos em um ambulatório de feridas de Ceilândia, 2014..... 27
- Tabela 4.** Caracterização da Qualidade de Vida de pacientes (n=25) com lesões de membros inferiores, atendidos em um ambulatório de feridas de Ceilândia, 2014..... 28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 <i>Diabetes mellitus</i>	15
3.2 <i>Qualidade de vida</i>	19
4. METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipologia.....	22
4.2 Local de estudo.....	22
4.3 Coleta de dados.....	22
4.4 População e amostra.....	23
4.5 Análise de dados.....	23
4.6 Aspectos éticos.....	24
5. RESULTADOS.....	25
6. DISCUSSÃO.....	30
7. CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	
APÊNDICE	

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o diabetes é uma epidemia que afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo, a estimativa para 2025 é de que o número de pessoas com diabetes ultrapasse 380 milhões (BRASIL, 20--?a). De acordo com o Ministério da Saúde, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população brasileira de 30 a 69 anos de idade, em 2005 a estimativa aumentou para 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que equivale à aproximadamente 5 milhões e meio de portadores (BRASIL, 2006).

A atualização dos dados do IBGE demonstrou que, em 2010 a população brasileira chegou a um número estimado de mais de 12 milhões de diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012a). A estimativa no Distrito Federal no período de 2002 a 2011 é de uma população de 5.301 diabéticos, sendo que 4.564 são portadores de diabetes tipo 2 (DATASUS, 2011).

O diabetes *mellitus* (DM) é classificado como uma doença crônica não transmissível (DCNT), tendo a hiperglicemia como o seu principal sinal clínico. Esta característica deve-se, principalmente, a deficiência da secreção e/ou ação da insulina que ocasiona na perda da homeostasia glicêmica. O DM representa um dos grandes problemas de saúde pública que ocasiona complicações severas responsáveis pela alta morbimortalidade. Segundo o Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2010, o diabetes foi responsável por mais de 470 mil mortes em todo o país (BRASIL, 20--?b).

A presença da DM acompanhada do controle glicêmico inadequado esta associada a manifestação de complicações fisiológicas e metabólicas, entre elas as macroangiopatias (doença arterial coronariana, doença vascular periférica - DVP e acidente vascular encefálico - AVE), microangiopatias (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e a cetoacidose diabética (FERREIRA et al., 2011).

A neuropatia diabética envolve um mecanismo de lesão progressiva das fibras somáticas e autonômicas, levando ao acometimento da porção mais distal do sistema nervoso periférico. Esta lesão resulta na perda de sensibilidade, principalmente nos pés, o que torna o indivíduo mais suscetível ao desenvolvimento de lesões decorrentes de traumas, sendo esta uma das principais complicações do diabetes que resulta no aparecimento de lesões (FERREIRA et al., 2011). As ulcerações cutâneas também podem aparecer devido a redução da perfusão sanguínea nas extremidades, decorrentes das lesões vasculares. A imunossupressão somada a deficiência do processo de cicatrização, comum nos diabéticos,

tornam as ulcerações destes indivíduos mais expostas a infecções por microrganismos e mais resistentes a tratamento farmacológico.

As complicações resultantes do DM comprometem não somente a condição física do paciente, como também a condição psicológica e sociocultural, interferindo na qualidade de vida (QV). Segundo Moreira et al. (2009) as complicações decorrentes do DM são fatores que influenciam na funcionalidade física, psicológica e social do portador de diabetes, podendo prejudicar sua adaptação e vida produtiva, causando impacto negativo sobre a QV e bem-estar.

Diniz e Schor (2006, p. 1) referem que a QV “é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos objetos, expectativas, padrões e preocupações”. O conceito de QV relacionado à autoestima e bem-estar abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. O DM e suas comorbidades clínicas afetam a QV e expectativa de vida do indivíduo acometido por esta doença, pois o mesmo encontra-se exposto a fatores de risco, a complicações decorrentes da doença e à necessidade de alteração do estilo de vida.

No que concerne ao exercício profissional, a enfermagem exerce um papel fundamental no cuidado e assistência a pacientes portadores de DM, por meio de intervenções preventivas, de promoção à saúde e reabilitação de complicações decorrentes do diabetes, como o cuidado com as feridas crônicas. A análise da QV representa uma ferramenta que auxilia na avaliação e sistematização da assistência de enfermagem, permitindo uma intervenção integral e otimização do cuidado, propiciando um impacto positivo no bem-estar e na QV dos pacientes.

A análise da QV tem sido inserida em estudos com pacientes diabéticos. O estudo realizado por Rodrigues, Szymaniak e Sobrinho (2007) em Minas Gerais, demonstra o impacto das dermatoses na QV de 47 pacientes diabéticos. A coleta de dados foi realizada durante consulta médica, sendo aplicados a anamnese direcionada a dermatopatias e QV e o formulário adaptado do *The Health Organization Quality of Life* (THOQOL) e do *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) para a avaliação subjetiva da influência das dermatoses na QV. O estudo destaca o impacto das dermatoses na QV de pacientes diabéticos apresentando como resultados uma média frequência (51%) em relação ao ressecamento e sensação dolorosa, e baixa frequência no que se refere a dificuldade de higienização pessoal (40,03%) e interferência no relacionamento interpessoal (38,2%).

Outro estudo desenvolvido por Ferreira e Santos (2009) investigou o impacto negativo do DM na QV. O instrumento utilizado foi o *Medical Outcomes Study 36 – Item*

Short Form Health Survey (SF – 36), desta forma, a melhor QV foi medida pelos domínios aspectos sociais (M=63,8) e dor (M=53) e a pior QV foi para os aspectos emocionais (M=46,6) e físicos (M=38,6). Constatou-se um impacto negativo e significativo das condições crônicas nos aspectos físicos como a dimensão mais impactada negativamente pelo DM.

A pesquisa realizada por Ramos e Ferreira (2011) em Belém/Pará apontam o comprometimento da QV dos pacientes diabéticos. O instrumento adotado também foi o SF-36, e evidenciou que os pacientes do sexo masculino apresentaram baixos escores na capacidade funcional (48,5%), vitalidade (47%) e aspectos sociais (36,25%), comparados aos escores dos pacientes do sexo feminino. Os autores afirmam que, de um modo geral, estes aspectos indicam um nível de comprometimento da QV dos participantes.

Este estudo se justifica pela crescente incidência e alta prevalência do DM no contexto mundial e nacional, que por meio da manifestação das complicações comprometem diretamente a QV dos indivíduos representando um relevante problema de saúde pública. Nesse sentido, este estudo reflete sobre a possibilidade de identificar uma intervenção integral e uma otimização da assistência de enfermagem no cuidado de feridas dos indivíduos diabéticos para possível melhora na QV.

Desta forma, torna-se importante a consideração dos determinantes do processo saúde-doença e a necessidade de integrar à sistematização da assistência além dos aspectos físicos, os aspectos psicossociais, culturais e espirituais relacionados à QV. Durante a graduação percebe-se as dificuldades locais de alguns Centros de Saúde de Ceilândia assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em oferecer uma atenção integral ao indivíduo com doença crônica devido a falta de recurso material e pessoal e falta de capacitação dos profissionais, o que acaba dificultando a assistência e influenciando de forma negativa na qualidade de vida do paciente que depende do serviço. Neste sentido, pretende-se com esta pesquisa investigar o impacto das lesões em membros inferiores na qualidade de vida de pacientes diabéticos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade de vida de pacientes com Diabetes *mellitus* e com feridas crônicas em membros inferiores.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil sócio demográfico da amostra estudada.

Identificar os principais fatores de risco do Diabetes *mellitus* associados a feridas crônicas em membros inferiores.

Analisar a qualidade de vida de pacientes com Diabetes *mellitus* com feridas crônicas em membros inferiores com o instrumento Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Power – Versão Feridas (IQVFP-VF).

Investigar a dor associada aos prejuízos na qualidade de vida.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 *Diabetes mellitus*

O Brasil a partir da década de 1960 passou a apresentar mudanças na característica da prevalência de doenças devido às transições demográficas e epidemiológicas, que levaram ao aumento da expectativa de vida ao nascer e mudança na morbimortalidade, causando um aumento significativo da população de idosos. Com essa mudança no perfil de doenças, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aparecem com maior prevalência, destacando-se a DM como um grande problema (FERREIRA; SANTOS, 2009).

As DCNT representam um problema de saúde pública com grande impacto e aumento do número de mortes prematuras, sendo consideradas as principais causas de morte no mundo. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das causas de mortes, o DM apresenta 5,2% dentre essas. Nesse sentido, o DM passa a ser uma das quatro DCNT de maior impacto mundial priorizado no Plano de Ação 2008 - 2013 da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciado pelo aumento da prevalência e das taxas de mortalidade (BRASIL, 2011).

O crescimento e envelhecimento populacional associado a diversos fatores de risco como o sedentarismo, a obesidade e comorbidades contribuem para o aumento do número de diabéticos e prevalência em indivíduos acima de 65 anos (LIMA et al., 2010).

A diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009, p.13) define o diabetes *mellitus*:

“Grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina ou em ambos. A classificação do DM inclui quatro classes clínicas baseadas na etiologia do diabetes, sendo elas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipo específicos do DM e DM gestacional”.

O DM1 é resultante da destruição crônica das células betapancreáticas responsáveis pela produção, estocagem e liberação de insulina, causando uma deficiência absoluta de insulina, o que leva muitas vezes o DM1 ser classificado também como diabetes dependente de insulina. Essa destruição aparece na maioria dos casos associada a um processo autoimune, podendo ocorrer casos raros sem evidências da mediação autoimune classificada como forma idiopática. A presença de anticorpos que envolvem a ação autoimune pode ocorrer em

pacientes em qualquer faixa etária, sendo mais comum na infância e adolescência, podendo se estender à faixa etária adulta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012b).

De acordo com a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) o DM1 representa 5% a 10% dos casos de diabetes, e apresenta uma variação na taxa de destruição das células beta que se caracteriza de forma rápida em crianças, e de forma lenta e progressiva em adultos, sendo identificada neste caso como *latente autoimmune diabetes in adults* (LADA) que segundo Maria, Moreira e Marcílio (2011) se caracteriza pelo surgimento tardio do DM1 em indivíduos entre 35 e 60 anos, magros e com cetose, podendo ser confundido com o DM2.

Maria, Moreira e Marcílio (2011) afirmam que O DM2 é a forma mais incidente presente em 90% a 95% dos casos de diabetes, acometendo mais comumente os indivíduos obesos com mais de 40 anos de idade. O DM2 pode ser assintomático em alguns indivíduos, podendo permanecer sem a manifestação dos sinais e sintomas por anos, até que o diagnóstico clínico seja feito. O mecanismo de patogenia do DM2 envolve a resistência à insulina e a disfunção na secreção de insulina.

Outros tipos específicos do DM é uma categoria que envolve as formas menos comuns do DM relacionadas a defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino e outras condições, destacando-se como subtipo segundo Ferreira et al. (2011) o *Maturity Diabetes of the Young* (MODY) que afeta jovens adultos com menos de 25 anos e não obesos. O DM gestacional se refere à intolerância à glicose com início ou diagnóstico durante a gestação, relacionada à resistência à insulina e à diminuição funcional das células beta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). De acordo com Maria, Moreira e Marcílio (2011) este tipo de diabetes acomete cerca de 2% a 5% de todas as gravidezes, pode ser tratável e temporário, ou persistir posteriormente, onde, 20% a 30% das gestantes com DM gestacional podem desenvolver DM2 após o parto.

A avaliação clínica dos sinais e sintomas caracteriza um dos critérios para diagnóstico do DM. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) os sintomas mais comuns é a tríade clássica do diabetes: poliúria, polidipsia, polifagia e a perda involuntária de peso. Esses sintomas podem se desenvolver rapidamente no DM1, podendo ser sutil, estar totalmente ausente ou se desenvolver muito lentamente no DM2. Outros sintomas que levantam suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, glicosúria, entre outros. Outro critério para diagnóstico do DM é a avaliação dos valores glicêmicos obtidos através de exames laboratoriais como o teste de glicemia de jejum (nível de glicose sanguínea após jejum de 8 a

12 horas), o teste de glicemia casual (sem padronização do tempo desde a última refeição) e o teste oral de tolerância à glicose (TOTG).

Os critérios de diagnóstico da Associação Americana de Diabetes identifica como DM o valor da glicemia de jejum acima de 126 mg/dl e um valor superior a 200 mg/dl duas horas após sobrecarga de glicose no TOTG. O DM também pode ser diagnosticado quando o teste de glicemia casual apresentar um valor acima de 200 mg/dl associado a sintomas da doença. A hemoglobina glicada (A1C) é um importante marcador biológico para avaliar e monitorar o controle glicêmico de médio prazo, o resultado do teste é expresso em porcentagem e indica a porcentagem de glicose ligada à hemoglobina nos últimos 2 a 3 meses, onde o DM é diagnosticado quando o valor está acima de 6,5% (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 20--?).

A hiperglicemia crônica no DM é o fator primário que leva ao desenvolvimento de degenerações crônicas associadas a alterações vasculares e neurológicas. Quando o controle glicêmico e/ou o tratamento do DM não são realizados de forma correta ocasiona complicações agudas ou crônicas resultantes de alterações metabólicas e fisiológicas. As complicações agudas que envolvem alterações metabólicas são a cetoacidose diabética, o coma hiperosmolar não-cetótico e a hipoglicemia. As complicações crônicas envolvem danos macrovasculares como a doença arterial coronariana, a doença vascular periférica - DVP e o acidente vascular encefálico – AVE, e danos microvasculares como a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia periférica (FERREIRA et al., 2011).

Dentre as complicações, destaca-se as feridas crônicas em membros inferiores, que são umas das complicações comumente encontradas nos pacientes diabéticos. “Estima-se que 15% dos pacientes com diabetes *mellitus* desenvolverão, pelo menos, uma lesão no pé ao longo da vida” (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2011, p. 327).

Ainda entre as complicações desencadeadas pelo DM que desenvolvem ou influenciam o aparecimento de lesões e feridas, pode-se citar a neuropatia que apresenta sintomas característicos que variam de acordo com o tipo de complicação e os tipos de nervos afetados, sendo classificados como sensitivos (formigamento, dormência ou queimação dos pés e mãos, dores locais e desequilíbrio), motores (fraqueza e atrofia muscular) e autonômicos (pele seca, traumatismo dos pêlos, distúrbios digestivos, excesso de transpiração e impotência). A neuropatia periférica associada a fatores intrínsecos (doença vascular periférica), fatores extrínsecos (biomecânica do pé) e fatores de risco como as condições comportamentais do indivíduo, comorbidades, idade avançada, duração do DM e fatores psicossociais aumentam a susceptibilidade do aparecimento de lesões cutâneas, podendo

desenvolver úlceras plantares que culminam no pé diabético (polineuropatia distal diabética - PNDD) ou até mesmo amputação (MORAIS et al., 2009).

Segundo o Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético (SÃO PAULO, 2010, p. 44) o pé diabético é definido como sendo “a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados com anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica” podendo ser classificado como pé neuropático, isquêmico, ou neuro-isquêmico. Entre as complicações do DM, enfatiza-se a dor, que por Moreira et al. (2009, p. 1104) afirmam que “a dor é um sintoma subjetivo de grande importância clínica; a dor relacionada à PNDD influencia significativamente a QV além de constituir um problema no manejo desses pacientes.”

Os pacientes com DM devem receber uma assistência integral e interdisciplinar permitindo uma melhor adesão e eficácia terapêutica, prevenção de complicações e comorbidades e promoção à saúde. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014a) é importante que a atenção à saúde seja realizada de forma eficaz através da prevenção efetiva que pode ser primária mediante a prevenção do início do DM por meio de intervenções que abordem as múltiplas anormalidades metabólicas e alterações no estilo de vida, e secundária na prevenção de suas complicações agudas ou crônicas com o controle metabólico estrito, tratamento de comorbidades, prevenção de ulcerações nos pés, rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce de complicações como retinopatia e insuficiência renal, e medidas para reduzir o consumo de cigarro.

A assistência ao indivíduo com feridas crônicas deve envolver uma equipe multidisciplinar que incentive uma adequada adesão ao tratamento e estimule a autonomia do cuidado por meio da educação e orientação para obter uma boa resposta ao tratamento e prevenção de novas lesões (GROSSI; PASCALI, 2009).

Nesse sentido, enfatiza-se a contribuição da assistência de enfermagem no cuidado aos aspectos físicos, emocionais e sócio-culturais do portador de feridas crônicas. A sistematização da assistência de enfermagem deve incluir além da anamnese e exame físico uma avaliação sistemática e contínua dos membros inferiores, com o intuito de identificar fatores de risco para ulceração e prevenção de novas lesões. A avaliação envolve a inspeção da condição dos membros inferiores (textura, coloração, hidratação, presença de rachaduras, micose interdigital, deformidades e lesões de pele), a palpação dos pulsos periféricos, temperatura da pele e o exame neurológico nos pés (avaliação da sensibilidade tátil, térmica, dolorosa, vibratória e protetora plantar – teste do monofilamento) (GROSSI; PASCALI, 2009).

A orientação e educação em saúde também fazem parte do cuidado de enfermagem que devem orientar o paciente e a família sobre a importância à adesão terapêutica e da autonomia do cuidado. A educação em saúde deve abranger a prevenção, promoção e reabilitação da saúde com a abordagem dos aspectos da patologia, manejo da doença (controle glicêmico e terapia medicamentosa), adequação comportamental (alimentação e atividade física), orientação sobre a importância da adesão ao tratamento e cuidados gerais com os membros inferiores e a por meio da orientação ao paciente, cuidador e família sobre a inspeção diária dos pés, cuidados com a higienização, hidratação e curativos, a utilização de calçados adequados, prevenção de acidentes e lesões, entre outros (BRASIL, 2012).

3.2 Qualidade de vida

O impacto das úlceras nos pés na QV tem sido avaliado em várias pesquisas que demonstram uma abordagem multidisciplinar com a participação de diferentes profissionais (RODRIGUES; SZYMANIAK; JOZIAS SOBRINHO, 2007). A QV de pacientes diabéticos foi avaliada pela equipe de enfermagem, pelos estudos de Ferreira e Santos (2009) e Tavares, Côrtes e Dias (2010) pelo uso dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Nos resultados, o primeiro instrumento apresentou maiores escores no domínio relações sociais (67,15) e menor escore no domínio físico (54,38), e o segundo instrumento apresentou maior escore na faceta habilidade sensorial (77,58) e menor escore para atividade passadas, presentes e futuras (64,04).

Desta forma, a evolução dos cuidados de enfermagem tem sido regular, adotando conceitos de QV como item a ser incluído pela equipe de enfermagem em cuidados voltados a populações gerais e específicas. Assim, o termo QV é abrangente e seu significado tem sido buscado e conceituado desde a antiguidade, onde filósofos como Aristóteles se referia a vida com qualidade à sentimentos relacionados a felicidade, realização e plenitude. Em 1920, o economista Pigou relaciona em seu livro a QV ao suporte governamental oferecido as classes menos favorecidas (DINIZ; SCHOR, 2006).

O conceito de QV interliga várias abordagens e problemáticas de acordo com perspectivas econômica, demográfica, antropóloga, bioética, ambiental e de saúde pública. Na literatura médica há diversos modelos que conceituam a percepção de saúde e QV, sendo mais conhecido o conceito adaptado pela OMS que define quatro níveis diferenciados: a patologia observada no nível micro, a deficiência, a incapacidade ou limitação do indivíduo para

desenvolver funções sociais ou familiares normais ou esperadas e a desvalorização que se manifesta em um nível relacional (DINIZ; SCHOR, 2006).

O termo qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) é um subconjunto do termo mais amplo de QV e inclui os domínios físico, psicológico e social relacionados à saúde. A medida de QVRS teve início na prática clínica há aproximadamente três décadas. Segundo Diniz e Schor (2006), outros autores acreditam que a QV tenha sido inserida na área da saúde devido a três fatores sendo eles o avanço tecnológico, a mudança do perfil epidemiológico de doenças onde as doenças crônicas se tornaram o perfil dominante, e a mudança sobre a visão do ser humano antes visto como organismo biológico e atualmente visto como agente social.

Os instrumentos utilizados para medir a QV surgiram na literatura a partir da década de 1970, apresentando desenvolvimento e aperfeiçoamento ao longo dos anos. Os instrumentos de avaliação de QVRS são classificados de acordo com o foco como genérico, específicos ou modulares, ou classificados quanto à aplicação como aplicadores, preditivos ou discriminativos (PEDROSO; PILATTI, 2012).

Os instrumentos genéricos incluem grande parte das dimensões que compõe a QV e são aplicáveis a uma grande variedade de problemas de saúde em populações gerais com o objetivo de avaliar as dimensões de diversos estados de saúde, condições e doenças; atualmente o instrumento mais utilizado internacionalmente é o SF-36 aplicável a diversos tipos de doenças. Os instrumentos específicos se concentram em um aspecto particular (podem ser específicos a uma doença, população, a uma determinada função, problema específico ou a uma dimensão), avaliam conceitos de saúde próprios de uma doença ou intervenção e produzem escores separados para cada domínio ou dimensão, um exemplo de instrumento específico é o *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL) um dos instrumentos mais utilizado para avaliar a QV em diabetes. Os instrumentos modulares combinam aspectos genérico e específico da doença que permite manter um módulo central de perguntas aplicáveis a diversas populações e doenças (AGUIAR et al., 2008).

A utilização de instrumentos para a medida da QVRS auxilia nas investigações clínicas, na monitorização da saúde da população e no cálculo da expectativa de vida com boa saúde, permitindo a descrição de grupo de pacientes, a avaliação da efetividade das intervenções na área da saúde, o estabelecimento de determinados objetivos terapêuticos e uma melhor percepção das necessidades dos serviços de saúde.

Tanto na prática clínica em geral como na enfermagem se percebe a falta de incorporação e capacitação dos profissionais na utilização dos instrumentos de medida da QV como auxílio na assistência à saúde. Neste sentido, Diniz e Schor (2006) reconhecem que

utilização dos instrumentos de medida de QV apresentam desafios que limitam sua incorporação na prática clínica, como a disponibilidade de tempo e de pessoas para aplicação, revisão e pontuação dos questionários que acabam dificultando ou inviabilizando uma prática devido à sobrecarga de atividades.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipologia

Trata-se de um estudo exploratório, transversal de abordagem quantitativa.

A pesquisa se caracteriza como exploratória quando o tema é pouco explorado e o pesquisador precisa buscar novas abordagens através de levantamento bibliográfico sobre o tema estudado. Este tipo de estudo propicia uma aproximação do pesquisador ao tema e objeto de estudo, proporciona uma visão geral acerca do problema e permite aprofundar conceitos preliminares sobre o tema a ser pesquisado. No estudo transversal, o pesquisador em determinado instante, verifica simultaneamente a ocorrência ou não da exposição ou do efeito nos indivíduos da amostra a ser estudada (HADDAD, 2004).

Com relação à abordagem de análise das informações e dos dados a pesquisa quantitativa é caracterizada pelo uso da quantificação na coleta e no tratamento das informações por meio de técnicas estatísticas, traduzindo em números as informações analisadas e dados coletados com o intuito de garantir a veracidade dos resultados e evitar distorções de análise e de interpretações (REIS; SANZ, 2010).

4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no ambulatório do Hospital Regional de Ceilândia (HRC).

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Após o consentimento do paciente em participar da pesquisa por meio da autorização pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) foi realizada uma entrevista em tempo médio de 10 minutos, em uma sala reservada da unidade e os dados foram transcritos para o formulário do instrumento de coleta de dados pela entrevistadora.

O instrumento adotado para a realização da pesquisa foi elaborado e estruturado em três partes. A primeira identifica o perfil sócio-demográfico (Apêndice A). A segunda parte realiza a avaliação da intensidade de dor avaliada por uso da escala numérica (EN) de 0-10 pontos (Apêndice B). E a terceira parte permite a avaliação da qualidade de vida por meio da

utilização parcial do instrumento Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Power – Versão Feridas (IQVFP-VF) (Apêndice C).

4.4 População e amostra

A população do estudo é composta por indivíduos diabéticos portadores de lesão crônica em membros inferiores atendidos no ambulatório do Hospital Regional de Ceilândia. Ocorreu em 2012 cerca de 400 atendimentos anuais de pacientes diabéticos com feridas crônicas não amputados (dados da instituição). O cálculo amostral foi desenvolvido segundo critérios estatísticos de Barbetta (2007). Desta forma, a amostra final foi constituída por 57, destes foram possível ser avaliados apenas 25 integrantes.

Durante o período de coleta de dados ocorreu 78 atendimentos. Dentre o total de atendimentos 53 não serviu pois 22 tinham amputação, 17 não tinham ferida, 9 não tinham ferida crônica (ferida com início inferior a 6 meses), 3 não aceitaram participar da pesquisa, 1 não tinha diagnóstico de DM, 1 desistiu da pesquisa, e somou-se no final 25 participantes que atenderam os critérios da pesquisa e ficaram como amostra final.

Para a condução do presente estudo foram incluídos os pacientes com os seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter o diagnóstico de diabetes *mellitus*, presença de ferida crônica (mais de 6 meses) em membros inferiores. Ter condições cognitivas e psicológica suficientes para responder ao questionário e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os pacientes com o seguinte critério: amputação de parte ou total de membros inferiores.

Os benefícios do participantes foi em poder reconhecer os aspectos que interferem na sua QV e que são afetados seja de forma positiva ou negativa devido a presença de feridas crônicas em membros inferiores desencadeadas pelo DM. Já os pesquisadores puderam ter maior contato com os pacientes, estabelecer vínculo, desenvolver pensamento crítico e ampliar o conhecimentos acadêmico e experiências pessoais através da vivência na pesquisa.

4.5 Análise de dados

Os dados foram registrados no instrumento de coleta de dados, posteriormente organizados em planilhas eletrônicas em arquivo do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0. Foi realizada, inicialmente, uma análise exploratória dos dados (descritiva). As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de

centralidade (média, mediana) e de dispersão (mínimo, máximo, desvio padrão e coeficiente de variação) e as variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e percentuais. Os resultados das análises foram organizados em tabelas.

4.6 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução 466/12 este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES – FEPECS/SES e aprovado pelo parecer de número 380.63. Após a aprovação foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo) para os pacientes, familiares ou acompanhantes de acordo com os critérios pré-estabelecidos. Após a obtenção do consentimento foi iniciado o período de desenvolvimento do estudo. Foram explicadas para todos os participantes a finalidade e as etapas da pesquisa.

Conforme o Código de Ética Médica para Pesquisa com Seres Humanos, foi garantida aos participantes a manutenção do sigilo ético e confidencialidade dos dados, onde foi utilizada como sigla apenas as iniciais do nome do (a) participante. Após a aprovação do CEP, foi obtido a autorização do TCLE pelo paciente, familiar ou responsável.

Os participantes do estudo tiveram participação voluntária, e foram esclarecidos que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

5. RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra os dados sócio demográficos dos 25 pacientes com lesões de membros inferiores. Prevaleceu as mulheres (56%) seguido de 44% de homens, com idade média de 61,8 anos (DP= \pm 10,5, Mín.=41 e Máx.=80 anos). A faixa etária mais comum foi de 61-70 anos (36%), 32% casados, 48% com ensino fundamental, 28% aposentados e 28% com renda de até três salários mínimos. Sendo que, 88% não moram sozinhos e 60% não possuem disponibilidade para cuidados em domicílio.

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica de pacientes (n=25) com lesões de membros inferiores, atendidos em um ambulatório de feridas de Ceilândia, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	14	56,0
Masculino	11	44,0
Idade		
41-50 anos	4	16,0
51-60 anos	7	28,0
61-70 anos	9	36,0
\geq 71 anos	5	20,0
Estado Civil		
Casado	8	32,0
Viúvo	7	28,0
Solteiro	6	24,0
Divorciado	2	8,0
União estável	2	8,0
Escolaridade		
Analfabeto	7	28,0
Fundamental	12	48,0
Médio	5	20,0
Ignorado	1	4,0
Ocupação		
Aposentado	15	28,0
Ativo	7	20,0
Dona de casa	2	4,0
Auxílio doença	1	2,0
Renda		
1 salário mínimo	5	20,0
2 salários mínimos	1	4,0
3 salários mínimos	7	28,0
4 salários mínimos ou mais	1	4,0
Ignorado	11	44,0
Mora Sozinho		
Não	22	88,0
Sim	3	12,0
Disponibilidade de cuidado em domicílio		
não	15	60,0
sim	10	40,0

Fonte: Próprio autor

As comorbidades e hábitos de vida estão apresentados na Tabela 2, todos os participantes do estudo tinham o diagnóstico de Diabetes *mellitus* tipo II (DM tipo 2). A hipertensão arterial (HAS) prevaleceu com 84%, seguido de 16% cardiopatia, osteoporose e etilismo respectivamente, 8% problema visual e tabagismo e 4% com doença renal.

Tabela 2. Caracterização de comorbidades e hábitos de vida de pacientes (n=25) com lesões de membros inferiores, atendidos em um ambulatório de feridas de Ceilândia, 2014.

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
DM tipo 2	25	100	---	---
HAS	21	84,0	4	16,0
Cardiopatia	4	16,0	21	84,0
Osteoporose	4	16,0	21	84,0
Etilismo	4	16,0	21	84,0
Tabagismo	2	8,0	23	92,0
Problema Visual	2	8,0	23	92,0
Renal	1	4,0	24	96,0

Fonte: Próprio autor

Com relação á caracterização do estado da ferida 76% dos pacientes apresentaram apenas uma lesão, 20% duas lesões e 4% três lesões. Sendo que 48% das feridas estão localizadas no membro inferior direito (MID), 36% em membro inferior esquerdo (MIE) e 16% ambos os pés. O trauma foi a causa mais prevalente para o aparecimento das lesões sendo 56%, seguido de 20% insuficiência vascular, 16% charcot, 8% calçado inadequado, deformidades e micose respectivamente e 4% infecção. Os tipos de ferida mais comuns foram neuropática (64%), venosa (20%), neuroisquêmica (8%) e isquêmica e arterial (4%) respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do estado da ferida de pacientes (n=25) com lesões de membros inferiores, atendidos em um ambulatório de feridas de Ceilândia, 2014.

Variáveis	n	%
Número de lesões		
1	19	76,0
2	5	20,0
3	1	4,0
Membro		
MID	12	48,0
MIE	9	36,0
MID e MIE	4	16,0
Causa da lesão		
Trauma	14	56,0
Insuficiência Vascular	5	20,0
Charcot	4	16,0
Calçado inadequado	2	8,0
Micose	2	8,0
Deformidades	2	8,0
Infecção	1	4,0
Tipo de Ferida		
Neuropática	16	64,0
Venosa	5	20,0
Neuroisquêmica	2	8,0
Isquêmica	1	4,0
Arterial	1	4,0

Fonte: Próprio autor

Em relação a QV os indivíduos demonstraram maior satisfação com relação a fé (100%), seguido de 96% apoio emocional da família e 92% apoio emocional de outras pessoas, porém, apresentaram maior insatisfação com o fato de estar com a ferida (84%), o tempo de cicatrização da ferida (76%), intensidade da dor (56%) e mudanças nas atividades de vida diária (52%) (Tabela 4).

A QV e a presença de dor foi avaliada (Escala Numérica Analógica - ENA), sendo que, 60% dos indivíduos com lesões referem quando questionados sobre o estado e cuidado com a saúde que estão satisfeitos, porém os que estavam insatisfeitos com o cuidado com a saúde apresentaram maior intensidade de dor (M=4,3). A dor foi comparada à QV e observou-se que a maioria estava insatisfeita com a presença de dor e os que tratavam a dor estavam satisfeitos, porém ambos apresentaram escores maiores de intensidade de dor (M=≥5,86) (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da Qualidade de Vida de pacientes (n=25) com lesões de membros inferiores, atendidos em um ambulatório de feridas de Ceilândia, 2014.

Variáveis	Insatisfeito		Média	Satisfeito		Média	Ignorado
	n	%	ENA*	n	%	ENA	n
Saúde	10	40	2,20	15	60	4,33	---
Cuidado com saúde	10	40	4,30	15	60	2,93	---
Intensidade de dor	14	56	5,86	1	4	5,00	10
Tratamento alívio da dor	2	8	4,50	12	48	6,33	11
Fato de estar com a ferida	21	84	3,67	4	16	2,50	---
Tempo de cicatrização	19	76	3,53	6	24	3,33	---
Energia para atividades diárias	10	40	2,30	14	56	4,57	1
Autocuidado sem ajuda de outra pessoa	7	28	4,14	17	68	3,41	1
Mudanças na vida diária	13	52	2,38	12	48	4,67	---
Movimento e locomoção	9	36	3,44	15	60	3,40	1
Apoio emocional da família	1	4	4,00	24	96	3,46	---
Apoio emocional outros	2	8	1,50	23	92	3,65	---
Sono	9	36	5,78	14	56	2,14	2
Atividade de lazer	11	44	3,45	14	56	3,50	---
Fé	---	---	---	25	100	3,48	---
Realização de objetivos	5	20	2,60	20	80	3,70	---
Vida de modo geral	6	24	3,50	19	76	3,47	---

*ENA: Escala Numérica Analógica

Fonte: Próprio autor

Ainda na Tabela 4, observa-se que a maioria 84% sentem-se insatisfeitos com o fato de estar com a ferida e 76% referem insatisfação com o tempo de cicatrização sendo que, apresentam maior grau de dor ($M \geq 3,53$) quando comparados aos indivíduos satisfeitos. Com relação a energia para as atividades diárias e o autocuidado independente a satisfação foi maior sendo 56% e 68% respectivamente, porém os que estavam insatisfeitos com a energia para as atividades diárias (40%) apresentaram menor intensidade de dor ($M=2,30$). Os indivíduos se sentem insatisfeitos com as mudanças na vida diária (52%) mesmo apresentando menor intensidade de dor ($M=2,38$) e se sentem mais satisfeitos com a capacidade de movimento e locomoção (60%).

O apoio emocional tanto da família quanto de outros apresentou maior satisfação sendo 96% e 92% respectivamente e se comparado ao grau de dor os insatisfeitos com o apoio da família apresentaram maior intensidade de dor ($M=4,0$). Ao relacionar a intensidade de dor a qualidade do sono percebe-se que os que estão insatisfeitos com o sono (36%) apresentam maior intensidade de dor ($M=5,78$) se comparados aos 56% dos satisfeitos ($M=2,14$). A intensidade de dor se apresentou próxima entre os indivíduos satisfeitos (56%) e insatisfeitos (44%) com a atividade de lazer ($M \geq 3,45$). Todos os indivíduos (100%) estão satisfeitos com

a fé, 80% estão satisfeitos com a realização dos objetivos mesmo apresentando intensidade maior de dor (M=3,70) e 76% satisfeitos com a vida de um modo geral (Tabela 4).

6. DISCUSSÃO

No presente estudo prevaleceu mulheres, idade média de 61,8 anos, faixa etária de 61 a 70 anos, casados e com ensino fundamental. O mesmo perfil foi apresentado em um estudo realizado por Santos et al. (2013) nas zonas rural e urbana de Uberaba que comparou as morbidades e a QV de idosos com DM, demonstrando a prevalência de mulheres tanto na zona rural (65,4%) como na urbana (69%), faixa etária para ambas as localidades de 60 a 70 anos, a maioria casado(a) com percentuais maiores para os residentes na zona rural (64,4%) em relação aos da zona urbana (51,7%), e a escolaridade apresentou maior percentual de idosos com quatro a oito anos de estudo (44,2%) na zona rural porém, na zona urbana apresentou maior percentual correspondente com um a quatro anos de estudo (41,1%). Um outro estudo realizado Pitta et al. (2005) com 614 pacientes atendidos na Unidade de Emergência e no Hospital para avaliar o perfil epidemiológico de pacientes com pé diabético demonstrou uma prevalência maior de homens (57,17%), faixa etária de 61 a 80 anos e analfabetos ou semi-analfabetos.

Enfatiza-se que a faixa etária encontrada no presente estudo esta de acordo com características de prevalência do DM que demonstram que acomete pessoas no início da terceira idade, e evidencia indivíduos com baixa escolaridade o que caracteriza um dos fatores que contribuem para dificuldades na adesão ao tratamento e controle da doença e do estado de saúde. Desta forma, percebe-se a importância da atuação da Enfermagem no processo de educação em saúde, que deve ser realizada com enfoque em uma assistência integral e individual considerando o perfil sócio demográfico e cultural dos indivíduos assistidos.

Os entrevistados neste estudo são na maioria aposentados, com renda de até 3 salários mínimos, não moram sozinhos e não tem disponibilidade de cuidado em domicílio. Na pesquisa realizada por Cunha, Zanetti e Hass (2008) no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do Interior Paulista foi avaliada a qualidade do sono de pacientes diabéticos que também evidenciou este perfil, aposentados ou do lar (88%) e com renda mensal de 3 salários mínimos (52%). Com relação ao arranjo domiciliar, o estudo de Santos et al. (2013) evidenciou que a maioria dos participantes também não moram só, apresentando maior percentual na zona urbana para os que moram com filhos (com ou sem cônjuge) (34,6%) e na zona rural os que moram somente com cônjuge (45,2%).

Ressalta-se o fato dos diabéticos não morarem sós, sendo que, a dinâmica familiar representa um importante aspecto no auxílio e estímulo ao auto-cuidado dos indivíduos com DM, porém, este estudo demonstrou perfil de não ter disponibilidade de assistência para os

cuidados domiciliares o que pode interferir no controle da doença e promoção da saúde. A falta do desenvolvimento de ações e orientações educativas tanto para o indivíduo diabético quanto para os familiares pode implicar negativamente no manejo da doença e nos cuidados com a ferida crônica levando assim a ocorrência de possíveis agravos e complicações na evolução e melhora do tratamento da doença e da ferida.

Todos os participantes do presente estudo tem o diagnóstico de DM tipo II, a maioria apresenta hipertensão arterial (HAS) como comorbidade principal, não fumam e não bebem. Em um estudo realizado por Almeida et al. (2013) nos ambulatórios de Feridas de 2 Unidades Hospitalares de Sorocaba avaliou a QV de 100 participantes (50 do grupo controle e 50 do grupo de estudo). Identificou que a maioria dos participantes tanto do grupo controle (54%) quanto do grupo de estudo (58%) eram diabéticos tipo II e apresentou percentuais muito próximos para as comorbidades de hipertensão com 62% do grupo controle e 58% do grupo de estudo e cardiopatia com 66% do grupo controle e 46% do grupo de estudo. Com relação aos hábitos de vida tabagismo e etilismo o estudo realizado entre 2004 a 2007 para avaliar o impacto do DM e comorbidades na QV da população de Cingapura constatou que, dos 2601 participantes incluídos na análise 23,5% são etilistas e 12% fumam atualmente (VENKATARAMAN et al., 2013).

O perfil de não etilistas e não tabagistas do presente estudo é considerado como um fator protetor, o tabagismo representa um fator de risco ao mau controle do DM e desenvolvimento de HAS, porém, o perfil apresentado da associação de DM e HAS esta diretamente relacionado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares que constituem a principal causa de morbi-mortalidade da população brasileira atualmente, podendo contribuir também no desenvolvimento de lesão e controle da ferida.

Com relação à caracterização da ferida a maioria dos participantes apresentam uma lesão em MID, o trauma é a principal causa e a maioria das feridas são neuropáticas. Um estudo realizado no ambulatório de estomaterapia no Núcleo de Assistência e Ensino em Enfermagem em Pouso Alegre (MG) avaliou a QV e autoestima de paciente com úlceras crônicas e identificou um maior percentual de úlceras venosas (30,7%), pé diabético (22,7%) e úlceras traumáticas (22,7%), destacando quanto a localização das úlceras os membros inferiores pernas (46,7%) e pés (34,7%) (SOUZA et al., 2013). Em outro estudo realizado por Evangelista et al. (2012) avaliou-se a QV de 33 indivíduos com feridas crônicas em um município de Goiás utilizando o instrumento WHOQOL-bref que constatou a prevalência de apenas uma ferida (78,8%), com início por trauma (97%) e que apresentavam-se em MID (60,5%) também.

Enfatiza-se que o não controle da diabetes contribui para o desenvolvimento da neuropatia diabética nos primeiros 10 anos da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014b). A prevalência de feridas neuropáticas no presente estudo evidencia o trauma como a principal causa do desenvolvimento da ferida, devido a caracterização do quadro clínico da neuropatia diabética que apresenta como principais manifestações clínicas o comprometimento somático com a perda de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa em membros inferiores. A assistência de enfermagem para cuidados com o pé diabético deve focar a realização e avaliação frequente das condições dos membros inferiores do paciente diabético a fim de identificar a diminuição de sensibilidade e prevenir possíveis traumas e desenvolvimento de lesões.

A QV avaliada no presente estudo verificou uma maior satisfação com relação a fé, o apoio emocional da família e apoio emocional de outras pessoas porém, os indivíduos se sentem insatisfeitos com o fato de estar com a ferida, o tempo de cicatrização, dor e mudanças na vida diária. Um outro estudo realizado por Miranzi et al. (2008) descreveu o perfil epidemiológico e avaliou a QV de 30 indivíduos com DM e HAS atendidos por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) de um município do interior mineiro utilizou a ficha do HIPERDIA e o instrumento WHOQOL-bref. O estudo evidenciou que, no domínio relações pessoais a faceta relações pessoais obteve o segundo maior escore médio do domínio (78,33%) e apesar de estatisticamente significativo e diferente do esperado, as relações pessoais apresentaram uma fraca correlação com a QV dos participantes. Referente a fé o mesmo estudo apresentou uma correlação positiva e moderada entre o estado psicológico e a espiritualidade, religião e crenças pessoais com um escore médio de 60%.

Destaca-se que a espiritualidade e a religiosidade exercem uma influência forte na saúde. Os indivíduos estabelecem uma rede de apoio social mais forte que, por meio de uma atitude mais positiva beneficia os aspectos psicológicos importantes na recuperação e reabilitação de complicações, como as feridas, e auxilia na aceitação da doença e do tratamento. As relações pessoais e o apoio emocional de familiares, amigos e outras pessoas contribuem de forma positiva, sendo que o indivíduo sente uma maior segurança para o enfrentamento das condições de saúde com mais QV e uma melhora nos relacionamentos.

O presente estudo demonstrou também a satisfação dos participantes em relação ao estado de saúde e o cuidado com a saúde, e evidencia uma maior intensidade de dor nos que estão insatisfeitos com o cuidado com a saúde. Desta forma mesmo apresentando uma menor intensidade de dor, os indivíduos se sentem insatisfeitos com a mudança de vida diária e por outro lado sentem satisfeitos com a capacidade de movimento e locomoção. Ainda no estudo

de Miranzi et al. (2008), foi identificaram em relação à satisfação dos indivíduos com a própria saúde que 33,3% se sentem satisfeitos, 30% nem satisfeitos, nem insatisfeitos respectivamente e 20% se sentem insatisfeitos, e com relação à atividades de vida diária e movimento e locomoção apresentaram escore médio do domínio físico em ambos aspectos e correlação positiva, estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, as atividades da vida diária apresentou um escore de 54,1% e mobilidade 53,3%.

A auto percepção positiva do estado de saúde e do cuidado com a saúde pode contribuir com o maior envolvimento do individuo no tratamento, controle da doença e cuidado com a ferida, que permite a promoção da saúde, prevenção de agravos e eficaz recuperação. Em contrapartida, a presença da doença e da ferida exige cuidados e mudanças em aspectos sócio econômicos e culturais, e o individuo com DM e com feridas tem que dedicar mais tempo, energia física e psicológica e recursos financeiros no cuidado com a sua saúde e da ferida.

Quanto a análise da QV relacionada a dor os indivíduos se sentem insatisfeitos com a dor e satisfeitos com o tratamento para alívio da dor, e apresentam a maior intensidade de dor em ambos aspectos. O estudo realizado por Moreira et al. (2009) para avaliar o impacto dos sintomas depressivos e da dor neuropática na QV de pacientes diabéticos com polineuropatia distal diabética (PNDD) em Juiz de Fora MG, utilizou o Escore de Sintomas e de Comprometimento Neuropáticos, a Escala Visual Analógica, o Inventário Beck de Depressão (IBD) e o WOQOL-bref para a avaliação de 214 pacientes. No estudo evidenciaram que, os pacientes com PNDD apresentaram maior presença de dor moderada a grave (M=5,0) em relação aos pacientes sem PNDD (M=2,6), sendo que, os pacientes com PNDD apresentam um percentual superior a 35% para a dor moderada e um percentual superior a 40% para dor grave. Em outro estudo de Salvetti et al. (2014) desenvolvido em Natal identificou a dor e os principais fatores associados a dor em 100 pacientes com úlcera venosa, utilizou o instrumento SF-36 e demonstrou que, a dor esteve presente em 86% dos avaliados e apresentou uma associação significativa da dor relacionada á lesão nas variáveis condição do leito da ferida ($p=0,011$), odor da úlcera ($p=0,009$), área da úlcera ($p=0,001$) e sinais de infecção ($p=0,001$).

A dor é um sintoma muito frequente em pacientes com feridas crônicas podendo se manifestar de forma aguda ou crônica, e se não controlada causa um impacto na QV dos pacientes devido as manifestações e alterações de vários aspectos físicos, emocionais e culturais de cada indivíduo. Dentre esses aspectos é importante ressaltar a instabilidade de humor, alterações no sono, mobilidade, deambulação, podendo influenciar também no

processo de cicatrização da ferida. Neste sentido, é importante que a assistência de enfermagem ao portador de feridas crônicas inclua avaliação da dor, abordando os aspectos de local, tipo, intensidade, qualidade e frequência da dor bem como intervenções farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor e melhora da QV do paciente.

Os participantes do estudo se sentem insatisfeitos com o fato de estar com a ferida e com o tempo de cicatrização da ferida e apresentam um maior grau de dor, ou seja, maior média se comparados aos satisfeitos, e se sentem satisfeitos com a energia para a realização das atividades de vida diária e o autocuidado independente. Em um outro estudo realizado para avaliar a QV de 75 pacientes com DM em duas unidades básicas de saúde (UBS) do interior paulista utilizou o Instrumento de Avaliação de Diabetes 39 (D-39). Evidenciaram que, em relação a dimensão energia e mobilidade constatou-se que, os itens não ser capaz de fazer atividades domésticas (50,7%) e dificuldades de cuidar de você mesmo (64%) a QV dos pacientes com DM estava muito afetada (ZULIAN et al., 2013).

O aspecto da insatisfação com o fato de estar com a ferida também foi abordado no estudo realizado por Samolé et al. (2011) em um hospital em São Paulo que avaliou a auto-estima de indivíduos com DM e a presença de úlcera nos pés em 50 pacientes do grupo de estudo e 50 pacientes do grupo controle utilizando a Escala de Auto-estima Rosemberg e demonstrou que 60% do grupo com úlceras nos pés (grupo de estudo) apresentaram uma alta pontuação (21-30) na Escala e 14% do grupo sem úlceras nos pés (grupo controle) apresentaram a mesma pontuação o que evidencia o impacto negativo das úlceras sobre a auto-estima dos pacientes com DM.

Enfatiza-se que a presença da ferida crônica esta vinculada a vários fatores que causam desconforto e que afetam a vida social do indivíduo, como a dor, o tempo de cicatrização, a auto-estima e imagem corporal que se encontram afetadas devido a aparência e algumas vezes odor que a ferida apresenta. O autocuidado independente é importante no processo de manutenção da saúde e reabilitação e recuperação da ferida. Sendo assim, é papel fundamental da enfermagem desenvolver uma assistência efetiva no incentivo, orientação e processo educativo ao paciente e familiares sobre os cuidados com a doença e com a ferida a fim de minimizar possíveis sofrimentos devido a não adesão ao autocuidado e retardo da cicatrização da ferida, pois o mau controle da doença e o cuidado inadequado com a ferida predispõe a ocorrência de complicações (infecção) e uma pior resposta, além de aumentar o risco de sangramento e prejudicar os processos inflamatório e de cicatrização interferindo na QV do paciente.

Ficou evidenciado no estudo também que, os indivíduos insatisfeitos com o sono tem uma maior intensidade de dor se comparados com os indivíduos satisfeitos. A insatisfação com o sono também foi relatada no estudo já mencionado anteriormente de Souza et al. (2013), em que os indivíduos da zona urbana apresentaram um escore de 46,9% e os indivíduos da zona rural um escore de 50% referente ao aspecto problemas para dormir. Em outra pesquisa descritiva realizada por Weidman et al. (2011) realizada no ambulatório do Hospital Universitário de Maringá para identificar a saúde mental de 6 indivíduos com ferida crônica por meio de entrevistas relata que, as manifestações causadas pela dor causam alterações nos padrões de sono, e a longa duração das feridas crônicas ocasiona o *déficit* na qualidade do sono podendo influenciar no desenvolvimento de problemas emocionais, colocando em risco a saúde mental e QV do indivíduo.

A qualidade de sono interfere em aspectos físicos e emocionais, sendo que, durante o sono há uma série de alterações funcionais cognitivas e sistêmicas relacionadas também à produção e liberação de hormônios (melatonina, leptina e cortisol) onde alterações e privação do sono podem acarretar um desequilíbrio endócrino e metabólico, alterações no humor e diminuição da energia para a realização de atividades de vida diária, que interferem no controle do DM e QV do indivíduo (CUNHA; ZANETTI; HASS, 2008). Sendo assim, a assistência de enfermagem deve realizar a identificação e avaliação de fatores que interferem na qualidade do sono (ambiente, medicamentos, preocupações, comorbidades, etc.) a fim de orientar medidas que minimizem esses fatores proporcionando melhora na qualidade do sono, manutenção da saúde e da doença e melhora na QV.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que os participantes diabéticos portadores de feridas são mulheres, com idade média de 61,8 anos, casados, com ensino fundamental, com renda de até 3 salários mínimos, aposentados, não moram sozinhos, não recebem assistência domiciliar, não bebem, não fumam e apresentam hipertensão arterial como comorbidade principal. A maioria dos participantes apresentaram uma ferida em MID, classificada como neuropática e com principal causa o trauma.

O estudo identificou como fatores de risco e fatores que dificultam a adesão e manutenção da terapêutica da doença e ferida a baixa escolaridade, baixa renda, falta de assistência em domicílio e comorbidades.

Com relação à avaliação da QV o estudo conclui-se que os indivíduos com DM e feridas crônicas apresentam a QV afetada principalmente nos aspectos do fato de estar com a ferida, o tempo de cicatrização da ferida, intensidade de dor e mudanças na vida diária. Em contrapartida, apresentam uma melhor QV em relação a fé/espiritualidade, apoio emocional da família e outras pessoas.

O estudo demonstra, que a QV dos pacientes associada a dor foi mais prejudicada pela presença de maior intensidade de dor para prejuízo referido a qualidade do sono.

Uma limitação deste estudo foi a dificuldade encontrada durante a pesquisa na coleta de dados devido a idade avançada e grau de instrução dos participantes, o que evidencia a necessidade da elaboração de instrumentos mais práticos, de melhor entendimento e mais específicos para a avaliação da QV de pacientes diabéticos com feridas crônicas, que possam auxiliar e facilitar a atuação da enfermagem na avaliação da QV.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Carlos Clayton Torres et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionado à saúde no diabetes melito. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-9, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0004-27302008000600004&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 08 abr. 2013.

ALMEIDA, Sérgio Aguinaldo de et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev. Bras. Cir. Plást.** São Paulo, v. 28, n. 1, p. 142-146, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100024&lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosing Diabetes and learning about Prediabetes. Alexandria, VA, [20--?] Disponível em: <<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diagnosis/?loc=DropDownDB-diagnosis>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada**. 4 ed. Florianópolis. UFSC, 2007. Série didática. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças e tratamentos: diabetes**. [s.l], [20--?a] Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/doencas-e-tratamentos/diabetes>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. O dia Mundial da Diabetes: 14 de novembro. **Portal da Saúde**, Brasília [20--?b]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/AREA.CFM?ID_AREA=1739>. Acesso em: 07 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, n.16. 2006. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 145 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem: Diabetes Mellitus. Brasília, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.coren-df.org.br/portal/images/pdf/Protocolo%20de%20Fluxo%20para%20Diabetes.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2013.

CUNHA, Maria Carolina Belo da; ZANETTI, Maria Lúcia; HASS, Vanderlei José. Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 16, n. 5, p. 850-855, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 abr. 2014.

DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DINIZ, Denise Pará; SCHOR, Nestor. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Qualidade de Vida**. São Paulo: Manole; UNIFESP, 2006.

EVANGELISTA, Delciene Gonçalves et al. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** v. 2, n. 2, p. 254-263, mai./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/15>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

FERREIRA, Francielle Silva; SANTOS, Claudia Benedita dos. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela Equipe Saúde da Família. **Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 406-11, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03092008-130606/pt-br.php>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

FERREIRA, Leandro Tadeu et al. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 182-8, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=613413&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria. (Org). **Manual de enfermagem: Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. São Paulo: SBD, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

HADDAD, Nagib. **Metodologia de estudos em ciências da saúde: Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico**. São Paulo: Roca, 2004. 287 p.

LIMA, Carolina de Toledo et al. Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 8, n. 4, p. 316-9, 2010.

MARIA, Carlos Alberto Bastos de; MOREIRA, Ricardo Felipe Alves Moreira; MARCÍLIO, Roberto. **Bioquímica do Diabetes Melito**. Rio de Janeiro: Interciência, 2011. 127 p.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 mai. 2014.

MORAIS, Gleycianne Ferreira da Cruz et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Revista enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 240-5, abr./jun. 2009.

MOREIRA, Rodrigo et al. Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo 2 com polineuropatia distal diabética. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**. Rio de Janeiro, v. 53, n. 9, p. 1103-11, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302009000900007&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 abr. 2013.

PITTA, Guilherme Benjamim Brandão et al. Perfil dos pacientes portadores de pé diabético atendidos no Hospital Escola José Carneiro e na Unidade de Emergência Armando Lages. **J Vasc. Bras.** v. 4, n. 1, p. 5-10, abr. 2005. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-421695>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

PEDROSO, Bruno; PILATTI, Luiz Alberto. Avaliação de indicadores da área de saúde: a qualidade de vida e suas variantes. **Revista Eletrônica Fafit/Facic**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 01-09, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/view/2>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

RAMOS, Luciane; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 867-877, mar./ago. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822011000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 abr. 2013.

REIS, Linda G.; SANZ, Luiz Alberto. **Produção de monografia**: da teoria à prática. 3 ed. São Paulo: Senac, 2010.

RIBEIRO, Jane Patrícia; ROCHA, Suelen Alves; POPIM, Regina Célia. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes *mellitus* tipo II. **Escola Ana Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 765-771, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400016&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 abr. 2013.

RODRIGUES, Adriana Novaes; SZYMANIAK, Nazaré Pellizzetti; SOBRINHO, Jozias de Andrade. Influência das dermatoses na qualidade de vida do portador de diabetes mellitus. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1325-32, jun./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700041&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 abr. 2013.

SALOMÉ, Geraldo Magela; BLANES, Leila; FERREIRA, Lydia Masako. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com diabetes *mellitus* e pé ulcerado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 327-333, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000500008>. Acesso em: 23 abr. 2013.

SALOMÉ, Geraldo Magela et al. Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. **Journal of Tissue Viability**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 100-106, ago./jan. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21251830>>. Acesso em: 06 mai. 2014.

SALVETTI,, Marina de Góes et al. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. **Revista dor**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 17-20, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132014000100017&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SANTOS, Érica Aparecida dos et al. Morbidades e qualidade de vida dos idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 2, p. 393-400, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200017&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético**. São Paulo, 2010. 68 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **São 12 milhões de diabéticos no Brasil**. [s.l.:s.n], 2012a. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e tratamento do diabetes tipo I:** posicionamento oficial SBD. São Paulo, 2012b. 31p. Disponível em: <<http://www.portalsaude.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=477>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 3. ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014.** Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2014a. 365 p. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Posicionamento Oficial SBD nº 01/2014. Conduta terapêutica no Diabetes tipo 2: Algoritmo SBD 2014b.

SOUZA, Diba Maria Sebba Tosta de et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. **Acta Paul. Enferm.** v. 26, n. 3, p. 283-288, mar./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=26&ano=2013&numero=3&item=13#end>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; CÔRTEZ, Renata Maciel; DIAS, Flavia Aparecida. Qualidade de vida e comorbidades entre os diabéticos. **Revista Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 97-103, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://biblat.unam.mx/en/revista/revista-enfermagem-uerj/7>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

VENKATAMARAN, K. et al. Associations between complications and health-related quality of life in individuals with diabetes. **Clin. Endocrinol.** Oxford, v. 78, n. 6, p. 865-873, mar./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22775311>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 691-9, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=608598&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 mai. 2014.

ZULIAN, Luana Rosas et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 3, p. 138-146, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37712>>. Acesso em: 02 mai. 2014.

ANEXO

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) esta sendo convidado (a) a participar do projeto: *DIABETES MELLITUS E FERIDAS CRÔNICAS: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA*. O objetivo desta pesquisa é analisar a qualidade de vida dos pacientes com diabetes e feridas crônicas em membros inferiores assistidos no ambulatório do Hospital Regional de Ceilândia (HRC) para que seja possível propor estratégias que aperfeiçoem a assistência a fim de favorecer a prevenção e reabilitação da saúde e qualidade de vida dos pacientes diabéticos com feridas crônicas.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a) substituindo seu nome por siglas com as iniciais.

A sua participação será através de uma entrevista que durará em media 10 minutos, e as informações serão registradas no questionário pelo (a) pesquisador (a) ou por você como preferir. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhora (a).

Os resultados serão divulgados na Instituição (HRC) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador (a).

Se o Senhor (a) tiver qualquer duvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Prof. Luciano Ramos, Universidade de Brasília telefone: (61) 81213578/3543-3397 no horário: 08 às 16 horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

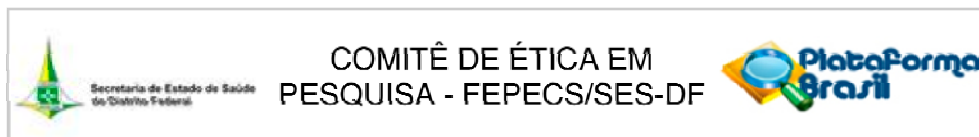
Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa– FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** DIABETES MELLITUS E FERIDAS CRÔNICAS: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE**Pesquisador:** Luciano Ramos de Lima**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 15986713.1.0000.5553**Instituição Proponente:** Hospital Regional de Ceilândia**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 380.631**Data da Relatoria:** 02/09/2013**Apresentação do Projeto:**

sem alterações

Objetivo da Pesquisa:

sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pendência atendida

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pendência referente ao orçamento atendida

Recomendações:

Apresentar relatório final ao término da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

APÊNDICE

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados do perfil sócio-demográfico

PERFIL

Nome (Iniciais): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos Sexo: () M () F

Estado civil: () casado () solteiro () divorciado () viúvo () convive maritalmente

Escolaridade: () analfabeto () fundamental () médio () superior

Profissão/Ocupação: _____

Renda familiar: _____

Mora sozinho: () Não () Sim

Disponibilidade de cuidado em domicílio: () Não () Sim

Doenças pré existentes: _____

Tabagismo: () Não () Sim Etilista: () Não () Sim

Diabetes Tipo 1 () Diabetes Tipo 2 () Outros: _____

Número de lesões em MI: _____

Ferida em: () MID () MIE

Causa da lesão: () trauma () calçado inadequado () deformidades () charcot () bolha () micose () outros: _____

Quando iniciou: _____

Tipo de ferida: () neuropática () isquêmica () neuroisquêmica () venosa () arterial

APÊNDICE B – Instrumento para avaliação da dor

AVALIAÇÃO DA DOR

Sente dor: () Sim () Não

Intensidade da dor, avaliação do paciente:

0 = ausência de dor

10 = máxima dor possível

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Horário do dia: () manhã () tarde () noite () todos

Tipo de dor: () arde () lateja

Usa medicamento para dor: () Sim () Não Qual: _____

Usa outro método para aliviar a dor: () Sim () Não Qual: _____

APÊNDICE C – Instrumento para avaliação da Qualidade de Vida

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Power – Versão Feridas (Adaptado)

Parte 1: Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve se você está satisfeito ou insatisfeito com aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as últimas quatro semanas (último mês) . Por favor, responda marcando um X na letra S para Satisfeito e na letra I para Insatisfeito. Não há respostas certas ou erradas.		
Você está satisfeito ou insatisfeito com:	Satisfeito	Insatisfeito
1. Sua saúde?	S	I
2. O cuidado que você tem com sua saúde?	S	I
3. A intensidade de dor que você sente na ferida (se tiver dor na ferida)?	S	I
4. O tratamento que você recebe para aliviar (passar, melhorar) a dor?	S	I
5. O fato de estar com a ferida?	S	I
6. O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	S	I
7. A energia (disposição, vigor, força) que você tem para as atividades diárias?	S	I
8. Sua capacidade para se cuidar sem a ajuda de outra pessoa?	S	I
9. As mudanças que você precisa fazer na sua vida diária por causa da(s) sua(s) ferida(s) (tais como fazer curativos, forma de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se)?	S	I
10. Sua capacidade de movimentar-se (mudar/mexer o corpo de lugar) e ou locomover-se (ir de um lugar para o outro)?	S	I
11. O apoio emocional que você recebe da sua família?	S	I
12. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	S	I
13. O seu sono?	S	I
14. As suas atividades de lazer, de diversão?	S	I
15. Sua fé em Deus?	S	I
16. A realização de seus objetivos pessoais (planos, sonhos)?	S	I
17. Sua vida de modo geral?	S	I

Fonte: Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Power – Versão Feridas