



**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA**

**ARTHUR VICTOR DE CARVALHO
MATHEUS AZEVEDO SILVA**

**RELAÇÃO ENTRE CONSCIENTIZAÇÃO E ATITUDE EM PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS DO HRPN NO PERÍODO DE 2018.**

**PORTO NACIONAL - TO
2018**

**ARTHUR VICTOR DE CARVALHO
MATHEUS AZEVEDO SILVA**

**RELAÇÃO ENTRE CONSCIENTIZAÇÃO E ATITUDE EM PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS DO HRPN NO PERÍODO DE 2018.**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Asterio Magalhães

**ARTHUR VICTOR DE CARVALHO
MATHEUS AZEVEDO SILVA**

**RELAÇÃO ENTRE CONSCIENTIZAÇÃO E ATITUDE EM PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS DO HRPN NO PERÍODO DE 2018.**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Asterio Magalhães

BANCA EXAMINADORA

APROVADO EM: __/__/__

Prof. Dr. Asterio Magalhães– Orientador
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto

Felipe Munhoz - Examinador 1
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto

José Neto Lopes - Examinador 2

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

RESUMO

Introdução: O Diabetes mellitus (DM) interfere em todas as dimensões da vida da pessoa, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável. Essa condição crônica impõe ao indivíduo mudanças de hábitos de vida, como o comprometimento em relação à terapêutica medicamentosa, ao plano alimentar e à atividade física, o que requer capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários à manutenção de um bom controle metabólico. No entanto, somente o conhecimento não é suficiente para promover a mudança de comportamento que envolve ainda outras variáveis, tais como: escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras dimensões. Ainda são escassos os estudos que investigam a relação dessas variáveis com o conhecimento e atitude da pessoa com DM. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com diabetes mellitus internados no Hospital Regional de Porto Nacional -TO que sofrem com a enfermidade no período de 2018 a partir das fichas de prontuário e questionamento direcionado a conscientização e atitudes dos mesmo em relação a patologia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo de abordagem quantitativa e exploratório dos dados obtidos em questionários aos pacientes atendidos no HRPN. A pesquisa será realizada no Hospital Regional de Porto Nacional no ano de 2018. Os critérios de inclusão relacionam-se aos pacientes internados no HRPN com prognóstico de Diabetes Mellitus. Para a coleta de dados, será utilizado um roteiro sistematizado considerando as variáveis demográficas como sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação e clínicas como tempo de doença, o Diabetes Knowledge and Questionnaire (DKN-A) e o Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19). Estes questionários serão adaptados para a pesquisa se adequando aos quesitos a serem analisados. **Resultados esperados:** Espera-se encontrar uma correlação significativa entre o quadro dos pacientes e suas respostas informadas nos questionários, evidenciando assim as causas e consequência da patologia abordada na pesquisa e assim evidenciar o quanto é importante a conscientização e informações para os pacientes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Perfil epidemiológico. Conhecimento. Atitude.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus (DM) interferes in all dimensions of a person's life, from the most trivial routine to the desire to continue to live in a healthy way. This chronic condition imposes on the individual changes in lifestyle, such as commitment to medication therapy, diet and physical activity, which requires coping with adjustments necessary to maintain good metabolic control. However, knowledge alone is not enough to promote behavioral change that involves other variables, such as: schooling, diagnosis time, health and illness beliefs, family support, ease of access to health services, between other dimensions. There are still few studies that investigate the relationship of these variables with the knowledge and attitude of the person with DM. **Objectives:** This study aims to trace the epidemiological profile of patients with diabetes mellitus hospitalized at the Regional Hospital of Porto Nacional -TO who suffer from the disease in the period of 2018 from the charts and questioning directed at the awareness and attitudes of the same in relation to pathology. **Methodology:** This is a cross-sectional study, descriptive of a quantitative and exploratory approach of the data obtained in questionnaires to the patients seen in the HRPN. The research will be performed at the National Hospital of Porto Nacional in the year 2018. The inclusion criteria are related to the patients hospitalized in the HRPN with prognosis of Diabetes Mellitus. For data collection, a systematic script will be used, considering demographic variables such as gender, age, marital status, schooling and occupation and clinics such as disease time, Diabetes Knowledg and Questionnaire (DKN-A) and Diabetes Attitude Questionnaire -19). These questionnaires will be adapted to the research to suit the questions to be analyzed. **Expected results:** It is expected to find a significant correlation between the patients' chart and their answers informed in the questionnaires, thus evidencing the cause and consequence of the pathology addressed in the research and thus to highlight the importance of awareness and information for the patients.

Keywords: Diabetes Mellitus. Epidemiological profile. Knowledge. Attitude.

LISTA DE ABREVIATURAS

ITPAC	PORTO	Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
NACIONAL		Porto
DM		Diabetes Mellitus
IMC		Índice De Massa Corpórea
DKN-A		Diabetes Knowledg Questionnaire
ATT-19		Diabetes Attitude Questionnaire
IES		Instituições de Ensino Superior
CEP		Conselho de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
TCLE		Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
MS		Ministério da Saúde
OMS		Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA DA PESQUISA	9
1.2 HIPÓTESE	9
1.3 JUSTIFICATIVA	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 DIABETES MELLITUS	12
3.2 A EDUCAÇÃO FRENTE AO TRATAMENTO	13
3.3 RELAÇÃO ADEÇÃO MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA	15
3.4 A EFICÁCIA DO SISTEMA DE SAÚDE E AS ATITUDES DO PACIENTE	15
3.5 CONHECIMENTO E AS ATITUDES RELACIONADAS AO DIABETES	17
3.6 TRATAMENTO E PREVENÇÃO	18
4 METODOLOGIA	19
4.1 DESENHO DO ESTUDO	19
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	19
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	19
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	19
4.6 VARIÁVEIS	20
4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	20
5 DELINEAMENTO	22
6 ASPECTOS ÉTICOS	23
7 DESFECHO	24
7.1 DESFECHO PRIMÁRIO	24
7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO	24
8 CRONOGRAMA	25
9 ORÇAMENTO	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXOS	29
ANEXO A	29
ANEXO B	31
ANEXO C	32
ANEXO D	34
ANEXO E	36
ANEXO F	39

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM) interfere em todas as dimensões da vida da pessoa, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável. Essa condição crônica impõe ao indivíduo mudanças de hábitos de vida, como o comprometimento em relação à terapêutica medicamentosa, ao plano alimentar e à atividade física, o que requer capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários à manutenção de um bom controle metabólico.

O compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, traduzido em atitude positiva ou negativa frente à doença, está sempre presente no cotidiano da pessoa com DM. A compreensão por parte do profissional de saúde de que as atitudes do paciente quanto ao tratamento não são estáveis e muito menos cristalizadas, impõe a busca da atenção integral, efetiva e resolutiva. A atitude, entendida como predisposição à adoção de ações de autocuidado, pode ser ensinada e apreendida. Do mesmo modo, é influenciada por componentes cognitivos, motivacionais e emocionais. Seu poder presumido de influenciar a resposta do sujeito a um objeto no caso, o manejo do DM, tem determinado o interesse de diversos pesquisadores por técnicas de mensuração com vistas à avaliação de mudanças de atitude.

A atitude é um construtor chave, para que se possa compreender a propensão do indivíduo a adotar e manter determinados padrões de comportamento. O conhecimento é conceituado como um conjunto de informações que o indivíduo precisa dominar para administrar sua condição de saúde.

No entanto, somente o conhecimento não é suficiente para promover a mudança de comportamento que envolve ainda outras variáveis, tais como: escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras dimensões. Ainda são escassos os estudos que investigam a relação dessas variáveis com o conhecimento e atitude da pessoa com DM.

Embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, este pode não ser o único e principal fator envolvido no processo educativo. O conhecimento combinado com a tomada de decisão compartilhada com o próprio

paciente, de acordo com seus valores, somado à percepção de barreiras para o autocuidado, a motivação e as metas propostas, podem levar também à adoção de atitudes positivas frente ao tratamento.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O Diabetes mellitus (DM) interfere em todas as dimensões da vida da pessoa, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável. Essa condição crônica impõe ao indivíduo mudanças de hábitos de vida, como o comprometimento em relação à terapêutica medicamentosa, ao plano alimentar e à atividade física, entre outras medidas.

A adaptação do paciente ao novo estilo de vida e seguir rigorosamente as recomendações passada pela equipe medica é um dos maiores obstáculos encontrados nesses pacientes.

Assim, percebe-se que o baixo conhecimento e as atitudes negativas frente à doença são fatores que ainda interferem no controle metabólico e na adesão ao tratamento.

1.2 HIPÓTESE

Embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, este pode não ser o único e principal fator envolvido no processo educativo. O conhecimento combinado com a tomada de decisão compartilhada com o próprio paciente, de acordo com seus valores, somado à percepção de barreiras para o autocuidado, a motivação e as metas propostas, podem levar também à adoção de atitudes positivas frente ao tratamento.

1.3 JUSTIFICATIVA

Estudo realizado em um centro de pesquisa e extensão universitária, no Brasil, que investigou o conhecimento e as atitudes de 82 pessoas adultas com DM que participavam de um programa de educação para o autocuidado em diabetes,

mostrou que 78,05% apresentaram escores superiores a 8 em relação ao conhecimento em Diabetes, indicando adequado conhecimento e compreensão sobre a doença. Quanto às atitudes, os escores variaram entre 25 e 71 pontos, sugerindo dificuldade no enfrentamento da doença. O estudo apontou que, apesar de os participantes terem obtido alto escore para o conhecimento, ainda assim não modificaram a atitude para um enfrentamento mais adequado da doença (RODRIGUES, 2012).

Assim fica evidente nas literaturas abordadas que o conhecimento da patologia junto a atitudes tomadas de maneira correta evidencia um melhor prognóstico e evolução do paciente. Evitando certas complicações clínicas como pé diabético entre outras que podem levar ao óbito do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com diabetes mellitus internados no Hospital Regional de Porto Nacional-TO que sofrem com a enfermidade no período de 2018 a partir das fichas de prontuário e questionamento direcionado a conscientização e atitudes dos mesmo em relação a patologia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os pacientes com diabetes mellitus tipo 2 do HRPN, segundo as variáveis sócio demográficas, clínicas e laboratoriais;
- Traçar o perfil de pacientes mais acometidos e suas orientações sobre a doença;
- Avaliar as atitudes tomada pelos pacientes intra hospitalar e após a alta medica e qual o tipo mais acometido;
- Identificar as causas de reincidência e condutas mantidas pelos pacientes;
- Identificar o principal agente causador das lesões;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DIABETES MELITTUS

O DM2 é uma doença caracterizada por defeitos da ação e na secreção da insulina, podendo ocorrer em qualquer idade, mas geralmente é diagnosticada após dos 40 anos. A maioria das pessoas que tem DM2 é obesa ou tem sobre peso e são insulino-independentes, mas podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado (DIRETRIZES SBD, 2009).

A insulina que é produzida nos DM2 não é suficiente para controlar a produção de glicose pelo fígado ou promover capacitação de glicose pelo músculo esquelético. A doença aparece lentamente e os sintomas iniciais não são reconhecidos. (LEHNINGER, 2006)

Nas últimas décadas a importância da diabetes vem crescendo em decorrência de maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, aumento do consumo de dietas hipercalóricas, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, sedentarismo e obesidade.

A obesidade e o DM2 são doenças que causam resistência à insulina. Na obesidade, em geral a quantidade de gordura corporal é proporcional ao grau de resistência à insulina. Nestes indivíduos, os níveis de insulina são altos no plasma e com isso favorece no desenvolvimento da DM2. A obesidade deve ser tratada para que a síndrome metabólica, o DM2 e a doença cardiovascular não progridam (GLEW e CRABB, 2007).

A prevalência da obesidade aumentou 100% nas últimas décadas, tendo como consequência aumento da incidência destas comorbidades. Silveira constatou que a correlação de obesidade e DM2 existem, mas não é muito alta, se o indivíduo aumentar a sua gordura corporal, os níveis glicêmicos também serão elevados e com isso, pode aumentar o risco de desenvolver DM2. E observou que nos seus resultados o aumento da glicemia, está relacionado com a elevação do valor do índice de massa corpórea (IMC) que é um fato relacionado ao aumento da resistência à insulina (PEREIRA, 2011).

3.2 A EDUCAÇÃO FRENTE AO TRATAMENTO

As mudanças no comportamento alimentar e na prática de atividade física, por parte dos pacientes com DM2, são muito importantes na avaliação de programas de educação em grupo relacionada ao diabetes e estão condicionadas à melhora dos conhecimentos e à modificação de atitudes sobre a doença. O nível de escolaridade pode ser considerado fator determinante da efetividade de um programa educativo, principalmente em pacientes com DM, que necessitam adquirir determinados conhecimentos para conseguir desenvolver o seu autocuidado. A baixa escolaridade é relatada como fator que interfere na adesão ao tratamento medicamentoso, pois as drogas para o tratamento do diabetes são consideradas complexas e necessitam de compreensão de seu uso por parte dos pacientes (TORRES et al, 2009).

Na literatura abordada encontrou-se uma análise de um grupo, a amostra foi calculada a partir da população de 232 pacientes com DM2 sem uso de insulina, margem de erro de 3% da média da hemoglobina glicada, com acréscimo de 25%. Foram selecionados 76 indivíduos hipertensos com DM e realizada a randomização através de sorteio simples, em dois grupos de 38 indivíduos: grupo intervenção (GI) e grupo controle (GC).

Os dois grupos, GI e GC, apresentaram-se homogêneos quanto à escolaridade, pois 66,7 e 67,6% dos participantes, respectivamente, possuíam ensino primário incompleto, o que possibilita a comparação de aprendizagem entre eles. Outros estudos também encontraram o predomínio desse nível de escolaridade em pacientes com DM. A idade avançada encontrada nessa população não representou dificuldades na aprendizagem, resultado diferente de estudo que analisou as barreiras para a educação em diabetes e concluiu que pessoas mais idosas, além de outras dificuldades, também apresentam limitações na educação (PEREIRA et al, 2012).

O programa educativo implementado neste estudo elevou os conhecimentos sobre diabetes dos pacientes do GI em todas as questões analisadas. Outros estudos encontrados que desenvolveram programas educativos de grupo para pacientes com DM, com utilização de estratégias de ensino participativas, como dramatizações, relatos de experiências e caminhada, também encontraram incremento dos conhecimentos sobre a doença. Revisão realizada com 72 estudos sobre educação para autogestão em DM2, com período de seguimento de seis a doze meses, encontrou resultados positivos sobre o conhecimento da doença e concluiu

que intervenções educativas que envolvem a colaboração dos pacientes podem ser mais efetivas (SANTOS et al, 2011).

A disponibilização de conhecimentos e o fortalecimento de atitudes ativas em relação à doença, direcionadas à pessoa com diabetes e à sua família, através de práticas educativas de saúde, têm sido relacionados à prevenção das complicações por meio do auto manejo da doença, o que possibilita à pessoa conviver melhor com sua condição. As práticas educativas em saúde, na sociedade atual, reconhecem a importância de novas estratégias de ensino que valorizem a autonomia da pessoa com diabetes e promovam a tomada consciente de decisões, tornando-os auto gestores de sua saúde.

Esses são os objetivos da educação para a adesão, que utiliza a abordagem interativa, através da estratégia de resolução de problemas, inspirada nas contribuições de Freire, aplicadas na educação em saúde desde o início da década de 1990. O diálogo, os relatos de experiências do grupo e as reflexões relacionadas a seus próprios atos foram um caminho eficaz para facilitar ao portador de DM a possibilidade de adesão a novos hábitos de vida e para o desenvolvimento e aquisição de atitudes de autocuidado.

Está comprovado que o conhecimento sobre as características e as complicações do diabetes melhora sobremaneira a evolução da doença, pois leva à detecção precoce e à redução da velocidade de instalação das complicações crônicas. O conhecimento acerca da doença é a base para o desenvolvimento de ações para o autocuidado em diabetes, embora a aquisição de conhecimento não obrigatoriamente se traduza em mudança de comportamento. O estilo de vida e as crenças também podem ter forte influência (JARVIS et al, 2010).

Melhorar os conhecimentos de indivíduos com DM parece ser fundamental para o reforço da sua capacidade e confiança para desenvolver ações de autocuidado que, juntos, contribuem para melhorar a gestão da doença. O apoio da família tem sido descrito como fator essencial para estímulo ao autocuidado dos pacientes com DM.

Conseguir a interação familiar em qualquer processo educativo que ocorra fora de ambientes domiciliares é um desafio. Não é comum que familiares acompanhem e se envolvam nos cuidados do indivíduo diabético (SANTOS et al, 2011).

3.3 RELAÇÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA

A relação da adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso com o controle do DM em adultos demonstra alto índice de eficácia e segundo estudos abordados controla consideravelmente a saúde do paciente diabético e mantém um padrão de vida adequado quando seguidos rigorosamente.

A adesão ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico) teve correlação inversa com o índice de massa corporal (IMC) na literatura abordada. Assim fica claro a importância das recomendações dietéticas e de exercício físico em alta quantidade para diminuir o IMC e assim ter seu controle em níveis adequados.

Em relação à adesão medicamentosa, foi observada correlação inversa, porém, de fraca magnitude, entre os níveis glicêmicos e valores médios de pressão arterial diastólica. Em estudo com o objetivo de determinar a adesão medicamentosa de adultos norte-americanos com DM e sua relação com a quantidade de fármacos prescritos e controle metabólico, também se identificou menor medida de pressão arterial diastólica além de baixo índice glicêmico entre os participantes com maior adesão medicamentosa no DM (GOMES et al, 2012).

3.4 A EFICACIA DO SISTEMA DE SAÚDE E AS ATITUDES DO PACIENTE

A maneira como o estado aborda a saúde e lida com os problemas ligados as enfermidades é fundamental para a profilaxia e tratamento de qualquer enfermidade, medida educacionais e a conscientização como formas de atitudes podem mudar o curso de doença como o Diabetes, além é claro de registro fidedignos e confiáveis para um planejamento eficaz de tratamento.

No município de Pelotas, RS, foi desenvolvido estudo com objetivo de avaliar a estrutura, processo e resultado do cuidado aos usuários com diabetes mellitus em 32 Unidades Básicas de Saúde, daquele município. Os resultados apontaram que havia falta de recursos materiais necessários ao atendimento, deficiências relativas ao registro das atividades de consulta nos prontuários, falta de prescrição do plano alimentar por parte de 15% dos médicos e de solicitação de alguns dos exames complementares preconizados (ASSUNÇÃO et al, 2011).

Do total de usuários avaliados, apenas 36% apresentava índice de massa corporal (IMC) considerado bom ou aceitável, assim como, 49,5% a glicemia capilar dentro dos parâmetros preconizados. Estudo realizado com usuários com diabetes

mellitus inseridos em um Programa de Assistência em uma Unidade Básica de Ribeirão Preto, São Paulo, mostrou que, das prescrições médicas sobre o tratamento da doença, apenas 17,2% abrangiam as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes, incluindo informações sobre o plano alimentar, exercício físico e uso de medicamentos (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

Em uma cidade do sul do Brasil, também investigou o controle glicêmico de usuários atendidos na atenção primária à saúde segundo a estrutura das unidades de saúde e as características do processo do cuidado médico aos usuários com diabetes mellitus. Os resultados mostraram que não houve associação entre o mau controle glicêmico e os componentes referentes à estrutura e ao processo. Por outro lado, mostrou que as características tempo de tratamento, índice de massa corporal e o uso de tratamento medicamentoso estavam associados ao mau controle glicêmico.

A assistência ao usuário com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial em um Programa Saúde da Família, no Município de Francisco Morato-SP, mostrou que dos 42 usuários, 24 (57,1%) tinham valores glicêmicos acima de 126mg/dl, 14 (21,9%) apresentavam complicações crônicas, e 26 (40,6%) já sofreram internação hospitalar devido às complicações da doença. Estudo realizado em Campinas, SP, que teve como objetivo caracterizar os usuários com diabetes mellitus de uma Unidade Básica de Saúde e a ações de controle da doença mostrou que a assistência oferecida no serviço não corresponde à preconizada nos protocolos municipais e nacionais em relação à doença. A ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde não eram sistematizadas, portanto não compunham um programa de controle do diabetes mellitus (RODRIGUES et al, 2009).

Estudo multicêntrico realizado, no Brasil, ao investigar a qualidade da atenção em diabetes mellitus nos serviços públicos de saúde, tais como hospitais, ambulatórios especializados na perspectiva de alcance de metas de controle metabólico do usuário com diabetes mellitus tipo 2, apontou que apenas 75% dos usuários atendidos apresentaram o peso corporal e 46%, hemoglobina glicosilada (HbA1c) dentro dos padrões estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes (GOMES et al, 2012).

Outra literatura abordada foi realizada em um Programa de Atenção Básica em quatro municípios do Rio de Janeiro, que teve como objetivo avaliar a qualidade dos registros da assistência prestada à pessoa com diabetes mellitus mostrou que os

registros das ações em saúde relacionadas à atenção em diabetes eram precários, mostrando a necessidade de melhoria da prática clínica e do cuidado prestado. O registro do variável peso corporal foi inferior a 50% do total de 2.291 prontuários investigados. Os registros dos valores da pressão arterial e glicemia, também, foram insatisfatórios (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2011).

3.5 CONHECIMENTO E AS ATITUDES RELACIONADAS AO DIABETES

O diabetes mellitus interfere em todas as dimensões da vida da pessoa, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável. Essa condição crônica impõe à pessoa mudanças de hábitos de vida, como o comprometimento com a terapêutica medicamentosa, plano alimentar e atividade física, requerendo capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários para a manutenção de um bom controle metabólico. O compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, traduzido em atitude positiva ou negativa frente à doença, está sempre presente no cotidiano da pessoa com diabetes.

Assim, a compreensão por parte do profissional de saúde de que as atitudes não são estáveis, e muito menos cristalizadas, se faz necessária, na busca de uma assistência integral, efetiva e resolutiva. A atitude, entendida como a predisposição para a adoção de ações de autocuidado, pode ser ensinada e apreendida. Do mesmo modo, pode ser influenciada por componentes cognitivos, motivacionais e emocionais (RODRIGUES, 2011).

O seu poder presumido de influenciar a resposta do sujeito a um objeto, no caso em questão o manejo do diabetes mellitus, tem determinado o interesse de diversos pesquisadores em busca de técnicas de mensuração e promoção de mudanças atitudinais.

O conhecimento sobre o diabetes mellitus é um antecedente importante de autocuidado. Por exemplo, o conhecimento sobre os sinais e sintomas do diabetes mellitus tipo 2, os parâmetros de normalidade da glicose sanguínea, o desempenho de determinadas atividades de autocuidado, tais como o seguimento do plano alimentar, o incremento do exercício físico e uso de medicamentos influencia o processo de manejo da doença.

O conhecimento da pessoa com diabetes mellitus, especialmente sobre sinais e sintomas de hipoglicemia, é fator essencial para a conscientização dos sintomas da doença. Os pacientes que recebem informações sobre os parâmetros de

normalidade glicêmica e as técnicas de automonitorização, demonstram atitudes positivas e proativas para o autocuidado, assim como melhor controle metabólico (MEDEIROS et al, 2012).

Embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, este pode não ser o único e principal fator envolvido no processo educativo. O conhecimento combinado com a tomada de decisão do próprio paciente e seus valores, somado a percepção de barreiras para o autocuidado, à motivação e as metas podem levar a atitudes positivas frente ao tratamento.

3. 6 TRATAMENTO E PREVENÇÃO

De uma maneira geral, para tratar e prevenir a obesidade, e o DM2, o indivíduo deve praticar atividades físicas, e obter hábitos alimentares mais saudáveis, evitar o fumo e bebidas alcoólicas. Deve-se fazer o uso do medicamento para o tratamento. Tem casos que a cirurgia para emagrecer é eficaz. Conforme a III Diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose, nos DM2 o controle da dislipidemia passa pelo controle da glicemia e do uso de medicamentos específicos dependendo da necessidade do paciente.

A cirurgia bariátrica realizada em obesos mórbidos pode ser eficaz para a redução no desenvolvimento do DM2. É importante o exercício físico, pelo menos quatro vezes na semana, com seções de 1 hora para os DM2 e com isso diminui os triglicerídeos, aumenta o HDL, diminui a frequência cardíaca de repouso e também pode melhorar a glicemia de jejum e a hemoglobina glicosilada (DIRETRIZES SBD, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo de abordagem quantitativa e exploratório dos dados obtidos em questionários aos pacientes atendidos no HRPN.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa será realizada no Hospital Regional de Porto Nacional no ano de 2018.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Pacientes internados no Hospital Regional de Porto Nacional, portadores de Diabetes Mellitus.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão relacionam-se aos pacientes internados no HRPN com prognóstico de Diabetes Mellitus, confirmados no prontuário de saúde, adultos e idosos, de ambos os sexos, com condições de responder às questões formuladas e que aceitarão participar da pesquisa após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que não aceitarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Crianças não serão pesquisadas.

4.6 VARIÁVEIS

Para a coleta de dados, será utilizado um roteiro sistematizado considerando as variáveis demográficas como sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação e clínicas como tempo de doença, o Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e o Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19). Estes questionários serão adaptados para a pesquisa se adequando aos quesitos a serem analisados.

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os instrumentos a serem utilizados são de bastante confiança e abordam de maneira perspicaz os tópicos mais importantes para a avaliação dos pacientes portadores de DM.

O DKN-A é um questionário auto aplicado com 15 itens de respostas de múltipla escolha sobre os diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral do Diabetes. Apresenta cinco amplas categorias: fisiologia básica, incluindo a ação da insulina, hipoglicemia, grupos de alimentos e suas substituições, gerenciamento do DM na intercorrência de alguma outra doença e princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0-15 e cada item é aferido com escore um para resposta correta e zero para incorreta. Os itens de um a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15, só algumas respostas são corretas e todas devem ser referidas para atribuição do escore um. Um escore maior do que oito indica conhecimento sobre o diabetes.

O ATT-19 é um questionário autoaplicável sobre a medida de ajustamento psicológico para DM, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais a respeito da doença. Consiste de 19 itens que incluem seis fatores: estresse associado ao DM, receptividade ao tratamento, confiança no tratamento, eficácia pessoal, percepção sobre a saúde e aceitação social. As questões 11, 15 e 18 começam como escore reverso. A principal aplicação da escala de atitudes é associada à avaliação de intervenção educacional. Cada resposta é medida pela escala tipo Likert de cinco pontos (discordo totalmente – escore 1 até concordo totalmente – escore 5). O escore total varia de 19 a 95 pontos. Um escore maior que 70 pontos indica atitude positiva em relação à doença.

Para obtenção dos dados referentes às variáveis demográficas e clínicas e relacionados ao conhecimento e atitudes, será realizado uma entrevista dirigida, aplicada individualmente, em situação face a face, em um ambiente hospitalar em leito, com duração média de 20 minutos.

Primeiramente, será esclarecido os objetivos do estudo e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante, iniciou-se a entrevista. As respostas às questões serão registradas no próprio formulário, concomitantemente à entrevista. As variáveis escolaridade e tempo de diagnóstico serão agrupadas para análise. Em relação à escolaridade são consideradas: não letrado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo/superior incompleto e ensino superior completo. Quanto ao tempo de diagnóstico, serão considerados os seguintes intervalos: até 5 anos, de 6 a 15 anos, de 16 a 25 ano se ≥ 26 anos.

Para análise, realizaremos a transposição dos dados para o software SAS 9.0, ao efetivar o cálculo de frequência das variáveis e aplicado o teste Exato de Fisher, que mede a associação entre duas variáveis qualitativas.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O projeto cujo tema Relação entre conscientização e atitude em pacientes com diabetes mellitus do HRPN no período de 2018, foi escolhido em fevereiro de 2018 pelos pesquisadores será realizado através de pesquisas bibliográficas no período de março a maio de 2018 que irão tornar como base para a futura coleta de dados através de questionários destinados aos acadêmicos de medicina. O projeto será apresentado em maio de 2018 no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos de Porto Nacional, após aprovação do projeto ele será submetido ao CEP em maio de 2018 para então liberação e realização da coleta de dados no mês de 1 a 4 de 2018. Posteriormente dará seguimento a análise e discussão dos casos do mês 5 após aprovação de 2018, seguido da elaboração do artigo no mês 6 após aprovação, tal artigo será revisado no mês 6 e assim será submetido no mesmo mês deste ano.

6 ASPECTOS ETICOS

Os pesquisadores se comprometem a respeitar as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios que norteiam este tipo de pesquisa. Devendo ser livre e esclarecido para todo o indivíduo, além de ser submetida a um comitê de ética em pesquisa.

A pesquisa será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Devido aos levantamentos de dados retrospectivos será solicitado ao CEP a isenção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

6.1 RISCOS

Os riscos dos participantes envolvidos na pesquisa são baixos assim como os prejuízos pois não haverá invasão de privacidade e exposição.

6.1 BENEFICIOS

Os participantes irão contribuir para levantamento de dados que levará a conscientização da sociedade em geral dos reais fatores que contribuem para o difícil controle e redução das consequências referente a Diabetes Mellitus na região de Porto Nacional, colaborando para futuras ações preventivas dos riscos identificados na pesquisa.

7 DESFECHO

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se encontrar uma correlação significativa entre o quadro dos pacientes e suas respostas informadas nos questionários, evidenciando assim as causa e consequência da patologia abordada na pesquisa e assim evidenciar o quanto é importante a conscientização e informações para os pacientes.

7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO

Os resultados obtidos serão divulgados para a comunidade científica e acadêmica através da publicação de artigo científico a fim de servir de base para nortear a prevenção e alertar a respeito da relação conhecimento e estado da enfermidade dos pacientes diabéticos abordados na pesquisa no hospital.

8 CRONOGRAMA

Evento	Ano 2018										
	Fev	Ma	Abri	Mai	Jun	1	2	3	4	5	6
Escolha do tema do projeto de pesquisa											
Pesquisa bibliográfica											
Elaboração do projeto											
Apresentação do projeto											
Submissão ao CEP											
Revisão bibliográfica											
Coleta de dados											
Análise e discussão dos dados											
Elaboração do artigo											
Revisão do artigo											
Submissão do artigo											

QUADRO 2 – Cronograma e planejamento de execução das atividades relacionadas ao projeto de pesquisa.

1* equivale ao primeiro mês após aprovação do CEP

2* correspondente ao segundo mês após aprovação do CEP

3* referente ao terceiro mês após aprovação do CEP

4* é igual ao quarto mês após a aprovação do CEP

5* é o mês após aprovação do CEP

6* refere ao mês após aprovação do CEP

9 ORÇAMENTO

CATEGORIA: Gastos com Recursos Materiais

ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Impressão/Xerox	350	0,25	87,50
Canetas	12	1,00	12,00
Pastas	03	15,00	45,00
Total			144,50

CATEGORIA: Gastos com Recursos Humanos

ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Combustível	30 Litros	4,40	132,00
Total			132,00

FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA

CATEGORIAS	VALOR TOTAL(R\$)
Gastos com Recursos Materiais	144,50
Gastos com Recursos Humanos	132,00
Total	276,50

Quadro 1 -: Orçamento relacionado ao projeto de pesquisa “Relação entre Conscientização e Atitude em Pacientes com Diabetes Mellitus do HRPN no Período de 2018”.

Todas as despesas para realização do projeto de pesquisa serão custeadas pelos acadêmicos responsáveis pela execução da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, M. et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2011.
- DIRETRIZES SBD, **Diabetes mellitus Tratamento e acompanhamento das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 153 p., 2009.
- GLEW, R.A.; CRABB, D.W. Inter-relações metabólicas. In: DEVLIN, T.M.; MICHELACCI, Y.M. **Manual de Bioquímica com Correlações Clínicas**. São Paulo: Editora Blücher, 2007. P. 829-869.
- GOMES LC, FOSS MC, FREITAS MCF, PACE AE. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jan.-fev. 2012.
- GOMES, M. B. et al. Prevalence of type 2 diabetic patients within the targets of care guideline in daily clinical practice: a multicenter study in Brazil. **Review of Diabetic Studies, Duisburg**, v. 3, n. 2, p. 82-87, 2012.
- JARVIS J, SKINNER TC, CAREY ME, DAVIES MJ. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes?. **Diabetes Obesity Metabolism**. 2010;12(1):12-9.
- LEHNINGER, A.L. **Princípios de Bioquímica**. 4ª Ed. SP: Sarvier, 2006.
- MATOS LN, GIORELLI GV, SAADO A, DIAS CB. Prevalence of prediabetes in patients with metabolic risk. **Sao Paulo med. j.** 2011.
- MEDEIROS C.C.M. BESSA G.G. COURA A.S. FRANÇA I.S.X. SOUSA F. S. Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. **Rev. Eletr. Enf.** 2012 jul/sep;14(3):559-69
- PEREIRA NMSC, SOUSA ALL, JARDIM PCBV, ZANINI CRO. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.2012.
- PEREIRA, Renata. A relação entre Dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2. **Cadernos UniFOA. Volta Redonda**, Ano VI, n. 17, dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/17/89.pdf>> Acesso em 10 de abril 2018.
- RODRIGUES F. F. L. Conhecimento e atitudes de usuários com diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto-SP. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**. São Paulo. 2011.
- RODRIGUES FF, ZANETTI ML, SANTOS MA, MARTINS TA, SOUZA VD, TEIXEIRA CR. Knowled geand attitude: importante e components in diabetes education. **Ver Latinoam Enferm**. 2012; 17(4):468-73.
- RODRIGUES, F. F. L. et al. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 468-473, 2009.
- SANTOS ECB, ZANETTI ML, OTERO LM, SANTOS MA. Care according to diabetes patients and their main caregivers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2011;13(3):397-406.

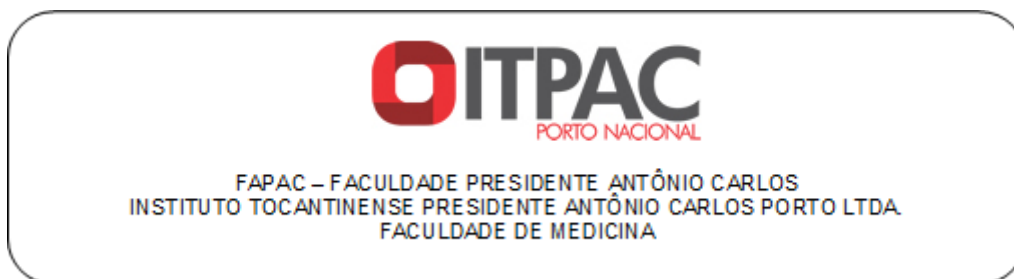
SILVA, A. S. B. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto-SP. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. 130 p.

TORRES HC, FRANCO LJ, STRADIOTO MA, HORTALE VA, SCHALL VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública**. 2009;43(2):291-8.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 1, p. 173-182, 2011.

ANEXOS



ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E) **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado como voluntário a participar do projeto de pesquisa, **RELAÇÃO ENTRE CONSCIENTIZAÇÃO E ATITUDE EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS DO HRPN NO PERÍODO DE 2018.**

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: o motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é compreender o quanto é importante a conscientização dos pacientes com Diabetes Mellitus e suas atitudes frente a evolução do quadro e tratamento destes.

A relevância deste estudo se baseia na importância na conscientização da sociedade em geral da real necessidade do conhecimento da população e dos pacientes com Diabetes Mellitus em relação a um tratamento eficiente e sem consequências no ano de 2018, colaborando para melhoria e prevenção das causas identificadas na pesquisa.

DESCONFORTO E RISCOS E BENEFÍCIOS: NÃO haverá riscos e nem procedimentos invasivos em você. FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTENCIA: Você será totalmente acompanhado durante o preenchimento do questionário pelos acadêmicos **Arthur Victor de Carvalho e Matheus Azevedo Silva** e do Orientador Prof. Dr. Asterio Magalhães.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DO SIGILO: Você será esclarecido sobre todos os itens do projeto em qualquer aspecto que desejar sendo livre para recusar-se a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os

pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados dos questionários ficarão a sua disposição e será disponibilizada uma cópia, permanecendo confidenciais. Seu nome ou o material que indique a participação não será liberado sem a sua autorização. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada na coordenação do curso de medicina da Fapac – Porto, em Porto Nacional - TO.

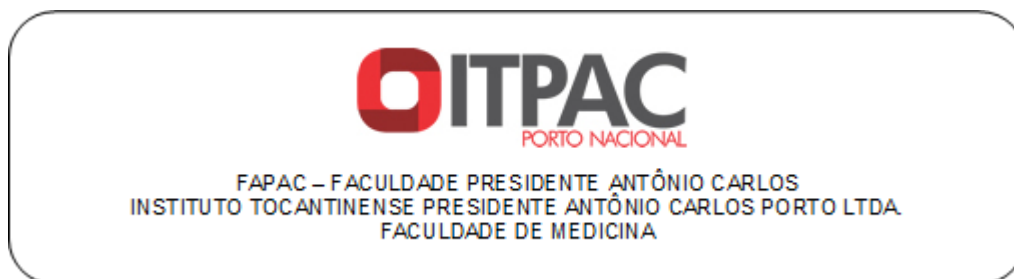
CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A sua participação neste estudo não acarretará custos ao mesmo e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO	DA(O)	PARTICIPANTE:
EU,..... C.P.F.....		
nascido em/...../..... fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. O professor a que me proponho, assim como os acadêmicos da equipe certificaram-me, que todos os dados desse projeto serão confidenciais. Também ficou esclarecido que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da Fapac – Porto, Porto Nacional, em caso de dúvida, eu poderei solicitar a equipe do projeto pessoalmente ou através do telefone: (63) 3363 9640. Declaro que concordo em participar desse projeto. Mantenho uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido em minha pasta e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.		

Porto Nacional,/...../.....

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador(a)



ANEXO B – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP),

Declaro conhecer e estar de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado **“RELAÇÃO ENTRE CONSCIENTIZAÇÃO E ATITUDE EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS DO HRPN NO PERÍODO DE 2018”**, de responsabilidade dos alunos **Arthur Victor de Carvalho e Matheus Azevedo Silva** e do Orientador Prof. Dr. Asterio Magalhães ser realizado no curso de medicina da Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto (FAPAC PORTO) do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto (ITPAC PORTO).

Declaro ainda, conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CN 466/12.

O ITPAC Porto Nacional está ciente de suas co-responsabilidades como instituição PROPONENTE do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantir esses requisitos.

Responsabilizaremos nos pelas etapas a serem realizados pelos pesquisadores e que os dados coletados serão analisados dentro dos princípios éticos.

Estou ciente que a pesquisa só será iniciada APÓS aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa).

Porto Nacional, ____/____/2018.

Talita Caroline Miranda

Coordenadora de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu _____ ocupante do cargo de _____, RG Nº _____, CPF Nº _____

AUTORIZO _____ RG Nº: _____, CPF Nº: _____, MATRICULA: _____ e _____ RG Nº: _____, CPF Nº: _____, MATRICULA: _____ a realizarem o projeto de pesquisa **RELAÇÃO ENTRE CONSCIENTIZAÇÃO E ATITUDE EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS DO HRPN NO PERÍODO DE 2018** para coleta de dados de pacientes atendidos no HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL através de questionários e instrumentos de coletas de dados, que tem como objetivo primário avaliar a conscientização e atitudes dos pacientes diabéticos do hospital em relação aos cuidados e atitudes frente a essa patologia.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos;
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizaram as informações coletadas em prejuízos dessas pessoas e/ou da instituição respeitando desde modo as diretrizes Éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na constituição federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no novo código civil, artigo 20.

Porto Nacional, ____ de ____ de _____

Responsável pela instituição

ANEXO D**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Iniciais: _____ Número do prontuário: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Telefone: _____

1) Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2) Idade – Anos completos _____

3) Estado civil:

1. solteiro

2. casado/amasiado

3. viúvo

4. desquitado ou divorciado

5. outro

4) Escolaridade.:

1. Anos de Estudo _____

5) Ocupação.:

1. Trabalha

2. Aposentado

3. Do lar

4. Outra

6) Renda familiar: _____

7) Número de membros da família: _____

DADOS REFERENTES AO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE METABÓLICO

8) Tempo da doença - anos completos _____

9) Comorbidades:

1. Hipertensão arterial () sim () não

2. Dislipidemia () sim () não

3. Sobrepeso/obesidade () sim () não

10) Fatores de risco e doenças concomitantes:

1. Antecedentes familiares cardiovasculares () sim () não

2. Tabagismo () sim () não

3. Sedentarismo () sim () não

4. Sobrepeso/ obesidade () sim () não

5. Hipertensão arterial () sim () não

11) Presença de complicações:

1. Infarto agudo do miocárdio () sim () não
2. Acidente vascular cerebral () sim () não
3. Pé diabético () sim () não
4. Amputação por diabetes mellitus () sim () não
5. Doença renal () sim () não
6. Outras () sim () não

12) Como ela é tratada?

- () Dieta
() Dieta e antidiabético oral
() Dieta e Insulina
() Dieta, antidiabético oral e insulina
() Outro

13) Medicamentos:

1. Glibenclamida 5mg _____ comprimidos/dia
2. Metformina 850 mg _____ comprimidos/dia
3. Insulina _____ unidade/dia
4. Outros _____

14) Já participou de Grupos de Educação em diabetes?

- () Não
() Sim
Ano de participação _____
Tempo de participação _____

15) Peso _____ kg (Data: __/__/__)

16) Altura _____ cm (Data: __/__/__)

17) IMC _____ kg/m²

1. normal (18,5 – 24,9)
2. sobrepeso (25 – 29,9)
3. obeso classe I (30 – 34,9)
4. obeso classe II (35 – 39,9)
5. obeso classe III (> ou = 40)

18) Circunferência abdominal _____ cm (Data: __/__/__)

19) Pressão arterial sistólica _____ mmHg

20) Pressão arterial diastólica _____ mmHg

21) Glicemia jejum _____ mg/dl (Data: __/__/__)

22) Glicemia pós-prandial _____ mg/dl (Data: __/__/__)

23) Colesterol total _____ mg/dl (Data: __/__/__)

24) Colesterol LDL _____ mg/dl (Data: __/__/__)

25) Colesterol HDL _____ mg/dl (Data: __/__/__)

26) Triglicérides _____ mg/dl (Data: __/__/__)

27) Valor último exame de HbA1c: _____ % (Data: __/__/__)

ANEXO E - Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A)

Versão Brasileira do Questionário

INSTRUÇÕES: este é um pequeno questionário para descobrir o quanto o sr (a) sabe sobre o diabetes. Se souber a resposta certa, faça um círculo na letra em frente dela. Senão souber a resposta, faça um círculo em volta da letra à frente de “Não sei”.

1. No diabetes SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é:

- A. Normal
- B. Alto
- C. Baixo
- D. Não sei

2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA?

- A. Não importa se sua diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma
- B. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia
- C. O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde
- D. Não sei

3. A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de:

- A. 70-110mg/dl
- B. 70-140mg/dl
- C. 50-200mg/dl
- D. Não sei

4. A MANTEIGA é composta principalmente de:

- A. Proteínas
- B. Carboidratos
- C. Gordura
- D. Minerais e vitaminas
- E. Não sei

5. O ARROZ é composto principalmente de:

- A. Proteínas
- B. Carboidratos
- C. Gordura
- D. Minerais e vitaminas
- E. Não sei

6. A presença de CETONAS NA URINA é:

- A. Um bom sinal
- B. Um mau sinal
- C. Encontrado normalmente em quem tem diabetes
- D. Não sei

7. Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associadas à diabetes

- A. Alterações visuais
- B. Alterações nos rins
- C. Alterações nos pulmões
- D. Não sei

8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma TAXA ALTA DE AÇUCAR NO SANGUE OU NA URINA, assim como presença de cetonas, ela deve:

- A. Aumentar a insulina
- B. Diminuir a insulina
- C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde
- D. Não sei

9. SE UMA PESSOA COM DIABETE está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada:

- A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente
- B. Ela deve continuar a tomar insulina
- C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez da insulina
- D. Não sei

10. Se você sente que a HIPOGLICEMIA está começando, você deve:

- A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente
- B. Deitar-se e descansar imediatamente
- C. Comer ou beber algo doce imediatamente
- D. Não sei

11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes ALIMENTOS:

- A. Maça
- B. Alface e Agrião
- C. Carne
- D. Mel
- E. Não sei

12. A HIPOGLICEMIA é causada por:

- A. Excesso de insulina
- B. Pouca insulina
- C. Pouco exercício
- D. Não sei

PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS HAVERÁ 2 RESPOSTAS CERTAS.
MARQUE-AS

13. Um QUILO é:

- A. Uma unidade de peso

- B. Igual a 1000 gramas
- C. Uma unidade de energia
- D. Um pouco mais que duas gramas
- E. Não sei

14. Duas das seguintes substituições estão CORRETAS:

- A. Um pão francês é IGUAL a quatro (4) biscoitos de água e sal
- B. Um ovo é IGUAL a uma porção de carne moída
- C. Um copo de leite é IGUAL a um copo de suco de laranja
- D. Uma sopa de macarrão é IGUAL a uma sopa de legumes
- E. Não sei

15. Se eu não estiver com vontade de COMER O PÃO FRANCÊS permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso:

- A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal
- B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios
- C. Comer uma fatia de queijo
- D. Deixar pra lá
- E. Não sei

ANEXO F - Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19)

Versão Brasileira do Questionário

INSTRUÇÕES: este formulário contém 19 perguntas para ver como o Sr(a) se sente sobre o diabetes e o seu efeito em sua vida. Coloque um X na opção que corresponde à sua resposta.

1. Se eu não tivesse DIABETE, eu seria uma pessoa bem diferente

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

2. Não gosto que me chame de DIABÉTICO

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

3. Ter DIABETE foi a pior coisa que aconteceu na minha vida

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

4. A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter DIABETE

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

5. Costumo sentir vergonha por ter DIABETE

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

6. Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar a minha DIABETE

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

7. Há pouca esperança de levar uma vida normal com DIABETE

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

8. O controle adequado da DIABETE envolve muito sacrifício e inconvenientes

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

9. Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho DIABETE

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

10. Ser diagnosticado com DIABETE é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

11. Minha dieta de DIABETE não 16. Não há nada que eu possa fazer, se você atrapalha muito minha vida social

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

12. Em geral, os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar pessoas com DIABETE.

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

13. Ter DIABETE durante muito tempo muda a personalidade da pessoa

- ☐ Não concordo de jeito nenhum
- ☐ Discordo
- ☐ Não sei
- ☐ Concordo

☐Concordo totalmente

14. Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente

☐ Não concordo de jeito nenhum

☐ Discordo

☐ Não sei

☐ Concordo

☐ Concordo totalmente

15. DIABETE não é realmente um problema porque pode ser controlado

☐ Não concordo de jeito nenhum

☐ Discordo

☐ Não sei

☐ Concordo

☐ Concordo totalmente se tiver DIABETE

☐ Não concordo de jeito nenhum

☐ Discordo

☐ Não sei

☐ Concordo

☐ Concordo totalmente

17. Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre a minha DIABETE

☐ Não concordo de jeito nenhum

☐ Discordo

☐ Não sei

☐ Concordo

☐ Concordo totalmente

18. Acredito que convivo bem com a DIABETE

☐ Não concordo de jeito nenhum

☐ Discordo

☐ Não sei

☐ Concordo

☐ Concordo totalmente

19. Costumo achar que é injusto que eu tenha DIABETE e outras pessoas tenham saúde muito boa

☐ Não concordo de jeito nenhum

☐ Discordo

☐ Não sei

☐ Concordo

☐ Concordo totalmente