

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**ALOMA RENATA RICARDINO**

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO**

**CAMPO GRANDE/MS  
2016**

**ALOMA RENATA RICARDINO**

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Gorette dos Reis

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marisa Dias Rolan Loureiro.

Linha de pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem

**CAMPO GRANDE/MS  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Jaziel V. Dorneles – Bibliotecário/Documentalista – CRB1-2592)

---

R487q Ricardino, Aloma Renata.  
Qualidade de vida de pessoas com pé diabético / Aloma Renata Ricardino. – Campo Grande, MS, 2016.  
86 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Maria Gorette dos Reis.  
Coorientadora: Marisa Dias Rolan Loureiro.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Campo Grande, MS, 2016.  
Inclui bibliografia.  
Apêndice e anexos: p. 76-86.

1. Diabetes – Complicações e sequelas. 2. Pés – Doenças – Tratamento. I. Reis, Maria Gorette dos. II. Loureiro, Marisa Dias Rolan. III. Título.

---

CDD (23) 616.462

**ALOMA RENATA RICARDINO**

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Gorette dos Reis (Presidente)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria da Graça da Silva (Membro titular)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

---

Prof. Dr. Ramon Moraes Penha (Membro titular)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – CPCX

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Patrícia Moita Garcia Kawakame (Membro suplente)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Campo Grande - MS, 30 de agosto de 2016.

***"Acredite em si próprio e chegará um dia em que os outros não terão outra escolha senão acreditar com você."***

*Cynthia Kersey*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus** que com seu amor divino e misericordioso permaneceu fielmente ao meu lado, e por graça me ajudou a superar todas as dificuldades e obstáculos durante toda a minha trajetória e realização desta Dissertação.

Ao meu amado esposo **Elias** que cuidou de mim durante todo o Mestrado, me apoiou, ajudou, orou e acreditou que juntos conseguiríamos vencer.

Às minhas filhas **Rebeca** e **Rafaela** que nos momentos mais difíceis, com um abraço, um beijo e um sorriso renovaram minhas forças.

À minha **mãe Iva**, meus **irmãos** e **sobrinhas** que lutaram, sonharam e confiaram em mim e em meus planos, por compartilharem comigo todas as conquistas, dificuldades e sonhos.

Aos meus cunhados **Moisés** e **Rosinha** que com carinho e amizade vivenciaram todos os momentos comigo, e me ajudaram cuidando das minhas filhas com tanta dedicação.

Aos meus **amigos** e **irmãos na fé** por toda força e incentivo no meu crescimento pessoal e profissional.

À amiga **Adriana Mello** pela revisão de português e inglês, e família por serem tão especiais.

Às minhas queridas **Elaine Saraiva**, **Rosângela Arruda**, **Cleide Saraiva**, **Juliana Motta**, pelo apoio durante minha caminhada acadêmica e a **Welberleny Carla** pela sua disponibilidade em me ajudar na coleta dos dados.

À **Enfermeira Daniela Mizioka e equipe** do Centro de Referência em Lesões Vasculares e Periféricas pela recepção e colaboração durante a coleta de dados.

Às **pessoas com Pé Diabético** atendidas em meu local de pesquisa, pela disponibilidade em participar.

À **Prof<sup>a</sup> Me. Maria Inês** que durante as aulas de inglês me ensinou, incentivou e acreditou em meu potencial.

Ao **Lucas** pela análise estatística e profissionalismo respondendo rapidamente todas as minhas dúvidas.

Aos **docentes** do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFMS pelas oportunidades, conhecimento e influência positiva em minha formação profissional e pessoal.

Ao **Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem** pela oportunidade que me foi dada de representar os discentes do Curso e por todo aprendizado e apoio.

Às professoras da época da graduação **Me. Vânia Stolte** e **Me. Andréia Queiroz** por me incentivarem a ingressar na carreira acadêmica.

À **Drª Maria da Graça da Silva** e **Dr. Ramon Moraes Penha** por terem me acompanhado desde a qualificação e por suas preciosas contribuições, as quais foram fundamentais para a conclusão desta dissertação, e à **Drª Patrícia M. G. Kawakame**, que aceitou gentilmente contribuir na finalização desta.

À **Drª Marisa Dias Rolan Loureiro**, que me aceitou como co-orientanda, pelo apoio, amizade, disponibilidade, aprendizado, e pelo grande exemplo de profissional.

À minha querida orientadora **Drª Maria Gorette dos Reis**, por ser um grande exemplo de mulher e profissional, pelo acolhimento, paciência, dedicação e sabedoria que foram fundamentais na convivência e realização deste trabalho.

Enfim... à todos que, de alguma forma, contribuíram nessa caminhada e na construção deste trabalho... muitíssimo obrigada!!!

## RESUMO

**RICARDINO, A. R.** Qualidade de vida de pessoas com Pé Diabético. **83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2016.**

A neuropatia e os problemas circulatórios decorrentes do Diabetes Mellito (DM) muitas vezes podem ocasionar lesões nos membros inferiores denominadas Pé Diabético (PD), sendo uma das principais causas de amputação. A necessidade do uso diário de medicações, controle da glicemia, dificuldades motoras, lesões periféricas, dentre outros, acaba interferindo na qualidade de vida (QV) dessas pessoas. Este estudo objetivou analisar o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de pessoas com PD que apresentavam feridas, com ou sem amputação, utilizando o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers – Versão Feridas (IQVFP - VF). Trata-se de um estudo seccional, analítico, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 64 pessoas para as quais foram aplicados dois formulários sendo um para coleta de dados sociodemográficos e clínicos e outro para a mensuração do IQV o IQVFP - VF. A coleta de dados ocorreu entre período de 03 de novembro de 2015 a 18 de janeiro de 2016. Os resultados foram tabulados e analisados nos programas estatísticos EpiInfo Versão 7 e Minitab Versão 14. Os principais resultados mostraram predominância de pessoas com PD do sexo masculino (68,8%), a idade média foi de 60,5 anos (DP± 9,69), média de dependentes 2,98 (DP± 1,71), 78,1% referiram ser praticante de alguma religião, 53,1 disseram conviver com companheiro, 84,4% não realizavam atividade laboral, a média de anos de estudo foi de 6,8 (DP± 3,7), renda per capita média de R\$ 852,00 (DP± 863,00). A média de tempo de diagnóstico de DM foi de 10,14 (DP± 7,29), sendo a média de tempo de diagnóstico de PD de 2,43 (DP± 2,66) e, a comorbidade mais presente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (60,9%). O grupo caso foi composto majoritariamente de pessoas do sexo masculino (88,2%), neste grupo 70,6% possuíam uma amputação, sendo a do tipo menor mais presente (85,3%), as feridas localizadas unilateralmente foram a maioria (85,3%), e as feridas cirúrgicas por amputação predominantes (61,8). No grupo caso e controle foi estatisticamente significativo o Domínio Família ( $p=0,046$ ), o Domínio Psicológico Espiritual apresentou significância estatística em relação à situação conjugal ( $p=0,026$ ), o Domínio Família foi estatisticamente significativo em relação à atividade laboral ( $p=0,035$ ), já o sexo, prática religiosa e meio de transporte não apresentaram significância estatística. Não houve correlação significativa entre os domínios do IQVFP-VF e a idade, anos de estudo, renda per capita, tempo de diagnóstico de DM e de PD Desta forma, conhecer quais variáveis são significativas e sua correlação com as dimensões de QV das pessoas com PD, revelou-se importante para nortear medidas de cuidado em saúde e assistência de enfermagem.

**Descritores:** Estilo de vida; Ferimentos e Lesões; Amputação; Enfermagem

## ABSTRACT

**RICARDINO, A. R.** Quality of life of people with Diabetic Foot. **83 f. Thesis (Master's in Nursing) - Federal University of Mato Grosso do Sul Campo Grande, 2016.**

Neuropathy and circulatory problems resulting from Diabetes Mellitus (DM) can often lead to injuries in the lower limbs called Diabetic Foot (PD), one of the leading causes of amputation. The need of daily medication use, blood glucose control, motor difficulties, peripheral lesions, among others, ends up interfering with quality of life (QOL) of these people. This study aimed to analyze the Quality of Life Index (QLI) of people with PD who had wounds, with or without amputation, using the Quality Index Ferrans Life & Powers - Sores version (IQVFP - VF). This is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach. The sample consisted of 64 people for which were applied two forms one for sociodemographic and clinical data collection and another for measuring the IQV IQVFP - VF. Data collection occurred between period from 3 November 2015 to 18 January 2016. The results were tabulated and analyzed in the statistical program Epi Info Version 7 and Minitab version 14. The main results showed predominance of people with male PD (68.8%), the average age was 60.5 years (SD  $\pm$  9, 69), average dependent 2.98 (SD  $\pm$  1.71), 78.1% reported being religious practice, 53.1 said they live with a partner, 84.4% did not perform labor activity, the average years of study was 6.8 (SD  $\pm$  3.7), average per capita income of R \$ 852.00 (SD  $\pm$  863.00). The mean DM diagnosis time was 10.14 (SD  $\pm$  7.29), with an average DP diagnostic time of 2.43 (SD  $\pm$  2.66), and more comorbid this was Hypertension Systemic blood (60.9%). The case group was composed mostly of males (88.2%), 70.6% in this group had an amputation, and the smaller type more prevalent (85.3%), the wounds were located unilaterally the majority ( 85.3%), and surgical wounds predominant amputation (61.8%). In the case and control group was statistically significant family domain ( $p=0,046$ ), the Psychological Domain Spiritual statistical significance in relation to marital status ( $p=0,026$ ), the Family Domain was statistically significant in relation to labor activity ( $p=0035$ ), have sex, religious practice and means of transport were not statistically significant. There was no significant correlation between the domains of IQVFP-VF and age, years of study, per capita income, time of diagnosis of DM and PD Thus, to know which variables are significant and its correlation with quality of life dimensions of people with PD, proved to be important to guide care measures in health and nursing care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis sociodemográficas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS - Brasil – 2016 (n=64).....	39
Tabela 2	Variáveis clínicas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil 2016 (n=64).....	42
Tabela 3	Caracterização das pessoas com amputação por Pé Diabético segundo o sexo, e número de amputações, tipo, localização topográfica, tipo de ferida e órteses utilizadas, em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil, 2016 (n=34).....	44
Tabela 4	Grupos Caso e Controle das pessoas com Pé Diabético em relação aos domínios do Índice de Qualidade de Vida <i>Ferrans &amp; Powers</i> – Versão Feridas, em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64).....	47
Tabela 5	Sexo em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida <i>Ferrans &amp; Powers</i> – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64).....	48
Tabela 6	Prática religiosa em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida <i>Ferrans &amp; Powers</i> – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64).....	50
Tabela 7	Situação conjugal em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida <i>Ferrans &amp; Powers</i> – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS - 2016 (n=64).....	51
Tabela 8	Atividade laboral em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida <i>Ferrans &amp; Powers</i> – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64).....	52

Tabela 9	Meios de transporte em relação aos Domínios Índice de Qualidade de Vida <i>Ferrans &amp; Powers</i> – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil – 2016 (n=64).....	54
Tabela 10	Correlações ( <b>p</b> ) entre as variáveis idade, anos de estudo, renda <i>per capita</i> , tempo de diagnóstico de Diabetes Melito e de Pé Diabético e os Domínios do Índice de Qualidade de Vida <i>Ferrans &amp; Powers</i> – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64).....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ADA</b>	<i>American Diabetes Association</i>
<b>CEM</b>	Centro de Especialidades Médicas
<b>DAP</b>	Doença Arterial Periférica
<b>DAOC</b>	Doença Arterial Obstrutiva Crônica
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>DM</b>	Diabetes Melito
<b>DM1</b>	Diabetes Melito tipo 1
<b>DM2</b>	Diabetes Melito tipo 2
<b>HbA1c</b>	Hemoglobina glicada
<b>IQV</b>	Índice de Qualidade de Vida
<b>IQVFP-VF</b>	Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers Versão Feridas
<b>MMII</b>	Membros inferiores
<b>MS</b>	Mato Grosso do Sul
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PD</b>	Pé Diabético
<b>QLI</b>	<i>Ferrans &amp; Powers Quality Life Index</i>
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
<b>SBD</b>	Sociedade Brasileira de Diabetes
<b>SESAU</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TTG</b>	Teste de Tolerância a Glicose
<b>VIGITEL</b>	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
<b>WHOQOL</b>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Qualidade de Vida (QV).....</b>	<b>15</b>
2.1.1	Quality of Life Index (QLI).....	18
2.2.2	Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers – Versão Feridas (IQVFP – VF).....	20
<b>2.2</b>	<b>Diabetes Melito.....</b>	<b>22</b>
2.2.1	Pé Diabético.....	25
2.2.2	Amputação.....	30
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODO.....</b>	<b>34</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>34</b>
<b>4.2</b>	<b>Local da pesquisa.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	<b>35</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>36</b>
<b>4.5</b>	<b>Processo de obtenção dos dados.....</b>	<b>37</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos e Legais.....</b>	<b>37</b>
<b>4.7</b>	<b>Análise estatística.....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Resultados sociodemográficos e clínicos.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2</b>	<b>IQV das pessoas com PD que apresentam feridas com ou sem amputação utilizando o IQVFP – VF.....</b>	<b>47</b>
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>58</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO.....</b>	<b>78</b>

<b>ANEXO A – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA FERRANS &amp; POWERS – VERSÃO FERIDAS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO SESAU.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO C – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) apesar de ser considerada algo subjetivo hoje é um dos resultados esperados tanto no campo das práticas assistenciais, quanto das políticas públicas, nos setores de promoção da saúde e prevenção de doenças (LEITE, 2013; PALUDETTI; HELENO, 2012; SEIDL; ZANNON, 2004).

Tais resultados são esperados também na assistência às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que atualmente representa uma das principais causas de óbitos no mundo, gerando um elevado número de mortes prematuras, com perda de QV com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. No Brasil, são consideradas um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2015).

O Diabetes Melito (DM) é definido como um conjunto de doenças metabólicas, que eleva os níveis de glicemia plasmática decorrente da ausência, deficiência e/ou resistência à ação da insulina, que é um hormônio produzido pelas células  $\beta$  das ilhotas de *Langerhans*, sendo um dos mais importantes por coordenar a utilização de combustíveis pelos tecidos, como o metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios. Quando a pessoa se alimenta, há um aumento na secreção de insulina, induzindo o movimento da glicose do sangue para o músculo, fígado e células adiposas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL, 2011).

Se não tratado o DM pode causar outros problemas de saúde tais como: nefropatia, cardiopatias, cetoacidose diabética, neuropatia periférica, dentre outros. (BRASIL, 2011).

Pessoas com DM necessitam de medicações diárias e mudanças em seus hábitos de vida (alimentação, prática de atividades físicas, evitar o tabagismo). Além disso, precisam realizar o controle glicêmico e em alguns casos administrar insulina diariamente, o que acaba de alguma forma interferindo em sua QV negativamente.

O DM impacta socioeconomicamente nas pessoas com esta doença, pois além de onerosa, muitas vezes resulta em internações, incapacitações físicas e sociais, repercute na autoestima, autoimagem e em seu papel perante a família e a sociedade. Quando há limitações físicas, como ocorre em pessoas que

desenvolvem o Pé Diabético (PD), pode potencializar a ocorrência de depressão e isolamento social (ALMEIDA *et al.*, 2013).

O PD é um conjunto de alterações que ocorrem nos pés das pessoas com DM decorrente de neuropatia, e/ou alterações micro e macrovasculares, aumentando a susceptibilidade de ocorrer infecção provocada por fatores biomecânicos que levam a deformidades. Esta complicação crônica do DM é considerada grave, pois pode provocar problemas sociais e limitações funcionais, pode levar a amputação do membro afetado, interferindo assim na QV das pessoas (BRAGA *et al.*, 2015).

Cerca de 50% de todas as amputações não traumáticas dos membros inferiores (MMII) são realizadas em diabéticos e 85% são precedidas de uma ferida no pé. Sendo que a prevalência destas é de 4 a 10% nessa população (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

Desse modo, pode-se observar que o diagnóstico do DM e seu respectivo tratamento altera o cotidiano da pessoa, que pode ser ainda mais prejudicado quando ocorrem feridas e/ou amputações em MMII. A motivação para a realização deste estudo se deu pela observação das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com DM que fazem tratamento de PD, pois além dos problemas já citados, alguns necessitam se deslocar regularmente para a realização de curativos em unidades de saúde e/ou centro de referência, e no caso de amputação, os obstáculos são ainda maiores.

A realização deste tipo de investigação proporciona conhecimento sobre o tema em distintas realidades sociais e ambientais, permitindo a comparação da QV de diferentes pessoas inseridas numa realidade comum. Além disso, o município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul (MS) carece de estudos que avaliem o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de pessoas com PD.

Essas pesquisas embasam a criação de políticas de promoção à saúde, sendo fundamentais para nortear a assistência à saúde. Deste modo, este estudo teve o propósito de analisar IQV pessoas com PD, de pessoas com PD que apresentem feridas, com ou sem amputação em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas em MS. Seus resultados poderão contribuir para melhor compreensão de fatores que influenciam na QV.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Qualidade de Vida (QV)

Tradicionalmente, a expressão “Qualidade de Vida” era usada por filósofos e poetas, mas com o tempo passou a fazer parte da fala de médicos e pesquisadores que se interessaram em avaliar a percepção das pessoas sobre sua doença e/ou tratamento. O interesse pelo tema tem se intensificado desde a década de 1970, pois, os resultados obtidos em estudos de QV relacionada à saúde (QVRS), são úteis tanto para retratar o fenômeno saúde/doença, como contribuição à clínicos e gestores em saúde para que avaliem o impacto das terapêuticas e políticas públicas (AGUIAR *et al.*, 2008).

O conceito de QV é bastante amplo e abrange a complexidade do construto, inter-relacionando o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações e crenças pessoais (FLECK, 2000).

A QV é uma concepção humanística semelhante ao nível de satisfação familiar, amoroso, social e ambiental e à própria estética existencial. Implica na propensão de sintetizar culturalmente os determinantes, padrões sociais de conforto e bem-estar. Abrange conceitos que refletem percepções, experiências e valores individuais e coletivos atribuídos a ele, em diversas épocas, espaços e histórias distintas, sendo assim uma concepção social com a marca da relatividade cultural. Assim, a QV poderia ser definida como a menor distância entre as expectativas individuais e a realidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000)

A QV é considerada como algo subjetivo, multidimensional, e envolve aspectos negativos e positivos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

O conhecimento em QV é expresso como uma área multidisciplinar de saberes englobando, além das distintas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. Desta forma, lida-se com inúmeros elementos do cotidiano do ser humano, ponderando desde a

percepção e expectativas subjetivas sobre a vida, até questões mais deterministas como o atuar clínico frente a doenças e enfermidades (ALMEIDA, 2012).

Ogata (2009) ressalta que o conceito de QV sugerido pela OMS, envolve não só a multidimensionalidade (física, emocional, social, ocupacional, intelectual, espiritual e ambiental), mas igualmente a subjetividade. Este conceito depende da percepção de cada sujeito e se forma através da experiência de vida de cada um. Deste modo, uma boa QV seria o resultado da junção positiva de fatores como: estado psicológico, expectativas, crenças, valores, relações sociais e meio ambiente.

Para Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers que elaboraram o instrumento subjetivo genérico *Ferrans and Powers Quality Life Index* (QLI), a QV é definida como "sensação de bem-estar que deriva de satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela" (FERRANS; POWERS, 1992, p. 30). Este é o conceito adotado para nortear o presente estudo.

A relevância dos estudos sobre QV emergiu no cenário da pesquisa direcionada aos serviços de saúde e à prática clínica como um conceito importante para o processo de tomada de decisão e determinação do benefício terapêutico (ALMEIDA *et al.*, 2013).

A partir de então surgiram os instrumentos para a avaliação do IQV, os quais são subjetivos e classificados em genéricos e específicos. Os genéricos são multidimensionais e visam avaliar a percepção geral da QV, condição ou situação de saúde, a partir da avaliação de vários aspectos (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental). Os específicos, também são multidimensionais e mensuram o impacto causado por uma doença enfatizando sintomas, incapacidades ou limitações relacionados à determinada enfermidade. O benefício dos instrumentos específicos é proporcionar uma análise minuciosa do IQV relacionada a certa situação e, avaliam aspectos como dor, capacidade funcional e *status* emocional (AGUIAR *et al.*, 2008).

A OMS reconhece que há diferenças transculturais que devem ser consideradas, e a partir disso constituiu um Grupo de Qualidade de Vida, o Grupo WHOQOL, visando à elaboração de instrumentos dentro dessa perspectiva. Para isso, os integrantes do Grupo foram selecionados buscando a inclusão de países com diferenças econômicas e sociais (FLECK, 2000).

Atualmente vários instrumentos genéricos de avaliação do IQV têm sido utilizados pelos pesquisadores, dentre eles podemos citar: o *World Health Organization Quality of Life - 100* (WHOQOL -100) composto por 100 questões; o *World Health Organization for Quality of Life – brief form* (WHOQOL – bref) construído a partir do WHOQOL-100, porém de forma abreviada, composto por 26 questões; o *Medical Outcomes Studies 36 – item Short Form* (SF 36); o *Ferrans and Powers Quality of Life Index* (QLI); o *Nottingham Health Profile* (NHP); e o *Sickness Impact Profile* (SIP) (CICONELLI *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2000; SILQUEIRA, 2005; ANGÉLICO *et al.*, 2011).

O estudo realizado por Aguiar *et al.* (2008) fez um levantamento dos instrumentos utilizados para mensurar o IQV de pessoas com DM, evidenciando que muitos utilizam instrumentos genéricos como o *Quality of Well-Being Scale* (QWB), *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) e *EuroQol* (EQ-5D). Dentre os específicos voltados à pessoas com DM, foi observado o uso do *Diabetes Care Profile* (DCP), *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL), *Diabetes Impact Measurement Scales* (DIMS), *Appraisal of Diabetes Scale* (ADS), *Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life* (ADDQoL), *Diabetes Health Profile* (DHP-1 e DHP-18), *Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes-Revised* (QSD-R), *Well-Being Enquiry for Diabetics* (WED), *Diabetes-Specific Quality-of-life Scale* (DSQOLS), *Diabetes 39* (D-39) e *Problems Areas in Diabetes* (PAID).

Existem vários instrumentos que avaliam o IQV de pessoas com feridas em membros inferiores (MMII), originadas por Doença Venosa Crônica (DVC), muitos deles ainda em língua inglesa, como o *Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ), o *Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study* (VEINES-QOL/Sym), o *Aberdeen Varicose Veins Questionnaire* (AVVQ) e o *Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire* (CCVUQ), sendo que somente o CIVIQ e o VEINES-QOL/Sym possuem validação brasileira (LEAL; COUTO; PITTA, 2015).

Dentre os instrumentos específicos para a avaliação do IQV em pessoas diabéticas com feridas, podemos citar o *Neuropathy - and Foot Ulcer - Specific Quality of Life* (NeuroQol) e o *Cardiff Wound Impact*. Para avaliação da QV de pessoas com feridas crônicas temos os seguintes instrumentos já validados e adaptados à cultura brasileira: *Cardiff Wound Impact*, *Leg and Foot Ulcer Questionnaire*, *Freiburg Life Quality Assessment-Wound* (FLQA-W) e o *Índice de*

*Qualidade de Vida Ferrans & Powers Versão feridas (IQVFP-VF)* (ARAÚJO *et al.*, 2014; AUGUSTO, 2015; DOMINGUES, 2013; YAMADA; SANTOS, 2009).

A aplicação dos instrumentos de IQV pode ser feita por meio de entrevista, ou por autoaplicação (com supervisão), ambos os métodos têm vantagens e desvantagens, sendo que um dos principais fatores limitantes do último é o baixo nível de escolaridade (YAMADA, 2006).

### 2.1.1 Quality of Life Index (QLI)

O QLI foi publicado pela primeira vez em 1985, e está disponível em vários idiomas, inclusive em português. No Brasil, foi traduzido e adaptado por Kimura em 1999, que o aplicou em 27 pessoas que tiveram alta da unidade de terapia intensiva. A criação do QLI foi embasada em uma construção teórica conceitual e, confeccionado mediante minuciosos parâmetros metodológicos, com propriedades psicométricas registradas em diversos estudos internacionais (KIMURA, 1999; KIMURA; SILVA, 2009).

Originalmente, a criação deste instrumento partiu de uma abordagem ideológica buscando responder a seguinte questão: quem deve avaliar a qualidade de vida de uma pessoa? Assim as autoras optaram por uma visão ideológica em que os próprios entrevistados pudessem definir o que simboliza QV para eles. Dessa forma passaram a indagá-los sobre como eles a avaliavam, em relação a domínios específicos, evidenciando que a QV tem sua essência na experiência de vida pessoal, cabendo a cada um o julgamento de acordo com seus valores e preferências (FERRANS; POWERS, 1985; FERRANS, 1996).

O modelo conceitual adotou a análise literária e pesquisas quantitativas e qualitativas, onde foi possível apontar seis grandes núcleos: capacidade para uma vida normal, capacidade para vida socialmente útil, capacidade natural (física e mental), alcance dos objetivos pessoais, felicidade/afeto e satisfação com a vida, sendo este último considerado mais oportuno para a abordagem individualista (FERRANS; POWERS, 1985; FERRANS, 1996; KIMURA; SILVA, 2009).

Após a sua criação o QLI sofreu duas modificações. A última versão é denominada Genérica III, além das versões Genéricas I e III, foram criadas outras versões específicas: Câncer III, Cardíaca IV, Síndrome da Fadiga Crônica III,

Diabetes III, Diálise III, Epilepsia III, Transplante de Fígado III, Esclerose Múltipla III, *Nursing Home III*, Pulmonar III, Lesão Medular III, Anemia Falciforme III, Acidente Vascular III, e o Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers - Versão Feridas (IQVFP-VF)*. Todas as versões estão disponíveis de forma gratuita no site das autoras em <http://qli.org.uic.edu/> (OLIVEIRA, 2012).

Uma avaliação do IQV, utilizando o QLI, publicado em 2013, com 42 gestantes com cardiopatia, foi o propósito de um estudo realizado entre 2008 e 2009, o qual indicou que o IQV dessas mulheres é relativamente boa, e que a gestação de alto risco não afetou esses índices, no entanto no caso de gravidez não planejada houve prejuízo na dimensão socioeconômica (MENEQUIN; XAVIER, 2013).

O estudo realizado por Bezerra *et al.* (2015) utilizou o QLI para comparar o IQV de 120 gestantes com e sem disfunção sexual, e mostrou que a disfunção sexual pode interferir negativamente na QV de 35,7% das mulheres que a apresentavam.

A QV de mulheres no puerpério foi objeto da pesquisa realizada por Lima-Lara e Fernandes (2010), a amostra foi composta por 144 puérperas, os resultados das mensurações utilizando o QLI revelou não haver diferença significativa nos escores de mulheres submetidas a diferentes tipos de parto, no entanto, as que apresentaram problemas nas mamas, como fissura e ingurgitamentos tiveram índices menores de IQV.

O QLI foi utilizado também para verificar o IQV de 284 acadêmicos de Enfermagem de uma instituição de ensino privada no interior de São Paulo, e apontou para melhor IQV de estudantes do 1º, 3º e 4º ano, a baixa dos índices no 2º ano, que pode estar relacionada à inserção do aluno nas práticas e vivência de novas experiências (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

A versão Lesão Medular (LM) III (*Quality of Life Index Spinal Cord Injury – Version III*) foi moldada para a população brasileira a partir da adaptação transcultural realizada por Reis *et al.* (2015), a amostra foi composta por seis tradutores, cinco juizes e 30 pacientes com LM, e após avaliação do ponto de vista semântico, idiomático, experimental e conceitual foi considerado adequado para avaliar a QV de pessoas com LM em todos os quatro domínios do instrumento.

### 2.1.2 Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers - Versão Feridas (IQVFP – VF)

Devido à indisponibilidade no Brasil de instrumentos específicos para avaliação do IQV de pessoas com feridas de qualquer tipo, seja crônica ou aguda, a pesquisadora Beatriz Farias Almeida Yamada, em sua tese construiu a versão feridas do QLI, o Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers - Versão Feridas (YAMADA, 2006).

Em 2012 Alcicléa dos Santos Oliveira, realizou o estudo da responsividade do IQVFP-VF. Após avaliar as propriedades psicossométricas, em seus aspectos fundamentais e peculiares (IQV geral, saúde e psicológico/espiritual), mostrou que o mesmo é viável para aplicação em pessoas com feridas em geral (OLIVEIRA, 2012).

Os questionários que visam avaliar o IQV são divididos em domínios para que se possa verificar quais aspectos da vida da pessoa estão sendo afetados ou não, assim também o IQVFP-VF (Quadro 1).

Quadro 1 – Domínios do Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers – Versão Feridas

<b>Domínio Saúde e Funcionamento 19 itens</b>	<b>Domínio Família 3 itens</b>	
1. Saúde 2. O cuidado com a saúde 3. Dor na ferida 4. Dor não relacionada a feridas 5. O tratamento para alívio da dor 6. Fato de estar com a ferida 7. Tempo de cicatrização 8. Drenagem e odor da ferida 9. Aparência da ferida 10. Energia 11. Capacidade para o autocuidado sem ajuda 12. Controle sobre a própria vida 13. Mudanças na vida devido à ferida 14. Capacidade de locomoção e movimentação 15. Possibilidade de viver tanto quanto gostaria 22. Sono 23. Quantidade de preocupações 27. Lazer, diversão 28. Possibilidades de futuro feliz	16. Ter filhos/ 17. Não ter filhos* 18. Felicidade da família 20. Suporte emocional familiar	
	<b>Domínio Socioeconômico 05 itens</b>	
		19. Amigos 21. Suporte emocional de não familiar 24. Vizinhaça 25. Lar 26. Administração do dinheiro
	<b>Domínio Psicológico/Espiritual 7 itens</b>	
	29. Paz de espírito 30. Fé em Deus 31. Objetivos pessoais 32. Felicidade 33. Satisfação com a vida 34. Aparência pessoal 35. Consigo próprio	

Fonte: Oliveira (2012).

\* Os itens 16 e 17 são mutantes e excludentes.

O uso de domínios para a avaliação e não de escore total, justifica-se porque a QV é um construto multidimensional. Os domínios são mais elucidativos e capazes de fornecer informações que demonstrem se determinado tratamento ou política de saúde é capaz de afetar um domínio e não outro, ou afetá-los opostamente. No entanto, o uso de um instrumento de escore total seria bastante simples do ponto de vista analítico, porém com risco de perda de informações (FLECK *et al.*, 1999).

O IQVFP-VF (Anexo A) é composto por duas partes com 35/ itens em cada uma, sendo o 16 e 17 mutantes e excludentes. Na primeira parte, a pessoa responde sobre seu grau de satisfação com determinados aspectos da vida, marcando com um círculo na coluna que melhor descreve sua satisfação, ou seja: 1 muito insatisfeito; 2 moderadamente insatisfeito; 3 pouco insatisfeito; 4 pouco satisfeito; 5 moderadamente satisfeito e 6 muito satisfeito; as respostas devem se referenciar as últimas quatro semanas. Já na parte 2 a pessoa vai responder sobre o quanto é importante cada aspecto de sua vida, considerando como referência as últimas quatro semanas, circulando a coluna que melhor descreve, sendo: 1 sem nenhuma importância; 2 moderadamente sem importância; 3 um pouco sem importância; 4 um pouco importante; 5 moderadamente importante e 6 muito importante.

Os valores do escore total e dos domínios são realizados pelo uso de uma escala crescente tipo Likert de seis pontos. Para obter os valores dos escores é feita uma recodificação de todos os itens respondidos na primeira parte (satisfação), com objetivo de centralizar o zero da escala, subtraindo-se 3,5 de cada pontuação da escala (1; 2; 3; 4; 5; 6), resultando assim em novos valores (-2,5; -1,5; -0,5; +0,5; +1,5; +2,5). Posteriormente estes valores são multiplicados pelos itens respondidos na segunda parte (importância), somando-se 15 a esse resultado, a fim de obter um único e positivo valor em cada item. Assim, para obtenção do escore total e dos domínios deve ser feita a somatória e dividir exatamente pelo total de itens respondidos (FERRANS; POWERS, 1985; OLIVEIRA, 2012). Ou seja:

$$QLI = (SAT \text{ rec} - 3,5 \times IMP) [\text{de cada item, número de itens respondidos}] + 15$$

Sendo: **SAT rec** = valor recodificado de cada item de satisfação (-2,5 a +2,5)

**IMP** = valor bruto de cada item de importância (1 a 6).

Desta forma, os valores do IQVFP-VF, variam de 0 a 30, sendo o melhor IQV indicada pelas maiores medidas (FERRANS; POWERS, 1985), portanto, os

parâmetros descritos por Yamada (2005) que validou o instrumento, apresenta a seguinte categorização: 24|-|30 (Muito Bom); 18|- 24 (Bom); 12|-18 (Regular); 6|- 12 (Ruim) e 0|- 6 (Muito Ruim).

O IQVFP-VF pode ser tanto autoaplicado, como preenchido em forma de entrevista, dependendo da população estudada ou situação, e dispensa a necessidade de treinamento especial para utilizá-lo, não possui itens invertidos e nem pontos de corte. Os escores de cada um dos quatro domínios podem ser considerados de forma independente ou em conjunto (FERRANS; POWERS, 1992; KIMURA; SILVA, 2009).

## **2.2 Diabetes Melito (DM)**

O DM tem altos índices de prevalência principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil e, sendo considerado um grave problema de saúde pública que demanda altos custos sociais e aos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2015). Seus principais sintomas clássicos são: polidipsia, poliúria e polifagia e perda de peso (LIMA; CHAVES; VENTURATO, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015), porém a pessoa pode apresentar outros como: sonolência, dores generalizadas, formigamentos e dormências, cansaço doloroso nas pernas, câimbras, nervosismo, indisposição para o trabalho, desânimo, turvação da visão, cansaço físico e mental (RODRÍGUEZ *et al.*, 2012).

Alguns fatores que são associados ao surgimento do DM, dentre eles destacam-se: pré-disposição genética, idade elevada, sobrepeso ou obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), colesterol LDL aumentado, comprometimento da glicose em jejum, ou da tolerância à glicose identificados anteriormente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015; SMELTZER *et al.*, 2015).

A classificação do DM é baseada em sua etiologia. Segundo a OMS e a *American Diabetes Association* (ADA) (2011), as quatro classes clínicas do DM são: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), DM gestacional e outros tipos específicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O DM1 ou diabetes insulino dependente tem como característica a deficiência na secreção da insulina, quando ocorre ausência absoluta da mesma no organismo, desencadeando um quadro de hiperglicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Geralmente essa destruição das células beta é mediada por autoimunidade. Casos onde o processo autoimune não é evidente são referidos como forma idiopática de DM1. Isso faz com que seja necessária a administração de insulina para evitar a cetoacidose. O processo de autoimunidade pode ser detectado pelos seguintes marcadores: Autoanticorpos anti-insulina, Antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD 65); Antitirosinafosfatases (IA2 e IA2B) e antitransportador de zinco (Znt) (1A). Esta forma de DM está presente entre cinco a 10% dos casos, e é mais comum entre crianças e adolescentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

As alterações micro e macrovasculares provocadas pelo DM1 geram disfunções e deficiências em vários órgãos, das quais podemos destacar dentre as agudas: cetoacidose diabética, hipoglicemia e convulsão, e dentre as complicações crônicas: nefropatia, retinopatia, artropatia, neuropatia periférica e neuropatia autonômica diabética, estas últimas são também comuns no DM2 (GARDIN *et al.*, 2014).

O DM2 geralmente tem seu início de forma insidiosa e com sintomas leves, ocorre principalmente em adultos (frequentemente diagnosticado após os 40 anos) com sobrepeso, e com histórico familiar da doença. É a forma mais comum de DM e está presente entre 90 a 95% dos casos (BRASIL, 2013a).

Esse tipo de diabetes provoca resistência à ação da insulina, associado a um defeito em sua secreção, e é menos intenso do que o do DM1. Nesse caso, a ocorrência de cetoacidose é rara e o quadro de hiperglicemia desenvolve-se de forma lenta sendo assintomática durante anos, sendo que a hiperglicemia progressiva leva a uma situação de emergência caracterizada por desidratação hiperosmolar não cetótica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O controle metabólico do DM está relacionado a mudanças no estilo de vida, dos hábitos alimentares, adesão à prática de atividades físicas regulares, uso de hipoglicemiantes orais, e a insulina em alguns casos (DAVID; FINAMOR; BUSS, 2015).

O número de pessoas com DM tem crescido em todo o mundo. Em 1985 estimava-se que havia mais de 30 milhões de adultos com DM, em 1995 já eram cerca de 135 milhões, em 2002 chegou a 172 milhões. Estima-se que em 2030 este

número chegue a 300 milhões e que em 2040 haja 642 milhões de diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

De acordo com a *International Diabetes Federation* (IDF) (2015), em 2015 o número de diabéticos no mundo era de 415 milhões, o que significa que um em cada onze adultos tem DM, destacando que um em cada dois adultos ainda não foi diagnosticado. O diabetes consome 12% dos gastos com saúde no mundo (673 bilhões de dólares). A estimativa para 2040 é que a saúde seja onerada em 802 bilhões de dólares. Além disso, a OMS prevê que o DM seja a sétima causa de mortalidade em 2030.

Na América Latina a expectativa de crescimento de casos em 2040 é de 65%, e a mortalidade decorrente do DM é maior do que infecção por doenças transmissíveis como infecção por HIV, tuberculose e malária (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Já no Brasil, a IDF (2015) estimava que o número de diabéticos em 2015 era de 14,3 milhões (metade ainda não diagnosticado), a previsão é que até 2040 este número suba para 23,2 milhões. A mortalidade em decorrência do DM foi de 130.700 pessoas, e os gastos em saúde com a doença foi de 21,8 bilhões de dólares.

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostrou que no Brasil 7,7 % dos adultos com idade  $\geq$  18 anos, referiram ter diagnóstico médico de DM. Os dados apontam ainda que em Campo Grande/MS 6,9% das pessoas do sexo masculino e 8,4% do feminino referiram ter diagnóstico médico de DM (Índice de Confiança - IC de 95%), sendo que em ambos os sexos o diagnóstico da doença tornou-se mais comum com o avanço da idade, principalmente após os 45 anos (BRASIL, 2015).

A detecção de hiperglicemia é a base para o diagnóstico do DM, associado ao histórico clínico que envolve o relato de sinais e sintomas e histórico familiar. Os exames utilizados para diagnosticar DM são quatro: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose (TTG) sobrecarga de 75g em duas horas e, eventualmente, hemoglobina glicada (HbA1c) (BRASIL, 2013a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

São utilizados três critérios para diagnosticar DM, baseados nos níveis de glicemia, sendo que o teste de escolha para o diagnóstico de DM é a dosagem

laboratorial da glicemia de jejum (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015; OLIVEIRA, 2016).

São denominados casos de pré-diabetes pessoas que apresentam hiperglicemia intermediária (glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/dl, e duas horas pós-carga de 140 mg/dl a 199 mg/dl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%), pois possuem elevado risco de desenvolvimento da doença. Essas pessoas devem ser orientadas sobre métodos preventivos de desenvolvimento do DM, tais como alimentação saudável, práticas de atividades físicas e avaliação anual dos níveis glicêmicos (BRASIL, 2013a).

Pessoas com DM podem apresentar lesões no nível macrovascular e desenvolver cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e vascular periférica. Assim como lesões no nível microvascular, podem resultar retinopatia, nefropatia, neuropatia, sendo essas, respectivamente, as principais causas da cegueira irreversível, doença renal crônica e amputações não traumáticas de MMII (SANTOS *et al.*, 2015), sendo a última em decorrência do PD.

### 2.2.1 Pé Diabético (PD)

O Consenso Internacional sobre PD o define como: “infecção, ulceração ou destruição dos tecidos profundos, associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos MMII.” (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001, p. 16).

Alterações vasculares, neurológicas e infecciosas se desenvolvem concomitantemente surgindo assim o que chamamos de PD. Esta condição faz com que o tratamento torne-se ainda mais complexo, sendo que a doença arteriosclerótica (duas vezes mais comum em diabéticos), os distúrbios do colágeno, e imunológicos contribuem no processo de ulceração (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Cerca de 3% da população dos Estados Unidos da América tem DM, anualmente 1 a 4% desses desenvolvem feridas nos pés e, 15% pelo menos uma vez durante a vida. Mais da metade dessas pessoas, já foram submetidos à amputação de MMII. Estima-se ainda que entre 30 e 50% dos amputados vão necessitar de amputações adicionais dentro dos próximos três anos, e 50% irão falecer dentro de cinco anos após a amputação de nível maior (ARMSTRONG *et al.*, 2011; BRESHOW *et al.*, 2013; LEE *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2015).

Existem vários fatores predisponentes e precipitantes para o PD, dentre os quais podemos citar: duração da doença; hiperglicemia mantida, histórico de tabagismo, uso de calçados inadequados, ingestão de álcool, sobrepeso/obesidade, neuropatia periférica sensorial com falta de sensibilidade ao teste com monofilamento de 10g de *Semmes-Weinstein*, aumento do limiar da sensibilidade vibratória maior ou igual a 25 volts, pressão nos pés aumentada, calosidades, artelhos em forma de martelo e deformidade de Charcot, doença vascular periférica, deformidade no pé decorrente de amputação prévia, histórico de feridas no pé, amputação progressiva e deficiência visual (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

A degeneração progressiva dos axônios é uma característica da neuropatia periférica e está relacionada com a diminuição da condução nervosa e perda da sensibilidade. Já a doença arterial periférica (DAP) é caracterizada pela oclusão ou estreitamento de artérias nas extremidades inferiores, causada principalmente pela aterosclerose. Tanto a neuropatia, quanto a DAP são fatores de risco independentes para o desenvolvimento de feridas nos pés de pessoas com DM (BRAGA *et al.*, 2015; PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014).

As feridas podem ser neuropáticas, isquêmicas ou neuroisquêmicas. Para distinguir se a ferida é neuropática ou isquêmica, é preciso reconhecer os fatores que as diferenciam, tais como: aspecto, localização, dor, deformidade, temperatura da pele do pé, coloração do pé, unhas, pulsos, pele e calosidades (ROSA; FERRAZ; BORGES, 2012).

As neuropáticas se desenvolvem na região plantar, particularmente sob as cabeças dos metatarsos, hálux e calcanhar. Iniciam-se com calosidade ou espessamento do estrato córneo, evoluindo para hemorragia local, formação de bolha e, finalmente, ulceração do tecido. As isquêmicas apresentam-se como feridas planas, secas, distróficas e dolorosas podendo ou não estar associadas à necrose cutânea. A gangrena seca surge após a presença de celulite, geralmente responsável pela trombose dos pequenos vasos digitais; já o surgimento da gangrena úmida é antecedida de palidez, rubor, bolhas azul-escuras e odor fétido. As feridas neuroisquêmicas manifestam características comuns às neuropáticas e isquêmicas (CUBAS *et al.*, 2013; ROSA; FERRAZ; BORGES, 2012).

O principal fator desencadeante da neuropatia periférica é a hiperglicemia, pois, quando esse quadro se cronifica pode gerar danos celulares de várias maneiras, aumentando a produção dos radicais livres, formando produtos de

glicação avançada, ativando cascatas inflamatórias culminando em dano e morte celular. A insulinopenia colabora para a patogênese da neuropatia, pois a insulina tem efeitos neurotróficos que interferem tanto no desenvolvimento, como na sobrevivência dos neurônios (SILVEIRO; SATLER, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente a fim de identificar fatores de risco para feridas e amputação. Esse acompanhamento deve incluir uma ordenada rotina de avaliação de sensibilidade protetora e da integridade dos pés, a fim de evitar agravos (BRASIL, 2013a).

O diagnóstico de PD é realizado basicamente pela realização de exames clínicos que incluem exame físico dos pés e exploração sensorial.

O exame físico dos pés pode ser dividido em quatro etapas:

- **Avaliação da pele** – inspeção da pele, verificando higiene, corte de unhas, emulsificação da pele (ressecamento, descamação), alterações nas unhas (espessamento e/ou onicomicose), intertrigo micótico, e presença de feridas, bolhas e eritemas;
- **Avaliação musculoesquelética** – inspeção de eventuais deformidades, sendo que comumente tais deformidades aumentam a pressão plantar, causam ruptura na pele, e incluem o dedo em garra e o dedo em martelo. No caso da artropatia de Charcot a neuropatia apresenta eritema, calor, edema e deformidade na região plantar;
- **Avaliação vascular** – o pulso pedioso e tibial devem ser palpados e registrados como ausente ou presente. Essa avaliação ainda inclui observação da temperatura, pêlos, pele e músculos;
- **Avaliação neurológica:** objetiva identificar a perda da sensibilidade protetora (PSP), para isso são utilizados três testes clínicos: sensibilidade tátil com monofilamento de 10g (*Semmes-Weinstein*), sensibilidade vibratória com diapásio de 128 Hz, percepção de picada com objeto pontiagudo e reflexo de aquileu com martelo de verificação de reflexos. Para avaliar a PSP recomenda-se utilizar pelo menos dois destes testes (associar o monofilamento de 10g a outro teste). Um ou dois testes anormais sugerem PSP e dois testes normais (sem nenhum anormal) a descartam. É importante aplicar pelo menos três repetições dos testes

intercalando com uma falsa aplicação (AGREDA; BOU, 2012; BRASIL 2013a; ROSA; FERRAZ; BORGES, 2012).

A prevenção baseia-se na manutenção do estilo de vida saudável, controle clínico do DM, cuidados com os pés e autocuidado (COSTA *et al.*, 2011; MOLENA-FERNANDES *et al.*, 2005).

O tratamento do PD varia de acordo com o grau de comprometimento do membro, observando a existência e/ou gravidade de isquemia e/ou infecção. Quando o comprometimento é unicamente neuropático o tratamento pode ser realizado com antimicrobiano e debridamento da ferida. Já quando é isquêmico, o objetivo do tratamento é a reperfusão e, se o caso for muito grave, a amputação pode ser necessária (HIROTA; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

Há várias formas de classificar as feridas dos pés em pessoas com DM, porém a mais difundida é a Classificação de Wagner, que é uma ferramenta importante por proporcionar ao profissional um panorama completo, porém simplificado, para indicação do tratamento mais adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Pessoas com DM tem um risco de 25% de desenvolver uma ferida durante sua vida, a qual demanda tratamento prolongado e dirigido, acarretando implicações importantes na QV tanto dos acometidos pela doença, como também em seus cuidadores. A deficiência no processo de cicatrização é o que mais se associa ao declínio progressivo da QV. Além disso, o tratamento traz custos significativos para os serviços de saúde e agrava-se no caso de complicações ou amputações (FERREIRA *et al.*, 2014).

As feridas em MMII provocam alterações psicológicas como tristeza, depressão, irritabilidade, preocupação com a aparência e isolamento social, interferindo na QV (MELO *et al.*, 2015), além de causar desmotivação, incapacidade para o autocuidado e para atividades cotidianas e sociais. Além das intervenções em prol da prevenção de complicações e recuperação tecidual, é necessário buscar estratégias que ajudem no enfrentamento as mudanças, e promover a autoestima, autonomia e autocuidado (ALBUQUERQUE; ALVES, 2011; BEDIN *et al.*, 2014).

O PD pode afetar a QV das pessoas com DM por estar associado à dor crônica, piora na qualidade do sono e risco de amputação. Soma-se a esse risco o fato de que o PD é a maior causa de amputação não traumática de MMII (SILVEIRO; SATLER, 2015).

A Doença Arterial Oclusiva Crônica (DAOC) é uma das complicações crônicas decorrentes do DM, e é responsável por metade das amputações não traumáticas no mundo, dentre suas consequências podemos citar: tratamento longo e rigoroso, necessidade de consultas, exames e internações hospitalares constantes, uso de polifármacos, dietas especiais, dor, gangrena e amputações de MMII, que acabam afetando a vida da pessoa e dos que estão em seu redor (MATHEUS; PINHO, 2006).

A pessoa com ferida crônica tende a ficar fragilizada devido a dor, odor e secreções. A promoção da QV torna-se assim um desafio aos profissionais de saúde, pois durante a assistência deve-se dimensionar o quanto a ferida pode estar interferindo nas condições de vida do indivíduo, e assim buscar formas de incentivar o autocuidado e a autoconfiança, criando situações que agreguem esperança ao tratamento (BEDIN *et al.*, 2014).

Existem atualmente no mercado medicamentos e dispositivos que auxiliam no tratamento das feridas conforme sua classificação. E quando há infecção a identificação do agente etiológico é necessária para a definição do tratamento adequado (CAIAFA *et al.*, 2011).

Além do uso de coberturas e medicamentos no tratamento, às vezes é preciso realizar o debridamento cirúrgico e, quando existe o risco de disseminação da infecção, principalmente em casos de osteomielite, é realizada a amputação do membro ou parte dele de acordo com a extensão da mesma (ROSA; FERRAZ; BORGES, 2012; SMELTZER *et al.*, 2015).

## 2.2.2 Amputação

É chamada de amputação a retirada cirúrgica total ou parcial de um membro ou segmento de membro. Pessoas com DM têm risco aumentado em 15 vezes de serem submetidos a amputações, principalmente os que possuem baixo nível socioeconômico, condições de higiene inadequadas e acesso insuficiente aos serviços de saúde (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2009; REIS; CASA JÚNIOR; CAMPOS, 2012).

Apesar do aumento dos procedimentos de revascularização, a amputação de MMII continua prevalente na prática clínica, isso provavelmente se deve ao fato do envelhecimento populacional resultar em mais comorbidades (ROLIM *et al.*, 2015).

A classificação da amputação, de acordo com o Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético (2001), foi adotada pela autora no presente trabalho, da seguinte forma:

- **Amputações de nível menor** são aquelas que se restringem aos dedos dos pés, ou à parte anterior do pé, indicadas geralmente para remoção de gangrena, após revascularização por isquemia, como componente de debridamento ou para reparar deformação dos pés. O processo de cicatrização é longo, e o comprometimento da marcha é reduzido, no entanto pode evoluir para deformidades.
- **Amputações de nível maior** ocorrem na parte proximal do pé, perna, coxa e desarticulação do quadril. Pessoas submetidas a este tipo de amputação possuem elevado risco de amputação contralateral subsequente. Antes de se recomendar este procedimento, deve-se cogitar a revascularização, pois uma ferida não cicatrizada não é indicativo para amputação (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2009; GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

A amputação traz sérios riscos de infecção e é um fator comprovadamente predisponente ao surgimento de outras feridas nos MMII e de outras amputações. Ter um membro amputado é um acontecimento traumático para a pessoa, pois, significa mudanças expressivas na imagem corporal, interferência nas funções motoras, integridade mental e interação psicossocial (CHAMLIAN; WEINTRAUB; RESENDE, 2013; TORREZ-VALENZUELA *et al.*, 2015). Além disso, a taxa de mortalidade após amputação em MMII é muito alta, podendo chegar aos 22% após

30 dias, 44% após um ano e 77% depois de cinco anos (ROLIM *et al.*, 2015; FORTINGTON *et al.*, 2013).

É um procedimento temido pelas pessoas tanto pela perda de um membro, quanto pela conseqüente incapacidade, no entanto, deve-se considerar o início de uma nova etapa, onde a perda do membro alivia o sofrimento e afasta o risco de morte (Reis; Casa Júnior; Campos, 2012), deve-se considerar ainda a sobrecarga da previdência causada por aposentadorias precoces e afastamentos, além dos altos custos hospitalares tanto para o tratamento como para a reabilitação (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2009).

As pessoas amputadas precisam se adaptar à sua nova condição de vida. Este processo possui um contexto amplo que requer intervenções necessárias para que sejam superadas as dificuldades e desvantagens impostas por ela, as quais são múltiplas, sistêmicas e variam de acordo com a nova condição de vida (VARGAS *et al.*, 2014).

A Constituição Federal, no Capítulo II, artigo 23, afirma que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”, baseado nisso o Ministério da Saúde criou as Diretrizes de Atenção a Pessoa Amputada, como uma política pública de saúde voltada às competências profissionais de ações e intervenções às pessoas com amputações (BRASIL, 2013b).

Deve-se ressaltar que a partir do momento e do grau em que a pessoa é amputada, a mesma passa a ser considerada como deficiente físico, no entanto, esse conceito não deve se restringir a dificuldades e limitações, haja vista que muitas pessoas conseguem conviver normalmente na sociedade. Sendo assim, a manutenção dos vínculos já estabelecidos e novas relações interpessoais que o ajudem no enfrentamento das suas dificuldades, tanto emocionais, quanto instrumentais torna-se muito importante, isso porque a vivência desta nova realidade requer apoio de diferentes fontes (CRUZ *et al.*, 2015).

Para Vargas *et al.*, (2016) que realizaram um estudo com 19 trabalhadores da saúde de diversas áreas de conhecimento (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas), diretamente envolvidos nos cuidados a pessoa com amputação, esses profissionais atribuem a reabilitação da pessoa amputada a um serviço específico, que ofereça procedimentos de

protetização, no entanto, a reabilitação deve estar atrelada ao tratamento da doença crônica e ao restabelecimento das condições psíquicas, físicas e sociais.

Um estudo realizado por Rolim *et al.*, (2015) com 297 pessoas submetidas a amputação entre janeiro de 2008 e agosto de 2009, mostrou que a taxa de mortalidade pós amputação é mais elevada em sujeitos submetidos ao procedimento cirúrgico à nível maior, o que pode sinalizar que os cuidados visando a não recidiva da amputação influencia na expectativa de vida da pessoa.

Visto que a amputação reflete em alterações que impossibilitam o desempenho físico esperado para a parte do corpo retirada, é necessário que os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem esteja empenhada na recuperação e cuidado de saúde dessa população, reconhecendo seus anseios e fragilidades (VARGAS *et al.*, 2014).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar o IQV de pessoas com PD que apresentem feridas, com ou sem amputação, utilizando o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers – Versão Feridas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar a população estudada segundo variáveis sociodemográficas e clínicas;
- b) Analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e os resultados obtidos nas mensurações de IQV das pessoas com PD que apresentem feridas, com ou sem amputação.

## 4 MATERIAIS E MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo seccional, analítico, com abordagem quantitativa.

Segundo Câmara (2009) estudos do tipo analítico objetivam evidenciar a causalidade (relação causa e efeito) entre a exposição e o aparecimento de algum efeito adverso a saúde. E para Bonita; Beaglehole; Kjellström (2010) é abordar com mais profundidade as relações entre o estado de saúde e outras variáveis. O primeiro passo para realizar um estudo seccional analítico é formar dois grupos:

- a) **Grupo caso:** Formado por pessoas com uma doença ou condição específica). Neste estudo, pessoas com PD que apresentaram ferida e com amputação;
- b) **Grupo controle:** Embora pertença ao mesmo grupo de onde foi extraído o grupo caso, é formado por indivíduos que não apresentaram a condição específica. Neste estudo, pessoas com PD com ferida e sem amputação.

O segundo passo realizado nesta pesquisa, foi analisar os efeitos da ferida e/ou amputação sobre o IQV nos dois grupos.

### 4.2 Local da pesquisa

Foi realizada no Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares Periféricas do Centro de Especialidades Médicas (CEM) da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS, que é diretamente subordinado ao Serviço de Normatização e Supervisão Técnica da Coordenadoria de Atenção Especializada, da Secretaria de Municipal de Saúde (SESAU). Este Serviço tem diversas competências, dentre elas a avaliação, assistência e acompanhamento de pessoas com feridas vasculogênicas, neuropáticas e por pressão.

Por ser referência, as feridas tratadas no local são de alta complexidade e em sua maioria, encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e conta com acesso a coberturas específicas

que nem sempre estão disponíveis nas unidades de saúde da Atenção Básica (CAMPO GRANDE, 2015).

Diariamente, são atendidas cerca de 60 pessoas, totalizando aproximadamente 240 ao mês, com PD e outros diagnósticos. A frequência de comparecimentos é variável, podendo ser diariamente, duas ou três vezes na semana, semanalmente ou quinzenalmente.

### **4.3 População e Amostra**

A população foi constituída por 77 pessoas atendidas no referido serviço, com diagnóstico de PD.

A amostragem por conveniência foi de 64 pessoas que cumpriram os seguintes critérios:

#### **Critérios de inclusão:**

- 1) Pessoas com PD que apresentavam feridas, com ou sem amputação;
- 2) Idade igual ou maior que 18 anos;
- 3) Com capacidade cognitiva para responder ao formulário;
- 4) As que consentiram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

#### **Critérios de não inclusão:**

- 1) Pessoas indígenas; privadas de liberdade; gestantes, e institucionalizadas,
- 2) Com PD que apresentavam doença excludente (transmissível ou outra comorbidade crônica em terapia substitutiva) no período da coleta.

#### **Critério de exclusão**

- 1) Pessoas incluídas na amostra que desistiram de participar.

Não houve necessidade de exclusão de nenhum participante.

No final, 13 pessoas não foram incluídas na amostra, conforme observa-se na Figura 1:

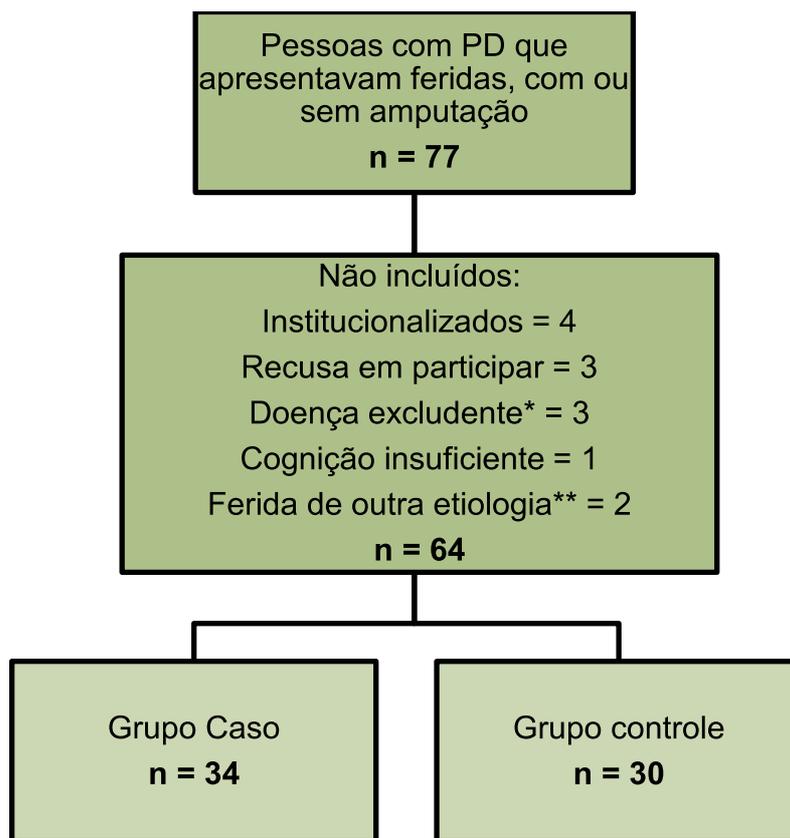


Figura 1 – Fluxograma de incluídos e não incluídos na amostra.

\*Insuficiência renal crônica

\*\*Trauma corto-contuso

#### 4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

1) **Formulário de dados sociodemográficos e clínicos:** elaborado pela pesquisadora (Apêndice B), aplicado às pessoas com PD que apresentavam feridas, com ou sem amputação. As adequações no formulário foram realizadas após a submissão do mesmo ao teste piloto com 10 pessoas da amostra, as quais foram incluídas na pesquisa.

2) **Formulário específico:** aplicado aos participantes dos grupos Caso e Controle: Neste trabalho, foi escolhido o IQVFP-VF .

#### 4.5 Processo de obtenção dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e aplicação dos formulários pela pesquisadora, no período de 03 de novembro de 2015 a 18 de janeiro de 2016.

O diagnóstico de PD e os dados clínicos, a presença de feridas, com ou sem amputação, eram certificados na ficha de atendimento e a abordagem ao possível participante era iniciada convidando-o para a pesquisa. Os objetivos e procedimentos eram informados, havendo aceite e assinado o TCLE, o participante era alocado no Grupo Caso (pessoas com PD que apresentem ferida e com amputação) ou Controle (pessoas com PD que apresentem ferida) e a seguir a entrevista realizada.

#### **4.6 Aspectos Éticos e Legais**

A coleta de dados obedeceu rigorosamente às normas de Pesquisas com Seres Humanos e a Resolução Conselho Nacional de Pesquisa nº 466/12, tendo em vista que foi solicitada autorização da SESAU para a realização da mesma (Apêndice C), e após anuência (Anexo B), foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado a UFMS sob Parecer nº 1.250.005/2015 (Anexo C).

#### **4.7 Análise estatística**

Os dados coletados foram dispostos em um banco de dados do Programa *Microsoft Office Excel* versão 2007 e analisados nos Softwares *Epi Info* versão 7 e *Minitab* versão 14.

Foi analisado o IQV das pessoas com PD que apresentavam feridas, com ou sem amputação em relação ao IQVFP-VF, em seus quatro Domínios: Saúde e Funcionamento, Família, Socioeconômico e Psicológico/Espiritual.

A análise foi dividida em duas partes, sendo a primeira descritiva do perfil sociodemográfico e clínico da amostra; e na segunda, a Correlação Linear entre os Domínios do IQVFP-VF em relação aos grupos Caso e Controle, e o cruzamento dos resultados sociodemográficos e clínicos em relação aos quatro Domínios do IQV, por meio do Teste de diferenças de médias (Teste t-student). Em todos os testes foi aplicado o critério de 95% de confiabilidade. Foram considerados significativos valores de  $p < 0,05$ .

Para fins de discussão dos resultados relacionados à IQV, neste estudo, foram adotados os parâmetros descritos por Yamada (2005), com a seguinte

categorização: 24|-|30 (Muito Bom); 18|- 24 (Bom); 12|-18 (Regular); 6|- 12 (Ruim) e 0|- 6 (Muito Ruim).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Resultados sociodemográficos e clínicos

As Tabelas 1, 2 e 3 desta parte apresentam os resultados sociodemográficos e clínicos.

**Tabela 1** - Variáveis sociodemográficas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS - Brasil – 2016 (n=64)

Variáveis	n	%	Média/DP
Sexo			
Masculino	44	68,8	
Feminino	20	31,3	
Faixa etária			
30-49	08	12,5	
50-59	20	31,3	
60 ou mais	36	56,2	60,5 (± 9,69)
Dependentes			
1-4	52	81,3	
5 ou mais	12	18,7	2,98 (± 1,71)
Prática religiosa			
Praticante	50	78,1	
Não praticante	14	21,9	
Situação conjugal			
Com companheiro	34	53,1	
Sem companheiro	30	46,9	
Atividade laboral			
Não	54	84,4	
Sim	10	15,6	
Anos de estudo			
Nenhum	01	1,6	
Até 5	28	43,7	
De 6 a 8	17	26,6	6,8 (± 3,7)
De 9 a 12	14	21,9	
13 ou mais	04	6,2	
Renda per capita (em salários mínimos*)			
≤ 1	53	82,8	
1,1 a 2	09	14	
> 2	03	3,2	
Meio de transporte			
Carro	36	56,3	
Coletivo	22	34,4	
Bicicleta	05	7,8	
Moto	01	1,6	
Orientação sobre cuidados com os pés			
Sim	55	86	
Não	9	14	

\*Vigente em janeiro de 2016 (R\$ 880,00).

A amostra foi composta predominantemente por pessoas do sexo masculino (68,8%). A idade média foi de 60,5 anos (DP  $\pm$  9,69). No tocante a faixa etária pode-se verificar que 56,2% são idosos, 81,3% com dependentes, 78,1% considera-se praticante de alguma religião, 53,1% refere ter um companheiro, verifica-se ainda que 84% dos entrevistados não realizava atividade laboral.

Inferre-se que o DM acomete mais os idosos, o que provavelmente está associado ao processo de senescência fisiológica, consequente das alterações fisiometabólicas do corpo, desencadeada por fatores como má alimentação e sedentarismo (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Verifica-se que, a média de anos estudados 6,8 anos (DP  $\pm$  3,7) corresponde ao ensino fundamental incompleto. O baixo nível de escolaridade pode ser um fator limitante ao acesso às informações, devido à compreensão insuficiente da escrita e fala, ocasionando a desvalorização das ações de prevenção, retardando a busca por assistência profissional, o que contribui para o surgimento de agravos e encarecimento dos gastos pessoais (MEDEIROS *et al.*, 2016; PACE *et al.*, 2006; PEREIRA *et al.*, 2014), visto que 86% (55 pessoas), durante as entrevistas, referiram ter recebido orientações quanto aos cuidados com os pés.

Nota-se também que a baixa escolaridade condiz ainda com a renda *per capita* média de R\$ 852,00 (DP  $\pm$  R\$ 863,00), inferior a um salário mínimo vigente no ano da pesquisa (R\$ 880,00). A baixa renda adicionada ao nível de escolaridade mostrada nestes resultados pode ser um fator que compromete o estado de saúde e o IQV, por segundo Araújo *et al.* (2016), dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso, dieta e seguimento das orientações para a saúde.

No que se refere à situação conjugal, um estudo realizado com 436 pessoas cadastradas no Programa Hiperdia no município de Santa Maria (RS) entre 2011 e 2012, mostrou que a 59% tinham companheiro (PEREIRA *et al.*, 2014), o que se aproxima aos resultados deste estudo (53,1%).

Apesar da baixa renda, o meio de transporte mais utilizado para realização dos curativos foi o carro, isto pode ser reflexo de que devido às condições de saúde, locomoção prejudicada e idade, os entrevistados contam com a ajuda de familiares e amigos para seu deslocamento.

O fato de 68,8% das pessoas desta pesquisa serem do sexo masculino corrobora com a realizada por Gomides *et al.* (2013) (62,9%) que avaliou as atividades de autocuidado com o em 35 entrevistados com DM e PD, no entanto

este resultado, diverge de outros estudos como o de Dicow ( 2015) realizado no município de Agudo – Rio Grande do Sul (RS), com 195 sujeitos, que encontrou 66,53% do sexo feminino, relacionando seus achados ao fato de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde (COSTA; THULER, 2012).

A incidência de DM aumentou nas mulheres a partir da década de 90, seguindo as mudanças nos hábitos de vida, como aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas, sedentarismo e obesidade, sendo que estas possuem 2,2 vezes mais chances de serem diagnosticadas com a doença (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Porém, é importante considerar que este estudo foi realizado em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, ou seja, as pessoas que utilizam o atendimento ali realizado já estão em estágio avançado da doença.

Além disso, os homens procuram os serviços primários de saúde com menor frequência, fazendo com que adentrem ao sistema de saúde pela atenção hospitalar de média e alta complexidade, o que os tornam mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas (SOUZA *et al.*, 2016; FIGUEREDO, 2015).

Em 2009 foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujo principal objetivo foi promover as ações de saúde que cooperassem de maneira considerável para a assimilação da realidade masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, de modo a possibilitar o aumento da expectativa de vida e a diminuição dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis nessa população (BRASIL, 2008; SOUSA *et al.*; 2015).

Apesar da PNAISH não ser voltada diretamente as DCNT, já que estas tem uma política específica, a Portaria 1.994/2009 em seu artigo 4º relaciona os seguintes objetivos:

- I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;
- II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (BRASIL, 2009).

Sendo assim, tendo a integralidade como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e considerando que o DM duplica o risco para doença cardiovascular em pessoas do sexo masculino (Panarotto *et al.*; 2008), seu diagnóstico, acompanhamento e ações de saúde são medidas necessárias que

podem ser realizadas aproveitando a oportunidade da entrada dos homens na Atenção Básica, não se restringindo ao Hiperdia.

**Tabela 2-** Variáveis clínicas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil 2016 (n=64)

Variáveis	n	%	Média/DP
Diagnóstico de Diabetes Melito (em anos)			
≤ 5	23	36,0	
6 a 10	19	29,6	10,14 (±7,29)
11 a 15	10	15,6	
16 ou mais	12	18,8	
Diagnóstico de Pé Diabético (em anos)			
≤ 3	52	81,3	2,43 (±2,66)
4 a 7	10	15,6	
8 ou mais	02	3,1	
Comorbidades <sup>(1)</sup>			
Hipertensão Arterial Sistêmica	39	60,9	
Hipercolesterolemia	18	28,1	
Cardiopatias	07	10,9	

<sup>(1)</sup> Cada entrevistado poderia assinalar zero, uma ou mais comorbidades, o percentual é relativo aos 64 entrevistados.

Os resultados evidenciam em 36% dos entrevistados o diagnóstico de DM é relativamente recente (até cinco anos), e em 81,3% o surgimento da ferida, com respectivo diagnóstico de PD, ocorreu em um período de até três anos.

As comorbidades apresentam uma frequência alta, principalmente a HAS (60,9%), e a hipercolesterolemia (28,1%), assim como no estudo transversal realizado por Cecilio *et al.* (2015) com pessoas com DM cadastradas na Associação dos Diabéticos do município de Maringá (PR), tendo uma amostra composta por 318 indivíduos houve predominância de HAS (66,4%) e hipercolesterolemia (37,7%).

Ressalta-se que estas comorbidades, quando associadas à hiperglicemia mantida, são fatores predisponentes ao surgimento de PD (SANTOS *et al.*, 2013), além disso a HAS aliada ao sobrepeso podem caracterizar o quadro de síndrome metabólica que tem como uma de suas consequências a contribuição para o surgimento de cardiopatias e complicações em longo prazo (RAMOS; FERREIRA; NAJJAR, 2014).

Além disso, a HAS é frequentemente associada ao surgimento do PD, pois aumenta o risco de surgirem alterações nos pés em consequência do comprometimento vascular e descontrole dos níveis glicêmicos (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Visto que a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada para o atendimento às pessoas com doenças crônicas, destaca-se que a assistência prestada pelos profissionais de saúde, especialmente pelos enfermeiros, deve ocorrer de maneira contínua e integral, direcionada às necessidades individuais, segundo o princípio da equidade. Assim, é preciso que estes profissionais sejam capacitados e qualificados para a uniformização, personalização e sistematização do atendimento as pessoas com DM de forma completa, baseada na educação em saúde e no desenvolvimento do autogerenciamento (SISNANDO *et al.*, 2016).

Apesar das diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde, no que tange à realização do exame dos pés de pessoas com DM em prol da prevenção de neuropatia diabética e PD, percebe-se que a inspeção dos pés e verificação da percepção de sensibilidade à picada são comumente realizadas, no entanto, a palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior, verificação da temperatura e coloração da pele e do reflexo Aquileu, uso do monofilamento de 10g associado ao teste de diapasão de 128Hz para exame neurológico, com teste de sensibilidade tátil e vibratória são de certa forma negligenciados pelos profissionais (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010; SISNANDO *et al.*, 2016).

Isto pode ser um reflexo da alta demanda no atendimento e quantitativo elevado de pessoas a serem avaliadas por um mesmo profissional (consultas e ações de saúde) fazendo com que o mesmo “escolha” testes mais simples e rápidos.

É relevante considerar ainda que as DCNT são mais comuns em pessoas com idade avançada, as quais têm dificuldades físicas para aguardar por atendimento por tempo prolongado.

As ações de assistência ao paciente com PD devem ser realizadas, e a avaliação registrada comparando Membro Inferior Direito (MID) e Membro Inferior Esquerdo (MIE), de forma frequente e ordenada, a fim de alcançar os indicadores de qualidade assistencial para pessoas com DM. Assim, a conduta do profissional deve focar a realização regular do exame clínico dos pés, orientações de saúde, registro de medidas preventivas, curativas e educativas para o cuidado com os pés, com a finalidade de diminuir o risco de a pessoa desenvolver feridas e consequentes amputações por PD (SILVA *et al.*, 2011).

**Tabela 3** – Grupo caso segundo o sexo, número de amputações, tipo, localização topográfica, tipo de ferida e órteses utilizadas, em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil, 2016 (n=34)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	30	88,2
Feminino	04	11,8
Número de amputações		
1	24	70,6
2	06	17,6
3 ou mais	04	11,8
Tipo de amputação		
Menor	29	85,3
Maior	05	14,7
Localização topográfica da amputação		
Unilateral (Direita ou Esquerda)	29	85,3
Bilateral	05	14,7
Tipo de ferida		
Cirúrgica por amputação	21	61,8
Crônica e cirúrgica por amputação	13	38,2
Órteses utilizadas		
Sapato especial	27	79,4
Muleta	03	8,8
Cadeira de rodas	02	5,9
Nenhuma	02	5,9

Em relação ao sexo das pessoas com amputação, há maior percentual de homens (88,2%). Esta pesquisa mostra que 70,6% dessas pessoas apresentam uma amputação, representando, portanto, 82,7% dos classificados com o tipo de amputação denominada “menor” (85,3%).

O percentual elevado de homens com amputação estão de acordo com Tavares *et al.* (2009) que descreveram as características sociodemográficas e clínicas de 141 internados (sendo 58,9% homens) no Hospital Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso submetidos a amputação por PD, porém segundo os autores o porquê desta ocorrência maior no sexo masculino ainda não está bem definida na literatura.

Segundo Singhn, Armstrong e Lipsky (2005) o risco para o desenvolvimento de úlceras nos pés é maior no sexo masculino, com mais de dez anos de doença, o que corresponde nesta pesquisa a 34,4% dos entrevistados, no entanto devemos considerar que o tempo de diagnóstico nem sempre corresponde ao tempo de doença instalada.

Nesta pesquisa a maior parte dos entrevistados (70,6%) relata ter sido submetida a uma amputação. No estudo realizado por Tavares *et al.* (2009) em 2005, com uma mostra de 141 pessoas, 48,2% tinham uma amputação, sendo que o que apresentava mais amputações havia passado por oito procedimentos do tipo.

Pedras, Carvalho e Pereira (2016) em Portugal buscaram comparar o IQV de pessoas com PD amputados e não amputados, contaram com uma amostra de 175 pessoas, sendo que dentre estes 102 tinham sido amputados, o instrumento utilizado foi o SF-36, que apresentou diferença significativa no Domínio Saúde Mental no qual os que apresentaram amputação menor apresentaram escores maiores quando comparados aos com amputação maior.

No estudo epidemiológico realizado por Santos *et al.* (2016) que estabeleceu três cortes transversais, correspondentes aos triênios 1990–1992, 1995–1997 e 2003–2005, buscou estimar a prevalência de amputações e revascularizações por pé diabético, e apontou para uma proporção sempre mais elevada de amputações em nível maior em relação às de nível menor, os autores sugerem que maiores esforços necessitam ser empreendidos pela atenção básica quanto ao diagnóstico precoce e ações de prevenção deste agravo.

No presente estudo, as amputações unilaterais foram mais frequentes (85,3%), e 61,8% das feridas em tratamento estão relacionadas ao procedimento cirúrgico de amputação. Devido à condição de ser amputados, 94,1% das pessoas utilizava órteses, sendo o sapato especial a mais frequente entre elas (79,4%).

O estudo realizado por Santos *et al.* (2013), em um hospital público que atende tanto a população do interior como da região metropolitana do Estado de Pernambuco, com 214 pessoas, apontou que 55,2% dos submetidos à amputação por PD não tinham conhecimento sobre o valor normal da glicemia e que 61,4% deles referiram não terem sido informados sobre os resultados deste exame, o que pode repercutir na adesão ao tratamento, pois este conhecimento, aliado à orientações pertinentes, poderia resultar em ações de autocuidado. O desconhecimento pode influenciar negativamente no controle da glicemia, fator reconhecido como de risco para a amputação.

Tardivo *et al.* (2015) pesquisaram 62 pessoas tratadas no Centro de Pé Diabético no Hospital Anchieta de São Bernardo do Campo (SP) e buscaram estabelecer um escore prognóstico simples para PD que permitisse acesso rápido para que decisões terapêuticas fossem baseadas na probabilidade dos resultados,

e indicassem as chances de amputação. Esta pontuação baseia-se em 3 fatores principais: Classificação de Wagner, sinais de DAP e localização da ferida, resultando em valores de 1 a 32, os quais, quanto maior, pior o prognóstico. Para os autores, este resultado fundamentado na prática clínica, aliado à terapia fotodinâmica antimicrobiana poderia reduzir em mais de 80% as amputações em pessoas com DM.

Ações em saúde priorizando os cuidados com os pés com a finalidade de prevenir o PD, associando o estímulo ao autocuidado, atendimento interdisciplinar e educação em saúde podem evitar entre 44% e 85% das amputações, além de diminuir os gastos e o desgaste físico e emocional (GOMIDES *et al.*, 2013; TAVARES *et al.*, 2009).

A prática do autocuidado é importante, pois proporciona a aquisição de mais informações sobre a saúde, fazendo com que a pessoa ganhe maior autonomia. Este conhecimento pode levar ao desenvolvimento de atividades em benefício próprio como inspeção dos pés, cuidados com as feridas, reeducação alimentar, dentre outros, a fim de evitar complicações, pois muitas vezes a obrigatoriedade de mudança no estilo de vida gera resistência e insatisfação o que leva a negação da doença (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2016).

A assistência à saúde deve abordar principalmente o acatamento dos riscos e resguardar o direito a vida com qualidade. O profissional deve refletir sobre como prestar cuidados que preservem, respeitem, e reconheçam a individualidade de cada um, este engajamento pode contribuir para que as pessoas com amputação tenham uma vida mais digna (VARGAS *et al.*, 2016).

## 5.2 IQV de pessoas com PD que apresentam feridas, com ou sem amputação utilizando o IQVFP - VF

Esta parte contém as Tabelas 4, 5, 6, 7, 8, 9 que apresentam os resultados relacionados aos Domínios do IQV, e a Tabela 10 a correlação destes com os resultados sociodemográficos e clínicos.

**Tabela 4 -** Grupos Caso e Controle das pessoas com Pé Diabético em relação aos domínios do Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers* – Versão Feridas, em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64)

Domínio	n	Média/DP	p
<b>Saúde e Funcionamento</b>			
Controle	30	19,85 (± 4,48)	0,974
Caso	34	19,81 (± 4,37)	
<b>Família</b>			
Controle	30	24,92 (± 6,37)	<b>0,046</b>
Caso	34	27,72 (± 4,12)	
<b>Socioeconômico</b>			
Controle	30	24,30 (± 4,26)	0,108
Caso	34	25,85 (± 3,19)	
<b>Psicológico/Espiritual</b>			
Controle	30	25,83 (± 4,45)	0,435
Caso	34	26,69 (± 4,27)	
<b>Qualidade de Vida Total</b>			
Controle	30	22,18 (± 3,86)	0,495
Caso	34	22,81 (± 3,50)	

A amputação foi estatisticamente significativa em relação ao Domínio Família, sendo que, os que têm amputação possuem melhores IQV do que os que não têm ( $p = 0,046$ ), e o IQV total dos grupos Caso e Controle, está dentro dos parâmetros descrito como “boa”, conforme Yamada (2005).

Isso pode estar relacionado ao fato de que a partir do momento em que a pessoa tem um membro amputado, há uma maior preocupação da família em relação à doença, pois, essa condição requer cuidados diferenciados principalmente referentes à locomoção, movimentação e prevenção de maiores agravos à saúde.

Embora a amputação signifique a perda da funcionalidade do membro, de certa forma resolve o incômodo da ferida, que devido a sua aparência torna-se um

problema social. Ou seja, sem ela (que muitas vezes tem aparência ruim e odor fétido) a pessoa tem um melhor convívio familiar, o que é bastante significativo para a pessoa com PD, pois sendo esse seu núcleo social mais próximo sentir-se bem nas relações com seus entes queridos é fundamental.

Isso também pode estar relacionado aos cuidadores que na maioria das vezes são familiares, geralmente filhas (Nardi *et al.*, 2011; Costa *et al.*, 2016), que por causa das incapacidades ou dificuldades ocasionadas pela amputação dedicam parte do seu tempo para ajudar nas atividades de vida diária, locomoção, alimentação, e cuidados com a aparência e casa. Tais cuidados e dedicação podem fazer com que a pessoa se sinta mais ligada à família, colaborando para uma melhor QV.

**Tabela 5-** Sexo em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers* – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64)

<b>Sexo/Domínio</b>	<b>n</b>	<b>Média/DP</b>	<b>p</b>
<b>Saúde e Funcionamento</b>			
Feminino	20	19,62 (± 4,84)	0,808
Masculino	44	19,92 (± 4,22)	
<b>Família</b>			
Feminino	20	25,29 (± 6,46)	0,326
Masculino	44	26,91 (± 4,90)	
<b>Socioeconômico</b>			
Feminino	20	23,85 (± 4,60)	0,115
Masculino	44	25,71 (± 3,24)	
<b>Psicológico/Espiritual</b>			
Feminino	20	25,26 (± 5,14)	0,258
Masculino	44	26,75 (± 3,90)	
<b>Qualidade de Vida Total</b>			
Feminino	20	21,90 (± 4,34)	0,369
Masculino	44	22,80 (± 3,32)	

Em nenhum Domínio do IQVFP-VF houve diferença significativa relacionada ao sexo das pessoas com PD. Nesta amostra o sexo não interferiu no IQV total, sendo que ambos os grupos, estão na faixa considerada boa. Portanto, pode-se inferir que o IQV é influenciado por fatores que independem do sexo.

Este resultado, no entanto contrasta com o de Ribeiro *et al.* (2016) que buscou avaliar o IQV de 1465 pessoas com espondiloartrites, nas quais foi possível verificar que o sexo feminino demonstra maior insatisfação com a doença do que o masculino, sendo assim uma das variáveis associadas ao IQV reduzido.

É fato que homens e mulheres cumprem distintos papéis sociais e tendem a ter necessidades diferentes. Porém, devemos acentuar o fato de que as mulheres, além do trabalho formal, cumprem tarefas domésticas e dedicam-se à família, e quando realizado sob condições adversas de pressão social, afetam diretamente a sua saúde física e mental, o que pode contribuir para uma negativa percepção do IQV (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Como esta pesquisa é predominantemente composta por pessoas do sexo masculino (68,8%) a realização de estudos como este com uma amostra mais homogênea poderia evidenciar mais seguramente se esta é uma variável forte para ser avaliada nos Domínios de QV da população estudada. Isto nos leva a sugerir outras pesquisas que avaliem a correlação do IQV da variável sexo e amostragem mais paritária entre homens e mulheres.

Ressalta-se, porém, que Lima Neto *et al.* (2016) ao avaliar o IQV de 48 pessoas com DM utilizando o SF-36 e também não evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino e feminino.

**Tabela 6 -** Prática religiosa em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers* – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64)

<b>Prática Religiosa/Domínio</b>	<b>n</b>	<b>Média/DP</b>	<b>p</b>
<b>Saúde e Funcionamento</b>			
Sim	50	19,82 (± 4,11)	0,994
Não	14	19,84 (± 5,42)	
<b>Família</b>			
Sim	50	25,93 (± 5,89)	0,061
Não	14	28,11 (± 2,88)	
<b>Socioeconômico</b>			
Sim	50	25,25 (± 3,76)	0,640
Não	14	24,69 (± 3,95)	
<b>Psicológico/Espiritual</b>			
Sim	50	26,61 (± 3,88)	0,380
Não	14	25,14 (± 5,73)	
<b>Qualidade de vida total</b>			
Sim	50	22,56 (± 3,52)	0,868
Não	14	22,37 (± 4,25)	

O fato de a pessoa praticar ou não atividade religiosa não mostrou diferença significativa em relação aos Domínios do IQVFP-VF, e o IQV total associado à prática religiosa é considerada boa.

Possivelmente a religiosidade não seja afetada pela condição da doença, a não ser em casos de doentes terminais ou por doenças graves (FLECK *et al.*, 1999).

A religiosidade pode ser compreendida como o grau que uma pessoa acredita, segue e pratica religião, compreendendo três dimensões: Organizacional, concernente a participação pública em serviços religiosos nos templos ou igrejas; Não Organizacional relacionada a práticas fora de uma instituição religiosa; e, Intrínseca, relativa a crenças, aspectos psicológicos da religião, discernimento e práticas alusiva à experiência religiosa (ABDALA *et al.*, 2015).

Luengo e Mendonça (2014) ressaltam que a espiritualidade tem relevante influência sobre a saúde física, e constitui-se em um fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. Dessa forma, esse enfoque pode ser reforçado no cuidado de pessoas com DM, e auxiliar no desenvolvimento de aspectos como autoestima, felicidade, otimismo, esperança, fé, satisfação, e fortalecimento das relações sociais e familiares de apoio.

Abdala *et al.* (2015) referem que as mulheres tendem a ser mais religiosas que os homens em todas as dimensões da religiosidade, sendo mais expressivas e envolvidas em tarefas da igreja, enquanto os homens são mais passivos.

Como este estudo possui uma amostra composta por 68,8% (n=64) de pessoas do sexo masculino (vide Tabela 1) a não significância estatística entre a prática e não prática religiosa também pode estar relacionada ao sexo.

**Tabela 7 -** Situação conjugal em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers* – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS - 2016 (n=64)

<b>Situação Conjugal/ Domínio</b>	<b>n</b>	<b>Média/DP</b>	<b>p</b>
<b>Saúde e Funcionamento</b>			
Com companheiro (a)	34	20,19 (± 4,14)	0,494
Sem companheiro (a)	30	19,42 (± 4,68)	
<b>Família</b>			
Com companheiro (a)	34	27,13 (± 4,79)	0,266
Sem companheiro (a)	30	25,58 (± 6,07)	
<b>Socioeconômico</b>			
Com companheiro (a)	34	25,46 (± 3,00)	0,468
Sem companheiro (a)	30	24,75 (± 4,53)	
<b>Psicológico/Espiritual</b>			
Com companheiro (a)	34	27,46 (± 2,67)	<b>0,026</b>
Sem companheiro (a)	30	24,95 (± 5,42)	
<b>Qualidade de Vida Total</b>			
Com companheiro (a)	34	23,07 (± 3,05)	0,197
Sem companheiro (a)	30	21,89 (± 4,21)	

Foi estatisticamente significativo o Domínio Psicológico/Espiritual em relação à situação conjugal, evidenciando que as pessoas que tem companheiro possuem melhor IQV do que os que não têm ( $p = 0,026$ ). Neste grupo o IQV total está dentro da faixa considerada como boa.

Isso pode estar relacionado ao fato de que ter um companheiro significa ter alguém para ajudar, apoiar e dividir as angústias e aflições. Para Souza *et al.* (2016), as orientações de cuidado e tratamento de pessoas com DM devem incluir o companheiro a fim de incentivar no autocuidado e constituir-se como apoio.

O estudo qualitativo realizado por Barbosa *et al.*, (2016) com sete pessoas com DM e HAS, objetivou verificar os cuidados de saúde desenvolvidos por esses relacionados à sua DCNT, no qual os pesquisados relataram que recebem ajuda dos familiares, principalmente dos companheiros para realizar seus cuidados em saúde.

Os autores destacam que a participação da família é fundamental para a continuidade do cuidado, pois, quando surge uma DCNT é comum que os que possuem laços afetivos mais próximos, principalmente os companheiros, se envolvam mais no contexto do controle da doença, pela necessidade de mudanças no estilo de vida, incluindo a alimentação, influenciando no cotidiano. A família desempenha funções de apoio afetivo, socialização e cuidado.

O condição civil influencia na dinâmica familiar principalmente para os idosos, sendo fator determinante para o estímulo e contribuição para o autocuidado (MEDEIROS *et al.*, 2016). Além disso, o afeto positivo e o suporte social são preditores de melhor IQV, pois colaboram para a otimização da saúde mental e bem-estar e adesão ao tratamento (VILHENA *et al.*, 2014).

Ressalta-se também que quando a pessoa tem uma família ausente, ou não a tem, sente-se menos estimulado a prosseguir com o tratamento da doença, por não ter com quem partilhar seus problemas e tratamento (SANTOS; CECÍLIO; MARCON, 2015).

**Tabela 8** - Atividade laboral em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64)

<b>Atividade laboral/Domínio</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>p</b>
<b>Saúde e Funcionamento</b>			
Não	54	19,70 (±4,43)	0,589
Sim	10	20,52 (±4,29)	
<b>Família</b>			
Não	54	26,04 (±5,78)	<b>0,035</b>
Sim	10	28,38 (±2,29)	
<b>Socioeconômico</b>			
Não	54	24,83 (±3,88)	0,086
Sim	10	26,74 (±2,85)	
<b>Psicológico/Espiritual</b>			
Não	54	26,09 (±4,60)	0,202
Sim	10	27,36 (±2,37)	
<b>Qualidade de vida total</b>			
Não	54	22,33 (±3,39)	0,340
Sim	10	23,54 (±2,78)	

O Domínio Família, quando comparado à atividade laboral, foi estatisticamente significativo ( $p = 0,035$ ).

Evidenciando que, as pessoas que trabalham estão melhores no IQV em relação as que não trabalham, e neste grupo o IQV total está dentro da faixa considerada como boa.

Para Luengo e Mendonça (2014) as seis dimensões da QV são: física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual, tornando-se perceptível que a atividade laboral é um fator determinante para um melhor IQV, assim como Minayo, Hartz, Buss (2000) a associam, dentre outras coisas, ao grau de satisfação do indivíduo com sua vida familiar.

Os autores ressaltam ainda pode-se dizer que desemprego, exclusão social e violência são reconhecidos como colaboradores para um IQV deficiente, tendo em vista que baixa renda e escolaridade estão ligadas a não adesão ao tratamento (LUENGO; MENDONÇA, 2014).

Segundo Sampaio (2012), para a psicologia é preciso inserir a atividade laboral na teoria da satisfação, e assim superar concepções clínicas outrora baseadas nas relações familiares e pessoais, e nesse sentido operacionalizar as concepções de Maslow sobre o homem.

Para Regis e Porto (2011), referindo-se à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, o homem é motivado pelo desejo de satisfazer muitas necessidades comuns que impulsionam sua conduta no intento de realizá-las, de acordo com níveis hierárquicos, como a seguir:

- **Necessidades básicas ou fisiológicas:** alimento, água, vestuário, sexo e saneamento;
- **Necessidades de segurança:** saúde, trabalho, seguro, previdência social e ordem social;
- **Necessidades de amor e/ou sociais:** amizade, respeito, amor, lazer e participação, afeto de amigos, companheiros e filhos;
- **Necessidades de estima:** independência, apreciação, dignidade, reconhecimento, igualdade subjetiva, respeito e oportunidades, autoestima alta, autoconfiança, valor, força, capacidade, suficiência e utilidade ao mundo;
- **Necessidades de autorrealização:** Além das necessidades supracitadas, acrescenta-se a ânsia pela compreensão do sentido das coisas, tais como: querer saber, compreender, sistematizar, organizar, analisar e procurar relações e sentidos, ajudar aos outros e auto realizar-se.

Assim pode-se verificar que o trabalho está relacionado direta ou indiretamente em praticamente todos os níveis e a autorrealização é o nível mais alto almejado pelo homem.

Para Stuhler e Camargo (2012) um dos problemas relacionados ao DM está associado com as complicações incapacitantes, já que estas podem comprometer a produtividade, a QV e a sobrevida, provocando impactos psicossociais na vida das pessoas.

**Tabela 9** - Meios de transporte em relação aos Domínios Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers* – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil – 2016 (n=64)

<b>Meios de Transporte/Domínio</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>p</b>
<b>Saúde e Funcionamento</b>			
Carro	36	18,96 (± 4,53)	0,066
Outros	28	20,95 (± 3,98)	
<b>Família</b>			
Carro	36	26,60 (± 5,68)	0,750
Outros	28	26,16 (± 5,20)	
<b>Socioeconômico</b>			
Carro	36	24,97 (± 3,63)	0,716
Outros	28	25,33 (± 4,02)	
<b>Psicológico/Espiritual</b>			
Carro	36	25,87 (± 4,78)	0,370
Outros	28	26,82 (± 3,72)	
<b>Qualidade de vida total</b>			
Carro	36	21,94 (± 3,88)	0,152
Outros	28	23,26 (± 3,26)	

Nota: o item “outros” inclui transporte coletivo (n=22), moto (n=1) e bicicleta (n=5)

Não houve diferença significativa entre meios de transporte e os Domínios, sendo que a total do IQV deste grupo é considerada boa.

Desse modo, pode-se entender que para uma pessoa que já tem uma DCNT instalada e com complicações, o meio de transporte utilizado não influencia em seu IQV. Nesta pesquisa 34,4% das pessoas (Tabela1) referiram utilizar o transporte coletivo.

Os meios de transporte são atividades necessárias à sociedade, haja vista que traz vários benefícios, pois possibilita a circulação de pessoas e mercadorias colaborando para a realização de atividades sociais e econômicas (VASCONCELOS, 2006).

Machado e Nogueira (2008) buscaram caracterizar o perfil sociodemográfico de 376 pessoas que utilizavam um serviço de fisioterapia em Teresina (PI), o qual evidenciou que o transporte mais utilizado para descolamento até o local foi o transporte coletivo, mostrando que alguns, pela questão econômico/financeira tinham dificuldades de acesso ao referido serviço, pelo fato de que esse tipo de transporte pode não ser utilizado com certa facilidade por parte da população.

Arantes *et al.* (2010) ressaltam que locais de atendimento especializado distantes da residência da pessoa dificulta o tratamento visto que o percurso é, em alguns casos, muito maior do que o trajeto até as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região.

**Tabela 10** - Correlações (*p*) entre as variáveis idade, anos de estudo, renda *per capita*, tempo de diagnóstico de Diabetes Melito e de Pé Diabético e os Domínios do Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers* – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64)

Variáveis		Idade	Anos de Estudo	Renda <i>per capita</i> *	Tempo de diagnóstico	
					Diabetes Melito	Pé Diabético
<b>Saúde e Funcionamento</b>	Correlação	0,059	0,034	-0,047	-0,199	0,042
	Valor de <i>p</i>	0,642	0,791	0,711	0,114	0,743
<b>Família</b>	Correlação	-0,218	-0,019	-0,185	-0,085	0,079
	Valor de <i>p</i>	0,083	0,881	0,143	0,506	0,536
<b>Socioeconômico</b>	Correlação	-0,105	-0,026	-0,207	-0,187	0,142
	Valor de <i>p</i>	0,409	0,840	0,100	0,138	0,263
<b>Psicológico/ Espiritual</b>	Correlação	-0,173	-0,007	-0,128	-0,139	0,098
	Valor de <i>p</i>	0,171	0,958	0,315	0,274	0,442

Nenhuma das variáveis teve correlação significativa com os Domínios do instrumento de QV, ou seja, estatisticamente para essa amostra não há relação entre a QV e a idade, anos de estudo, renda per capita, tempo de diagnóstico de DM e de PD.

A pesquisa realizada por Perdomo (2008) aplicou pela primeira vez o IQVFP-VF em 61 pessoas com DM e ferida no pé, em Manaus (AM), onde o Domínio Saúde e Funcionamento obteve os menores scores, indicando que os déficits nas questões relacionadas a este Domínio impactam negativamente sobre o IQV total. Nesse estudo, não houve correlação entre o tempo da doença e os escores de QV, assim como o tempo de diagnóstico de PD também não mostrou influência nos Domínios e IQV total.

Souza *et al.* (2015) em seu estudo realizado com 3591 pessoas com DM1 que receberam cuidados médicos em clínicas públicas no Brasil com objetivo de analisar a associação entre controle glicêmico e QVRS, apontou para uma fraca correlação entre as variáveis como a idade, classe econômica, e complicações micro e macrovasculares.

Já para Carvalho; Carvalho e Martins (2010) o maior tempo de diagnóstico de DM é proporcional ao surgimento de complicações crônicas, visto que tempo elevado de diagnóstico e a baixa adesão ao tratamento aumentam o risco de complicações resultantes do controle metabólico insuficiente.

O DM é considerado como uma doença de proibições que quando diagnosticada traz sentimentos como: Preocupação, incômodo e tristeza, pois a pessoa vê-se na obrigação de modificar hábitos de vida. Apesar do reconhecimento da necessidade de cuidado com a alimentação, as recomendações dos profissionais de saúde e as crenças pessoais constituem-se em obstáculos para a mudança na dieta, pois a alimentação está ligada aos costumes, cultura, elementos internos e externos às pessoas com DM, que nem sempre concordam com a exigência ou verdade difundida pelo conhecimento científico (STUHLER; CAMARGO, 2012).

Ressalta-se que em grande parte dos casos o diagnóstico é tardio, e ocorre quando a pessoa apresenta alguma complicação, além de que a doença ainda é por muitas vezes subdiagnosticada (RECH; TOURINHO-FILHO; MARTINS 2012).

A avaliação de IQV realizada por Sell *et al.* (2015), em 31 pessoas com feridas vasculogênicas utilizando o IQVFP-VF, em um hospital universitário no Sul do Brasil, onde o Domínio Saúde e Funcionamento apresentou maior déficit, pontuando a necessidade das equipes de saúde criarem formas de promover atividades físicas diárias, e incentivar o enfrentamento das mudanças e adaptações à situação de saúde, em busca da melhora do IQV.

Apesar de todas as estratégias importantes para avaliar o risco de amputação do PD, os profissionais tendem a usar avaliações empíricas ao invés de executar as quantificações necessárias. Por conseguinte, novas estratégias de classificação do PD, podem direcionar ações que resultem em melhores efeitos na cicatrização, acelerem o processo de cura e evitem a amputação, independentemente do tipo de intervenção ou tratamento (TARDIVO *et al.*, 2015).

Reis e Costa (2010) ressaltam que analisar a QV centrada na pessoa permite conhecer o impacto da doença e do tratamento distintamente e complementar ao biológico, de forma a preservar o caráter humano, identificar problemas relevantes e tornar possíveis intervenções mais eficazes e abrangentes.

Sabe-se que a enfermagem é uma profissão construída na relação de confiança com o paciente e que visualiza o mesmo de forma holística, quando a pessoa não deve ser vista apenas em um único contexto, mas com visão biopsicossocial (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013). Desta forma, conhecer quais fatores se correlacionam ou não com o IQV é importante para subsidiar as medidas de cuidado.

Dentre as limitações deste estudo podemos citar o fato de que há poucos artigos disponíveis utilizando o IQVFP-VF, e o fato de ter sido realizado em um único local, pois com uma amostra maior seria possível obter resultados mais expressivos.

## CONCLUSÃO

Houve predominância na amostra de pessoas do sexo masculino (68,8%). A idade média foi de 60,5 anos (DP  $\pm$  9,69), sendo a maioria idosos (56,2%), verificou-se ainda que 78,1% considera-se praticante de alguma religião, 53,1% referiram ter um companheiro, e 84% dos entrevistados não realizava atividade laboral.

A média de anos estudados 6,8 anos (DP  $\pm$  3,7) correspondendo ao ensino fundamental incompleto, e 86% (55 pessoas) referiram ter recebido orientações quanto aos cuidados com os pés.

A baixa escolaridade condiz ainda com a renda *per capita* média de R\$ 852,00 (DP  $\pm$  R\$ 863,00), inferior a um salário mínimo vigente no ano da pesquisa (R\$ 880,00).

O tempo médio de diagnóstico de DM foi de 10,14 (DP $\pm$  7,29), a amostra ainda apontou para a média de tempo de diagnóstico de PD de 2,43 (DP $\pm$  2,66) e, a comorbidade mais comum entre os entrevistados foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (60,9%).

Verificou-se ainda que o grupo caso foi composto majoritariamente de pessoas do sexo masculino (88,2%), neste grupo 70,6% possuíam uma amputação, sendo a do tipo menor mais presente (85,3%), as feridas localizadas unilateralmente foram a maioria (85,3%), e as feridas cirúrgicas por amputação predominantes (61,8).

O IQV de pessoas com amputação mostrou-se melhor do que a das sem amputação no Domínio Família; não houve diferença significativa em nenhum dos Domínios do IQVFP-VF em relação ao sexo dos entrevistados.

A prática religiosa, independentemente da religiosidade não mostrou diferença significativa no IQV nesta pesquisa. Verificou-se ainda que pessoas que convivem com companheiro obtiveram melhor escore no Domínio Psicológico/Espiritual do que as sem companheiro.

Os entrevistados que praticam atividade laboral tiveram melhores resultados no Domínio Família.

Os meios de transporte utilizados não mostraram ser significativos estatisticamente em relação aos Domínios do instrumento.

Não houve correlação significativa entre os Domínios do IQVFP-VF e as variáveis: idade, anos de estudo, renda per capita, e tempo de diagnóstico de DM e PD.

Sendo assim, conhecer quais variáveis são significativas e sua correlação com as dimensões do IQV das pessoas com PD, mostrou-se importante para subsidiar as medidas de cuidado em saúde e assistência de enfermagem.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O aumento da população idosa no país, ocorrido pela transição demográfica epidemiológica traz consigo o desafio de ter um elevado número de idosos com DCNT, pois políticas públicas de saúde voltadas à prevenção e tratamento das mesmas ainda são deficitárias.

Isso ocorre provavelmente pela dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde em realizarem ações educativas que produzam efeito positivo em uma população com baixo nível de escolaridade e com pouca adesão ao tratamento

É fato que esses fatores aliados aos agravos do DM, resultam em uma diminuição da QV destas pessoas, visto que até mesmo os que estão em idade produtiva acabam sendo obrigados a deixar seus postos de serviços devido a aposentadorias precoces e afastamentos por doença.

Nesse sentido os cuidados prestados pela enfermagem são de suma importância na prevenção e tratamento da doença e de seus agravos.

Sugerimos a realização de pesquisas com amostra maior e mais homogênea para melhor caracterizar quais fatores têm contribuído para aumento ou diminuição do IQV, e a partir desses resultados buscar formas de elevar esses índices.

## REFERÊNCIAS

ABDALA, G. A.; KIMURA, M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, B. Religiousness and health-related quality of life of older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 49-55, Aug. 2015.

AGREDA, J. J. S.; BOU, J. E. T. **Atenção integral nos cuidados das feridas crônicas**. Petrópolis: EPUB, 2012.

AGUIAR, C. C. T.; VIEIRA, A. P. G. F.; CARVALHO, A. F.; MONTENEGRO-JÚNIOR, R. M. Assessment instruments for a Health-Related Quality of Life in diabetes mellitus. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 6, p. 931-939, aug. 2008.

ALBUQUERQUE, R. E.; ALVES, E. F. Análise da produção bibliográfica sobre qualidade de vida de portadores de feridas crônicas. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 2, p. 147-152, maio/ago. 2011.

ALMEIDA, M. A. B. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

ALMEIDA, S. A.; SILVEIRA, M. M.; SANTO, P. F. E.; PEREIRA, R. C.; SALOMÉ, G. M. Assessment of the quality of life of patients with diabetes mellitus and foot ulcers. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 1, p. 142-146, jan./mar. 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 34, suppl. 1, p. s11-s61, jan. 2011.

ANGÉLICO, R. C. P.; SILVA, D. D. N.; TORRES, S. M. S. G. S. O.; TORRES, G. V.; COSTA, I. K. F. DIAS, T. Y. A. F.; VASCONCELOS, Q. L. D. A. Q. The patients' quality of life with venous ulcers and the instruments for this evaluation: literature review. **Revista de enfermagem UFPE On Line**, v. 5, p. 456-462, 2011.

ARANTES, C. K.; GARCIA, M. L. R.; FILIPE, M. S.; NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. Health services assessment of early leprosy diagnosis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 155-164, june, 2010.

ARAÚJO, M. C. F.; ALVES, M. S.; PADRE, P. M. M.; ANDRADE, D. M.; SILVA, A. C. M.; BARRETO, L. P.; SILVA, A. B. P.; SÁ, A. P. S. Profile of Non-Adherence to

Treatment of Patients with Diabetes and Hypertension in a Family Health Unit. **Ensaios e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 1, p. 43-48, 2016.

ARAÚJO, R. B.; FORTES, M. R. P.; ABBADE, L. P. F.; MIOT, H. A. Translation, cultural adaptation to Brazil and validation of the venous leg ulcer quality of life questionnaire (VLU-QoL-Br). **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 3, p. 249-254, may/june. 2014.

ARMSTRONG, D. G.; COHEN, K.; COURRIC, S.; BHARARA, M.; MARSTON, W. Diabetic Foot Ulcers and Vascular Insufficiency: Our Population Has Changed, but Our Methods Have Not. **Journal Diabetes Science and Technology**, v. 5, n. 6, p. 1591-1595, nov. 2011.

ASSUMPÇÃO, E. C.; PITTA, G. B.; MACEDO, A. C. L.; MENDONÇA, G. B.; ALBUQUERQUE, L. C. A.; LYRA, L. C. B.; TIMBÓ, R. M.; BUARQUE, T. L. L. Comparison of risk factors for major and minor amputation in diabetic patients included in a Family Health Program. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 8, n. 2, p. 133-138, June, 2009.

AUGUSTO, F. A. **Tradução, adaptação cultural e validação do Cardiff Wound Impact Schedule para a língua portuguesa do Brasil**. 2015. 146 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Translacional) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015.

BARBOSA, M. S.; BUDÓ, M. L. D.; GARCIA, R. P.; SIMON, B. S.; BEUTER, M.; STEKEL, L. M. C. Healthcare developed by people with Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, v. 10, n. 5, p. 1739-1738, may. 2016.

BEDIN, L. F.; BUSANELLO, J.; SEHNEN, G. D.; SILVA, F. M.; POLL, M. A. Strategies to promote self-esteem, autonomy and self-care practices for people with chronic wounds. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 61-67, sept. 2014.

BERCHOW, A.; SLESACZECK, T.; MUNCH, D.; NANNING, T.; PAETZOLD, H.; SCHWANEBECK, U.; BORNSTEIN, S.; WECK, M. Improving major amputation rates in the multicomplex diabetic foot patient: focus on the severity of peripheral arterial disease. **Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism**, v. 4, n. 3, p. 83-94, June. 2013.

BEZERRA, I. F. D.; SOUSA, V. P. S.; SANTOS, L. C.; VIANA, E. S. R. Comparison of quality of life in women with sexual dysfunction. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 6, p. 266-271, June, 2015.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, T.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BRAGA, D. C.; BORTOLINI, S. M.; ROZETTI, I. G.; ZARPELLON, K. NASCIMENTO, J. C.; NERIS, J. E. Evaluation of neuropathy and vascular complications in patients with diabetes mellitus in a rural town of Santa Catarina. **Revista AMRIGS**, v. 59, n. 2, p. 78-83, apr./June. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado de pessoas com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 18 jul. 2016.

CAIAFA, J. S.; CASTRO, A. A.; FIDELIS, S. S.; SANTOS, V. P.; SILVA, E. S.; JÚNIOR-SITRÂNGULO, C. J. Atenção Integral ao portador de Pé Diabético. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 10, n. 4, p. 1-32, supl. 2, 2011.

CÂMARA, V. M. Epidemiologia e saúde do trabalhador. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 30, p. 535-547.

CAMPO GRANDE (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **CEM – Centro de Especialidades Médicas**. 2015. Disponível em: [http://www.pmcg.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id\\_can=3591](http://www.pmcg.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=3591). Acesso em: 19 maio 2015.

CARVALHO, R. D. P.; CARVALHO, C. D. P.; MARTINS, D. A. Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de Diabetes mellitus. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 106-109, jan./mar. 2010.

CECILIO, H. P. M.; ARRUDA, G. O.; TESTON, E. F.; SANTOS, A. L.; MARCON, S. S. Behaviors and comorbidities associated with microvascular complications in diabetes. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 113-119, 2015.

CHAMLIAN, T. R.; WEINTRAUB, M.; RESENDE, J. M. Functional outcome and gait prognosis on the lower limb amputee. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 4, p. 200-206, dec. 2013.

CHAVES, M. O.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, S. E. D. Perceptions of people with diabetes about the disease: nursing contributions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 215-221, mar./apr. 2013.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Brazilian-Portuguese version of the SF-36 a reliable and valid quality of life outcome measure. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, may/june. 1999.

COSTA, F. M. C.; NAKATA, P. T.; BROCKER, A. R.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Quality of life of caregivers of elderly people linked to a home care program. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 7, p. 2582-2588, july, 2016.

COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. Health promotion and diabetes: discussing the adherence and motivation of diabetics that participate in health programs. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, mar. 2011.

COSTA, L. C.; THULER, L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional.

**Revista Brasileira de Estudos da População**, v. 29, n. 1, p. 133-145, jan./jun. 2012.

CRUZ, D. M.; NASCIMENTO, L. R. S.; SILVA, D. M. G. V.; SCHOELLER, S. D. Red de apoyo para las personas con discapacidad. **Ciencia y Enfermería**, v. 21, n. 1, p. 23-33, abr. 2015.

CUBAS, M. R.; SANTOS, O. M.; RETZLAFF, E. M. A.; TELMA, H. L. C.; ANDRADE, I. P. S.; MOSER, A. D. L.; ERZINGER, A. R. Diabetic foot: orientations knowledge about prevention care. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 647-655, july/sept. 2013.

DAVID, L. Z.; FINAMOR, M. M.; BUSS, C. Possible hearing implications of diabetes mellitus: a literature review. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 6, p. 2018-2024, nov./dec. 2015.

DICOW, L. Epidemiological profile of patients with Diabetes Mellitus type 2 living in the city of Agudo, state of Rio Grande do Sul. **Cinergis**, v. 16, n. 4, p. 261-266, 2015.

DOMINGUES, E. A. R. **Adaptação cultural e validação do “Freiburg Life Quality Assessment (FLQA) – Wound para língua a portuguesa do Brasil**. 2013. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

FERRANS, C. E. Development of a conceptual model of quality of life. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, v. 10, n. 3, p. 293-304, 1996.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing & Health**, v. 15, n. 1, p. 29-38, feb. 1992.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of Life Index: development and psychometric properties. **Advance in Nursing Science**, v. 8, n. 1, p. 15-24, Oct. 1985.

FERREIRA, V.; MARTINS, J.; LOUREIRO, L.; LOUREIRO, T.; BORGES, L.; SILVEIRA, D.; TEIXEIRA, S.; REGO, D.; GONÇALVES, J.; TEIXEIRA, G.; CARVALHO, A.; FREITAS, C.; NETO, H.; AMARAL, C.; GONÇALVES, I.; MURAS, J.; CARVALHO, R.; ALMEIDA, R. Consulta multidisciplinar do pé diabético – avaliação dos fatores de mau prognóstico. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, v. 10, n. 3, p. 146-150, set. 2014.

FIGUEREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2015.

FLECK, M. P. A. The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100) characteristics and perspectives. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

\_\_\_\_\_. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, apr. 2000.

FORTINGTON, L. V.; GEERTZEN, J. H.; VAN NETTEN, J. J.; POSTEMA, K.; ROMERS, G. M.; DIJKSTRA, P. U. Short and long term mortality rates after a lower limb amputation. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, v. 46, n. 1, p. 124-131, July, 2013.

GARDIN, C. B.; OLIVEIRA, B. A. P.; BERNARDO, A. F. B.; GOMES, R. L.; PACAGNELLI, F. L.; LORENÇONI, R. M. R.; VANDERLEI, L. C. M. Hearth rate variability in children with type 1 diabetes mellitus. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 279-285, june, 2014.

GOMIDES, D. S.; VILLAS-BOAS, L. C. G.; COELHO, A. C. M.; PACE, A. E. Self-care of people with diabetes mellitus who have lower limb complications. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 289-293, 2013.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

HIROTA, C. M. O.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 114-120, jan./mar. 2008.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Atlas do Diabetes 2015 – Atualização**. 7. ed. (adaptado SBD). Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/images/2015/atlas-idf-2015.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Quality of life of undergraduate students in nursing. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 164-172, june, 2005.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do Quality of Life Index de Ferrans e Powers** [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. Ferrans and Powers Quality Life Index. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe., p. 1098-1104, dec. 2009.

LEAL, F. J.; COUTO, R. C.; PITTA, G. B. B. Validation in Brazil of a Questionnaire on Quality of Life in Chronic Venous Disease (Aberdeen Varicose Veins Questionnaires of Brazil/AVVQ/Brazil). **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 14, n. 3, p. 241-247, july/sept. 2015.

LEE, K. M.; KIM, W. H.; LEE, J. H.; CHOI, M. S. S. Risk Factors of Treatment Failure in Diabetic Foot Ulcer Patients. **Archives of Plastic Surgery**, v. 40, n. 2, p. 123-128, mar. 2013.

LEITE, P. N. B. Qualidade de vida e promoção da saúde. **Id On Line Revista de Psicologia**, v. 7, n. 20, p. 33-56, jul. 2013.

LIMA-LARA, A. C.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life in the mediate postpartum: a quantitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, Apr. 2010.

LIMA NETO, P. M.; LIMA, P. H. S.; SANTOS, F. D. R. P.; JESUS, L. M. S.; LIMA, R. J. C. P.; SANTOS, L. H. Quality life of people with diabetic foot. **Revista Rene**, v. 17, n. 2, p. 191-197, mar./apr. 2016.

LIMA, R. P. E.; CHAVES, K. R. S.; VENTURATO, F. T. Association between periodontitis and glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus: a pilot study. **Brazilian Journal of Periodontology**, v. 24, n. 4, p. 07-14, dec. 2014.

LUENGO, C. M. L.; MENDONÇA, A. R. A. Spirituality and quality of life in diabetic patients. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 380-387, may/aug. 2014.

MACHADO, N. P.; NOGUEIRA, L. T. Evaluation of Physical Therapy service user satisfaction. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 5, p. 401-418, sep./oct. 2008.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, T. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

MATHEUS, M. C. L.; PINHO, F. S. Trying to overcome barriers to normal life in spite of pain or amputation. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 19, n. 1, supl. 1, p. 49-55, jan./mar, 2006.

MEDEIROS, M. V. S.; PAIXÃO, I. P.; AGRA, G.; SOUSA, A. T. O.; GOUVEIA, B. L. A.; COSTA, M. M. L. Socio-demographic, clinical and therapeutic profile of patients with risk of diabetic foot. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 6, p. 2018-2028, june, 2016.

MELO, B. V.; TOJAL, P. G. M. D.; LEAL, F. J.; COUTO, R. C. Quality of life in chronic venous patients who or do not wear compressive stockings. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 14, n. 1, p. 62-67, jan./mar. 2015.

MENEGUIN, S.; XAVIER, C. L. Quality of life in pregnant with heart disease. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 811-818, july/sept. 2013.

MINAYO, M. C. S.; HATZ, Z. M. A, BUSS, P. M. Quality of life and health: a necessary debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOLENA-FERNANDES, C. A.; NARDO JÚNIOR, N.; TASCA, R. S.; PELLOSO, S. M.; CUMAN, R. K. N. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus tipo 2. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.

NARDI, T.; RIGO, J. C.; BRITO, M.; SANTOS, E. L. M.; BÓS, A. J. G. Burden and quality of life perception in caregivers of elderly in the Army Geriatric Health Center. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 511-519, 2011.

OGATA, A. **Guia prático de qualidade de vida: como planejar e gerenciar o melhor programa para sua empresa**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, A. S. **Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers – versão feridas: estudo da responsividade**. 2012. 116 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, A. F.; DE MARCHI, A. C. B.; LEGUISAMO, C. P.; BALDO, G. V.; WAWGINIAK, T. A. Estimate of cost for diabetic foot treatment; how to prevent it and save funds. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1663-1671, june, 2014.

OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, A. L.; GOMES, M. J.; BITTAR, T. O.; PEREIRA, A. C. Gender and perceived quality of life - research with professors from the health area. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 741-747, march, 2012.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook** – Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

PACE, A. E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M. H. L.; FERNANDES, A. P. M. O conhecimento sobre Diabetes Mellitus no processo de autocuidado. **Rev Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 728-734, 2006.

PALUDETTI, L. R. S.; HELENO, M. G. The quality of life of women patients in a clinic for human reproduction. **Psicólogo inFormação**, v. 16, n. 16, p. 163-177, dec. 2012.

PANAROTTO, D.; SCHUMACHERM M. V.; TELES, A. R.; LOVAT, C. Pathogenesis of cardiovascular disease in diabetes. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 65, supl. 2, p. 18-22, sep. 2008.

PEDRAS, S.; CARVALHO, R.; PEREIRA, M. G. Quality of life: non-amputee patients with diabetic foot ulcer versus amputee patients. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 17, n. 1, p. 89-96, apr. 2016.

PEDROSA, H. C.; VILAR, L.; BOULTON, A. J. M. **Neuropatias e pé diabético**. 1. ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

PERDOMO, S. B. **Feridas nos pés das pessoas com Diabetes e seu impacto sobre a qualidade de vida**. 100 f. 2008. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Patologia Tropical) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2008.

PEREIRA, C.; MARINHO, M.; CASSOLA, T.; SEERIG, A. P.; MUSSOI, T. D.; BLUMKE, A. C. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos em uma Estratégia Saúde da Família de Santa Maria/RS. **Disciplinarum Scientia**, v. 15, n. 2, p. 195-203, 2014.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P.; NAJJAR, E. C. A. Effects of self-monitoring on emotional indicators and adherence to diabetes treatment. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 3, p. 567-585, dec. 2014.

RECH, V.; TOURINHO-FILHO, H.; MARTINS, M. M. Perfil do nível de atividade física de idosos hipertensos e diabéticos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 3, p. 395-404, set./dez. 2012.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Basic human needs of nursing professional: situations of (dis)satisfaction at work. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 332-338, apr. 2011.

REIS, G.; CASA JÚNIOR, A. J.; CAMPOS, R. S. Epidemiological profile of upper and lower limb amputees assisted in a reference center. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, v. 2, n. 2, p. 52-62, 2012.

REIS, M. G.; COSTA, I. P. Health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus in Midwest Brazil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 50, n. 4, p. 408-422, 2010.

REIS, P. A. M.; CARVALHO, Z. M. F.; DARDER, J. J. T.; ORIÁ, M. O. B.; STUDART, R. M. B.; MANIVA, S. J. C. F. Cross-cultural adaptation of the Quality of Life Index Spinal Cord Injury – Version III. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 403-410, june, 2015.

RIBEIRO, S. L. E.; ALBUQUERQUE, E. N.; BORTOLUZZO, A. B.; GONÇALVES, C. R.; SILVA, J. A. B.; XIMENES, A. C.; BÉRTOLO, M. B.; KEISERMAN, M.; MENIN, R.; SKARE, T. L.; CARNEIRO, S.; AZEVEDO, V. F.; VIEIRA, W. P.; BIANCHI, W. A.; BONFIGLIOLI, R.; CAMPANHOLO, C.; CARVALHO, H. M.S.; COSTA, I. P.; DUARTE, A. L. B. P.; KOHEN, C. L.; LEITE, N. H.; LIMA, S. A. L.; MEIRELLES, E. S.; PEREIRA, I. A.; PINHEIRO, M. P.; POLITO, E.; RESENDE, G.; ROCHA, F. A. C.; SANTIAGO, M. B.; SAUMA, M. F. L. C.; VALIM, V.; SAMPAIO-BARROS, P.D. Quality of life in spondyloarthritis: analysis of a large Brazilian cohort. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n. 1, p. 22-27, jan./feb. 2016.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H.C. A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 2, p. 531-537, june, 2010.

RODRÍGUEZ, S. A.; MENESES, L.; TOBOSO R. P. Q.; MORENO, I. H. Diabetes mellitus. **Medicine**, v. 11, n. 17, p. 995-1002, 2012.

ROLIM, D.; SAMPAIO, S.; GONÇALVES-DIAS, P.; ALMEIDA, P.; ALMEIDA-LOPES, J.; TEIXEIRA, J. F. Mortality after amputation. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, v. 11, n. 3, p. 166-170, sep. 2015.

ROSA, E. G.; FERRAZ, A. F.; BORGES, E. L. Tratamento e prevenção de úlceras de pé diabético. In: BORGES, E. L. **Feridas: úlceras de membros inferiores**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SAMPAIO, J. R. Quality of working life: actual perspectives and challenges. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 121-136, jan./apr. 2012.

SANTOS, A. L.; CECÍLIO, H. P.M.; MARCON, S. S. Perception of people with type 2 diabetes mellitus concerning an educational health process. **Revista RENE**, v. 16, n. 4, p. 522-531, july/aug. 2015.

SANTOS, A. L.; CECÍLIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; ARRUDA, G. O.; PETERNELLA, F. G. N.; MARCON, S. S. Microvascular complications in type 2 diabetes and associated factors: a telephone survey of self-reported morbidity. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 761-770, mar. 2015.

SANTOS, I. C. R. V.; CARVALHO, E. F.; SOUZA, W. V.; ALBUQUERQUE, E. C. Prevalence of amputations and revascularization by diabetic foot and its features. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 7, p. 2354-2361, july, 2016.

SANTOS, I. C. R. V.; SOBREIRA, C. M. M.; NUNES, E. N. S.; MORAIS, M. C. A. The prevalence and factors associated with diabetic foot amputations. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3007-3014, oct. 2013.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./apr. 2004.

SELL, B. T.; SOUZA, M. V.; MARTINS, T.; AMANTE, L. N. Quality of Life of Patients with Vasculogenic Ulcers According to Ferrans and Powers: Wounds. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 160-164, 2015.

SINGHN, N.; ARMSTRONG, D. G.; LIPSKY, B. A. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. **JAMA**, v. 293, n. 2, p. 217-228, jan. 2005.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde para pacientes hipertensos**. 117 f. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2005.

SILVA, A. S. B.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; DAMASCENO, M. M. C.; CAMILO, J.; ZANETTI, M. L. Avaliação da Atenção em Diabetes Mellitus em uma unidade distrital de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 512-518, jul./set. 2011.

SILVEIRO, S. P.; SATLER, F. **Rotinas em endocrinologia**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SISNANDO, L. G.; SOUZA, N. D. L.; FABRÍCIO, N. P.; BRITO, L. S. A.; REBOUÇAS, V. C. F.; ALENCAR, A. M. P. G. Processo de atendimento dos enfermeiros aos usuários com diabetes na Atenção Primária a Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 3, p. 1094-1001, mar. 2016.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SOUZA, A. C. C. B.; FELÍCIO, J. S.; KOURY, C. C.; ABRAHÃO NETO, J. F.; MILÉO, K. B.; SANTOS, F. M.; NEGRATO, C. A.; MOTTA, A. R. B.; SILVA, D. D.; ARBAGE, T.P.; CARVALHO, C. T.; BRITO, H. A. R.; YAMADA, E. S.; MELO, F. T. C.; RESENDE, F. S.; FERREIRA, J. C. C.; GOMES, M. B. Health-related quality of life in people with type 1 Diabetes Mellitus: data from the Brazilian Type 1 Diabetes Study Group. **Health Quality Life Outcomes**, v. 13, n. 204, Dec. 2015.

SOUZA, A. P.; SILVA, P. E. S.; DIAS, R. S.; AZEVEDO, P. R.; SILVA, L. D. C. Evaluation of the policy of integral attention the men's health. **Revista Enfermagem UFPI**, v. 4, n. 3, p. 65-70, july/sept. 2015.

SOUZA, M. C.; DIAS, F. A.; NASCIMENTO, J. S.; TAVARES, D. M. S. Correlation of quality of life with knowledge and attitude of diabetic elderly. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 34, n. 1, p. 180-188, jan./apr. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. **Terapia nutricional no Diabetes Mellitus**. 2011. Disponível em:

[http://www.projetodiretrizes.org.br/9\\_volume/terapia\\_nutricional\\_no\\_diabetes\\_mellitus.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_no_diabetes_mellitus.pdf). Acesso em: 12 abr. 2016.

STUHLER, G. D.; CAMARGO, B. V. Social representations of the diabetes of people who live with this chronic condition. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 67-81, 2012.

TARDIVO, J. P.; BAPTISTA, M. S.; CORREA, J. A.; ADAMI, F.; PINHAL, M. A. S. Development of the Tardivo Algorithm to Predict Amputation Risk of Diabetic Foot. **PLoS One**, v. 10, n. 8, p. e0135707, aug. 2015.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; ARAÚJO, L. R.; PEREIRA, G. A. Profile of patients submitted to amputation related to diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 825-830, nov./dec. 2009.

TORRES-VALENZUELA, A.; RODRIGUEZ-GIL, A.; VALLES-ARAIZA, D. A.; VÁSQUEZ-GARCÍA, R.; LERMA-BUCIAGA, C.G. Perfiles clínico y epidemiológico de los pacientes con pie diabético. **Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas**, v. 20, n. 3, p. 294-301, jul./sept. 2015.

VARGAS, M. A. O.; FERRAZO, S.; SCHOELLER, S. D.; DRAGO, L. C.; RAMOS, F. R. S. The healthcare network to the amputee. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 27, n. 6, p. 526-532, nov./dec. 2014.

VARGAS, M. A. O.; SCHNEIDER, D. G.; KINOSHITA, E. Y.; FERREIRA, M. L.; SCHOELLER, S. D.; RAMOS, F. R. S. Health professional's competences for the care of the person with amputation. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 123-133, jan./mar. 2016.

VASCONCELLOS, E. A. **Transporte e meio ambiente: conceitos e informações para análise de impactos**. Annablume Editora. São Paulo, 2006.

VILHENA, E.; RIBEIRO, J. L. P.; SILCA, I.; PEDRO, L.; MENESES, R. F.; CARDOSO, H.; SILVA, A. M.; MENDONÇA, D. Psychological factors as predictors of adjustment to life of people with chronic diseases. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 1, p. 220 – 233, mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.

YAMADA, B. F. A. **Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers**: construção e validação da versão feridas. 2006. 254 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

YAMADA, B. F. A.; SANTOS, V. L. C. G. Development and validation of Ferrans & Powers Quality Of Life Index - Wound Version. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe., p. 1105-1113, dec. 2009.

\_\_\_\_\_. Quality of Life of Individuals with Chronic Venous Ulcers. **Wounds: A Compendium of Clinical Research and Practice**, v. 17, p. 178-189, 2005.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa e precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar sua decisão. **Leia** cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que tiver.

O tema da pesquisa é “Qualidade de vida de pessoas com Pé Diabético”, e será realizada pela pesquisadora Enfermeira Aloma Renata Ricardino mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob orientação da Profª Drª Maria Gorette dos Reis. O objetivo deste estudo é descrever a qualidade de vida e saúde pessoas com Pé Diabético.

**Participarão** dessa pesquisa: pessoas com Pé Diabético maiores de 18 anos, que tenham capacidade para responder ao formulário e consentir em participar assinando esse termo. **Não participarão:** indígenas, privados de liberdade, gestantes, pessoas que apresentarem outros tipos de feridas que não seja Pé Diabético.

Você não será identificado em momento nenhum, somente a pesquisadora, a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Sua participação é **voluntária**, e a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que forneceu seus dados. Estimamos que a entrevista dure entre 20 e 25 minutos.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas em forma de formulário. Essas informações serão guardadas durante cinco (5) anos e, serão incineradas após este período. O (a) Sr. (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras com a pesquisa. Os dados coletados serão utilizados **somente** nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Durante a aplicação dos questionários, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante ao sentido num exame clínico de rotina. Caso você sofra algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Enfª Aloma no telefone (67) 9229-7100.

O (a) Sr. (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação agora, ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

---

Assinatura do voluntário

---

Assinatura do pesquisador

### Consentimento livre e esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Qualidade de vida de pessoas com Pé Diabético”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar. Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e, que sou voluntário a participar deste estudo. Declaro ainda ter recebido uma cópia assinada deste termo de consentimento.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Assinatura e contato do voluntário

### Declaração do pesquisador

Como pesquisador responsável pela pesquisa “Qualidade de vida de pessoas com Pé Diabético”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo. Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Aloma Renata Ricardino  
Mestranda em Enfermagem UFMS  
Fone: (67) 9229-7100  
E-mail: [enf.alomarenata@gmail.com](mailto:enf.alomarenata@gmail.com)

Maria Gorette dos Reis  
Orientadora da pesquisa UFMS  
Fone: (67) 9984 - 9508  
E-mail: [mgorettereis@gmail.com](mailto:mgorettereis@gmail.com)

**“O Comitê de Ética e Pesquisa é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética pelo telefone (67) 3345 – 7187”.**

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS</b>	
Entr. nº _____ Data ____/____/____	
1)	Idade em anos:
2)	Sexo ( ) Masculino                      ( ) Feminino
3)	Prática religiosa <b>A</b> ( ) Praticante <b>B</b> ( ) Não praticante
4)	Condição civil: <b>A</b> ( ) solteiro <b>B</b> ( ) casado/amasiado/união estável <b>C</b> ( ) Viúvo <b>D</b> ( ) Divorciado/Separado/Desquitado
5)	Quantos anos de estudo completos e com aprovação você possui?
6)	Trabalha atualmente? ( ) Sim                      ( ) Não
7)	Qual é a renda de toda sua família? (Some todos os salários brutos, sem deduções, das pessoas de seu grupo familiar que trabalham, inclusive seu rendimento) _____ (em reais).
8)	Quantas pessoas dependem dessa renda? (Somente os que moram na sua casa, inclusive você) _____
9)	De que modo você vai até o CEM? <b>A</b> ( ) a pé <b>B</b> ( ) de ônibus <b>C</b> ( ) de carro <b>D</b> ( ) de moto <b>E</b> ( ) outro meio _____
<b>DADOS CLÍNICOS</b>	
<b>10)</b>	Há tempo foi diagnosticado com diabetes? (em meses)
<b>11)</b>	Há quanto foi diagnosticado com Pé Diabético? (em meses)
<b>12)</b>	Possui amputação decorrente do Pé Diabético? ( ) Sim                      ( ) Não Se você respondeu <b>NÃO</b> pule para a questão <b>14</b>
<b>13)</b>	Tempo de amputação (em meses): _____
<b>14)</b>	Quantidade de amputações:
15)	Tipo de amputação: <b>A</b> ( ) Menor <b>B</b> ( ) Maior
16)	Localização topográfica da amputação: <b>A</b> ( ) Unilateral <b>B</b> ( ) Bilateral
<b>17)</b>	Tipo de ferida: <b>A</b> ( ) Cirúrgica por amputação <b>B</b> ( ) Crônica + Cirúrgica por amputação
<b>18)</b>	Tipo de órtese: <b>A</b> ( ) Sapato especial <b>B</b> ( ) Muleta <b>C</b> ( ) Cadeira de rodas
<b>19)</b>	Possui alguma das doenças citadas abaixo, mesmo que já esteja controlada? <b>Pode marcar várias opções.</b> <b>A</b> ( ) hipertensão arterial sistêmica <b>B</b> ( ) doença cardíaca <b>C</b> ( ) hipercolesterolemia
<b>20)</b>	Recebeu orientação quanto aos cuidados com os pés? ( ) Sim                      ( ) Não
<b>21)</b>	Possui doenças associadas? ( ) Não                      ( ) Sim Qual (is)?

## APÊNDICE C - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



### Programa de Pós Graduação em Enfermagem

À Secretaria Municipal de Saúde Pública - SESAU

A/C: Secretário Municipal de Saúde

Dr. Jamal Mohamed Salém

Venho por meio desta, solicitar autorização da SESAU para realização da pesquisa intitulada **QUALIDADE DE VIDA DE VIDA DE PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO** de responsabilidade da pesquisadora principal **Aloma Renata Ricardino**, sob orientação da **Prof. Dra. Maria Gorette dos Reis** (cópia do Projeto em anexo).

Informo que a mesma integra a Dissertação para conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFMS.

Para a realização deste estudo será necessário realizar entrevista e aplicação de questionário aos clientes que fazem tratamento de Pé Diabético no Centro de Especialidades Médicas da SESAU, que foi escolhido pelo fato de atender diariamente uma grande demanda de pessoas com este tipo de ferida, além de ser um centro de referência no tratamento de feridas em nível estadual. Pretendo realizar a coleta de dados entre os meses de outubro de 2015 a janeiro de 2016.

Ressalto que a confidencialidade dos dados, bem como os demais preceitos éticos e legais da pesquisa serão respeitados, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de dezembro de 2012, e que todos os custos do estudo ficarão a cargo da pesquisadora principal.

A coleta dos dados será iniciada somente após a aprovação da pesquisa pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS).

Antecipadamente agradecemos e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

---

Aloma Renata Ricardino  
Coordenadora da pesquisa  
Fone: 9229-7100

E-mail: [enf.alomarenata@gmail.com](mailto:enf.alomarenata@gmail.com)

---

Maria Gorette dos Reis  
Orientadora da pesquisa  
Fone: 9984-9508  
Email: [mgorettereis@gmail.com](mailto:mgorettereis@gmail.com)

**ANEXO A - ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS & POWERS –  
VERSÃO FERIDAS**

<b>Parte I.</b> Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o <b>quanto satisfeito</b> você está com aquele aspecto da sua vida, tendo como referência as últimas quatro semanas. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. <b>Não há respostas certas ou erradas.</b>						
<b>Quanto você está satisfeito com:</b>	<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Moderadamente insatisfeito</b>	<b>Pouco insatisfeito</b>	<b>Pouco satisfeito</b>	<b>Moderadamente satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
1- Tua saúde?	1	2	3	4	5	6
2- O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3- A intensidade da dor que você sente na ferida ( <i>se tiver dor na ferida</i> )?	1	2	3	4	5	6
4- A intensidade de dor que você sente ( <i>se tiver dor em qualquer lugar sem ser na ferida</i> )?	1	2	3	4	5	6
5- O tratamento que você recebe para aliviar ( <i>passar, melhorar</i> ) a dor?	1	2	3	4	5	6
6- O fato de estar com a ferida	1	2	3	4	5	6
7- O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	1	2	3	4	5	6
8- A drenagem (“ <i>secreção</i> ”) e/ou odor ( <i>cheiro</i> ) da(s) sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
9- A aparência ( <i>aspecto</i> ) da(s) sua(s) ferida(s)	1	2	3	4	5	6
10- A energia ( <i>disposição, vigor, força</i> ) que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
11- Sua capacidade de se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
12- O controle ( <i>governo, mando</i> ) que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
13- As mudanças que você precisa fazer na sua vida diária por causa da(s) sua(s) ferida(s) ( <i>tais como fazer curativos, formas de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se</i> )?	1	2	3	4	5	6
14- Sua capacidade de movimentar-se ( <i>mudar/mover o corpo de lugar</i> ) e/ou locomover-se ( <i>ir de um lugar para outro</i> )?	1	2	3	4	5	6
15- Sua possibilidade ( <i>chance</i> ) de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
16- Seus filhos [ <i>se tiver filho(s)</i> ]?	1	2	3	4	5	6
17- O fato de não ter filhos [ <i>se não tiver filho(s)</i> ]?	1	2	3	4	5	6
18- A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6

19- Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
20- O apoio emocional que você recebeu da sua família?	1	2	3	4	5	6
21- O apoio emocional que você recebe de pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
22- O seu sono?	1	2	3	4	5	6
23- A quantidade de preocupação em sua vida?	1	2	3	4	5	6
24- Sua vizinhança ( <i>vizinhos</i> )?	1	2	3	4	5	6
25- Sua casa, seu apartamento, ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
26- A maneira como você administra ( <i>controla, cuida</i> ) o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
27- As suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
28- Suas possibilidades ( <i>chances</i> ) de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
29- Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
30- Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
31- A realização dos seus objetivos pessoais ( <i>planos, sonhos</i> )?	1	2	3	4	5	6
32- Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33- Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34- Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
35- Você mesmo (a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

**Parte II.** Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o **quanto importante** é para você aquele aspecto da sua vida, tendo como referência as últimas quatro semanas. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. **Não há respostas certas ou erradas.**

	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
<b>Quanto é importante para você:</b>						
1- Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2- O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3- A intensidade da dor que você sente na ferida ( <i>se tiver dor na ferida</i> )?	1	2	3	4	5	6
4- A intensidade de dor que você sente ( <i>se tiver dor em qualquer lugar sem ser na ferida</i> )?	1	2	3	4	5	6
5- O tratamento que você recebe para aliviar ( <i>passar, melhorar</i> ) a dor?	1	2	3	4	5	6
6- O fato de estar com a ferida	1	2	3	4	5	6
7- O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	1	2	3	4	5	6
8- A drenagem ( <i>"secreção"</i> ) e/ou odor ( <i>cheiro</i> ) da(s) sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6

9- A aparência ( <i>aspecto</i> ) da(s) sua(s) ferida(s)	1	2	3	4	5	6
10- A energia ( <i>disposição, vigor, força</i> ) que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
11- Sua capacidade de se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
12- O controle ( <i>governo, mando</i> ) que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
13- As mudanças que você precisa fazer na sua vida diária por causa da(s) sua(s) ferida(s) ( <i>tais como fazer curativos, formas de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se</i> )?	1	2	3	4	5	6
14- Sua capacidade de movimentar-se ( <i>mudar/mover o corpo de lugar</i> ) e/ou locomover-se ( <i>ir de um lugar para outro</i> )?	1	2	3	4	5	6
15- Sua possibilidade ( <i>chance</i> ) de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
16- Seus filhos [ <i>se tiver filho(s)</i> ]?	1	2	3	4	5	6
17- O fato de não ter filhos [ <i>se não tiver filho(s)</i> ]?	1	2	3	4	5	6
18- A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
19- Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
20- O apoio emocional que você recebeu da sua família?	1	2	3	4	5	6
21- O apoio emocional que você recebe de pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
22- O seu sono?	1	2	3	4	5	6
23- A quantidade de preocupação em sua vida?	1	2	3	4	5	6
24- Sua vizinhança ( <i>vizinhos</i> )?	1	2	3	4	5	6
25- Sua casa, seu apartamento, ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
26- A maneira como você administra ( <i>controla, cuida</i> ) o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
27- As suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
28- Suas possibilidades ( <i>chances</i> ) de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
29- Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
30- Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
31- A realização dos seus objetivos pessoais ( <i>planos, sonhos</i> )?	1	2	3	4	5	6
32- Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33- Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34- Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
35- Você mesmo (a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO SESAU**

Secretaria Municipal de Saúde Pública  
Diretoria de planejamento e Gestão em Saúde

## Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **ALOMA RENATA RICARDINO**, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **“QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO”**.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 28 de julho de 2015.

Regina L. Portioli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

*Heide Daiane Pires da Rocha Furtado*  
Assessora Técnica  
Coordenadoria de Convênios e  
Cooperação Mútua/DPGS/SESAU  
Campo Grande - MS

## ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO

**Pesquisador:** Aloma Renata Ricardino

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49129015.8.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.250.005

#### Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo seccional, analítico, com abordagem quantitativa. Serão formados dois grupos: a) grupo caso (formado por pessoas portadoras de uma doença ou condição específica): diabéticos com pé diabético e amputação; b) grupo controle (embora pertença ao mesmo grupo de onde foi extraído o grupo caso, é formado por indivíduos que não apresentam a condição específica): diabéticos com pé diabético. Serão convidados a participar da pesquisa, voluntariamente, todos os usuários do CEM adultos que apresentem pé diabético sem amputação e com amputação. Critérios de inclusão: Diabéticos com pé diabético (de 18 anos de idade ou mais); Diabéticos com capacidade cognitiva para responder ao formulário; Os que consentirem em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: • Indígenas; • Privados de liberdade; • Gestantes; • Diabéticos que apresentarem outros tipos de feridas que não sejam classificadas como pé diabético. A coleta de dados será realizada no Centro de Especialidades Médicas (CEM) da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS, que é diretamente subordinado ao Serviço de Normatização e Supervisão Técnica da Coordenadoria de Atenção Especializada, da Secretaria de Municipal de Saúde (SESAU), e tem diversas competências, uma delas é a realização de avaliação, assistência e acompanhamento de pessoas com úlceras vasculogênicas, neuropáticas, e por pressão. Serão coletados dados sócio demográficos e clínicos das pessoas com pé diabético, por meio de entrevista e aplicação do formulário pela pesquisadora.

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.250.005

Será realizado um teste piloto desse instrumento com 10 pessoas com pé diabético em tratamento no CEM. Para avaliar a QV dos pesquisados será aplicado um instrumento específico para avaliar a QV das pessoas com feridas de qualquer etiologia, o Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers – Versão Feridas (IQVFP – VF), constituído de 35 itens a serem respondidos (Anexo A), e foi validado no Brasil em 2012, mostrando-se eficiente e confiável ao ser aplicado em pessoas com feridas crônicas e agudas (OLIVEIRA, 2012). Será comparada a prevalência dos efeitos entre os dois grupos. A pesquisa será iniciada somente após a aprovação pelo CEP.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a qualidade de vida e saúde de adultos com pé diabético em um centro de referência em Mato Grosso do Sul.

Objetivo Secundário:

Objetivos específicos: a) caracterizar a população estudada segundo variáveis sócio demográficas e clínicas; b) mensurar a QV de pessoas com pé diabético com amputação e sem amputação utilizando o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers – Versão Feridas; e c) discutir a associação entre as variáveis sócio demográficas e clínicas e os resultados obtidos nas mensurações de QV das pessoas com pé diabético

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos para a realização dessa pesquisa são mínimos, e se assemelham ao que se sente num exame clínico de rotina. Esta pesquisa será suspensa caso ocorra qualquer evento danoso não previsto, sendo que as instituições participantes serão imediatamente informadas sobre o fato.

Benefícios:

Os benefícios trazidos são de forma indireta, já que este tipo de estudo pode embasar a criação e/ou atualização das políticas públicas em saúde direcionadas a população estudada. Poderá contribuir para o conhecimento científico relacionado ao tema e para a prática dos profissionais de enfermagem e de saúde que atendem à população adulta com Diabetes Mellitus.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância científica

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta TCLE

Apresenta autorização da SESAU

<b>Endereço:</b> Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS			
<b>Bairro:</b> Caixa Postal 549			<b>CEP:</b> 79.070-110
<b>UF:</b> MS	<b>Município:</b> CAMPO GRANDE		
<b>Telefone:</b> (67)3345-7187	<b>Fax:</b> (67)3345-7187	<b>E-mail:</b> bioetica@propp.ufms.br	



Continuação do Parecer: 1.250.005

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisadora atendeu satisfatoriamente às solicitações do CEP

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_563347.pdf	22/09/2015 09:50:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	AlomaCorrigidoCEP.docx	22/09/2015 09:48:17	Aloma Renata Ricardino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCorrigido.pdf	22/09/2015 09:43:20	Aloma Renata Ricardino	Aceito
Outros	instrumentos.pdf	05/08/2015 22:55:10		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.jpg	05/08/2015 22:51:08		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 29 de Setembro de 2015

Assinado por:

**PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS**  
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br