

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN

MAYARA MAILA TELES ROCHA

**MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA QUE O PACIENTE ENFRENTA APÓS O
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II**

MOSSORÓ
2013

MAYARA MAILA TELES ROCHA

**MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA QUE O PACIENTE ENFRENTA APÓS O
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II**

Monografia apresentada a Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE/RN, como parte de exigência para a
obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ
2013

MAYARA MAILA TELES ROCHA

**MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA QUE O PACIENTE ENFRENTA APÓS O
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II**

Monografia apresentada pela aluna Mayara Maila Teles Rocha do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito____, conforme a apresentação da banca examinadora constituída pelos professores, para obtenção do conceito final da disciplina Monografia I.

Aprovado (a) em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

ORIENTADORA

Prof. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)

Membro

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)

Membro

Dedico este trabalho a minha família, aos meus amigos e a todos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a **Deus**, por me permitir a realização de mais um sonho na minha. Pois é com ele que me apego nos momentos mais difíceis e felizes da minha vida. Obrigada meu senhor por ser tão presente na minha vida.

Aos meus avos paternos **Maria de Lordes e Luís Justino** por me proporcionar essa grande conquista que foi tão desejada por vocês. Vocês sempre foram e sempre será exemplos para mim, pela força, garra, respeito, dedicação e pelo amor que sentem um pelo outro e pela nossa família. Amo vocês!

A minha grande mãe **Marifrance**, pelo apoio, incentivo, paciência, compreensão, amor e principalmente pelo companheirismo, sempre estando ao meu lado quando precisei.

A todos os **meus irmãos**, em especial a Leodécio Júnior (juninho), que hoje não está mais entre nós para comemoramos essa conquista juntos, mas que tenho certeza ele esta muito feliz por mim e a minha irmã Mara que mais do que especial pra mim é o meu suporte, minha amiga, minha mãe, minha confidente, minha cúmplice, meu exemplo de mãe dedicada, de esposa, de mulher. Muito obrigada a Deus por ele ter te colocado na minha vida. Te amo irmã! Aos meus lindos **sobrinhos** Kauã e Marina por tudo que vocês representam na minha vida.

A todos os meus **familiares** paternos e maternos pelo incentivo e apoio que vocês sempre me darão.

Agradeço ao meu noivo **Rodrigo**, por estar sempre ao meu lado me apoiando e ajudando nos momentos difíceis. Obrigada meu amor, você é uma das pessoas mais importantes da minha vida. Te amo!

Agradeço também, aos **meus amigos de graduação**: Amanda Almeida obrigada pelo seu carinho e amizade, a Regio Meneses, pois sentirei muito sua falta devido a distância, mas ficarão guardados na minha lembrança todos os momentos que passamos juntos durante esses quatro anos e a Ítala que sempre falo pra ela que nossa amizade começou no primeiro dia de aula, quando nos olhamos, foi amor á primeira vista ou amizade á primeira vista. Agradeço também a Paula, Fabrícia, Maria Antonia, Lucélia, Marcia, Marianne, Gilcilene, Taline, Jessica, que sempre fizeram as aulas parecerem menos cansativas e que de alguma forma me incentivaram, me ajudaram e tornaram os dias mais alegres nesses quatro anos de graduação.

Aos meus **queridos amigos** Milene, Mariana, Deusdete Júnior, Antony, Milca, Roberta, Liliane, Francilene, Thiago, por compreenderem meu sumiço, mas que sempre tiveram por perto dispostos a me ajudar, ouvindo minhas angústias e dividindo momentos alegres. Em especial, gostaria de agradecer a Milene, para mim, mais que amiga, uma irmã. Deus na sua infinita sabedoria cruzou nossos caminhos, possibilitando esta amizade sólida, honesta e verdadeira. Sou muito grata por tê-la presente em minha vida.

Agradeço a professora **Verusa Fernandes**, minha orientadora, pela sua dedicação, compreensão e conhecimento transmitido.

Agradeço a todos os **meus professores** da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança que contribuíram muito para a minha formação.

Agradeço também todos que trabalham na FACENE e que de alguma forma me ajudaram para a realização desse sonho.

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.”

Martin Luther King

RESUMO

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica, metabólica com causas multifatoriais, caracterizada pelo aumento da glicose na corrente sanguínea, ou seja, hiperglicemia. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar as mudanças do estilo de vida que o paciente enfrenta após o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi de 10 pacientes. Utilizou-se um formulário como instrumento de coleta de dados. Após a explanação do objetivo do estudo foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assim confirmando sua participação no estudo. Os dados coletados apresentaram os seguintes resultados: A idade entre 45 a 65 anos com 60%; Em relação ao nível de escolaridade, constatou-se que 70% conseguiram concluir o ensino fundamental; Quanto à renda verificou-se que os pesquisados ganham mais de 1 salário mínimo totalizando cerca de 60%; Com relação a com quem residem verificou-se que 50% deles moram com sua companheira e filhos; E que 20% da população em estudo moram com a companheira, filhos e netos; Os pacientes que moram com seus filhos chegam a 20% do total da pesquisa e 10% moram sozinhos. O estudo comprovou que 100% dos entrevistados afirmam ter ocorrido alguma mudança em sua vida após o diagnóstico de DM II. Após tal confirmação, 'a amostra' ressalta ter mudado hábitos alimentares, deixando de comer alguns alimentos e fazendo uma dieta rigorosa, diminuindo a ingestão de álcool, passando a tomar os remédios diariamente e regularmente, e praticando atividade física. Observou-se a Interferência no estilo de vida da família, pois a alimentação foi mudada, a fim da total adesão ao tratamento, as compras do supermercado se modificaram para alimentos saudáveis, observou-se também a importância da prevenção de outras doenças que vêm junto com a diabetes. Ressalta-se que cerca de 90% dos pesquisados relataram que sim e 10% dos pacientes falaram que não adotaram nenhuma medida para amenizar essas mudanças. Concluiu-se que estes pacientes tem uma grande dificuldade na adaptação a um novo estilo de vida após a descoberta do diagnóstico de DM e que não estão preparados para desenvolver maneiras para amenizar essas mudanças.

Palavras-Chave: Diabetes Tipo II. Qualidade de vida. Hiperdia.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic metabolic disease, with multifactorial causes, characterized by the increased glucose into the bloodstream, that is, hyperglycemia. This research has as general objective: Analyzing the changes in lifestyle that the patient faces after the diagnosis of diabetes mellitus type II. This is a descriptive and exploratory research with quantitative and qualitative approach. The sample consisted of 10 patients. The instrument for data collection was a form. After the explanation of the study's purpose, the signing of the Informed Consent Form (ICF) was performed thus confirming their participation in the study. The data collected showed the following results: the age was between 45 and 65 years old with 60%; Regarding the level of education, it was found that 70% managed to complete elementary school As for the income it was found that respondents make more than one minimum wage, about 60%; In relation to who they live with, it was found that 50%, lives with his partner and children; And 20% of the study population live with their partner, children and grandchildren; 20% of the patients live with their children and 10% live alone. The study showed that 100% of respondents say there has been some change in their lives after the diagnosis of DM II. After confirming the disease, the sample emphasizes, have changed their eating habits, stopping to eat some food and doing a strict diet, reducing alcohol intake, beginning to take the drugs daily and regularly practicing physical activity. Interference was observed in the lifestyle of the family, because the food has changed, in order to treatment adherence, the groceries were modified to healthy foods, the importance of the prevention of other diseases that come with diabetes was noted, about 90% of the patients confirmed the importance and 10% reported not adopting any measures to mitigate these changes. It was concluded that these patients have great difficulty in adapting to a new lifestyle after the discovery of the diagnosis of DM and that they are not prepared to develop ways to mitigate these changes.

Keywords: Type II Diabetes. Quality of life. HIPERDIA.

LISTA DE GRAFÍCOS

Gráfico 1 – Distribuição da idade, escolaridade, renda, reside com ele dos pacientes diabéticos entrevistados	21
Gráfico 2 – Distribuição dos diabéticos que ocorreu alguma mudança na sua vida após o diagnóstico	23
Gráfico 3 – Distribuição dos diabéticos que adotaram alguma medida para amenizar as mudanças ocorridas após o diagnóstico	28

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1 - Respostas obtidas dos pacientes sobre se ocorreu alguma mudança na sua vida após o diagnóstico da DM II.....	24
QUADRO 2 - Respostas obtidas dos pacientes diabéticos sobre de que forma essas mudanças interferiram na realização de suas atividades?	26
QUADRO 3 - Respostas obtidas dos pacientes diabéticos sobre se foi adotado alguma medida para amenizar essas mudanças?	28

LISTA DE ABREVIATURAS

CAD - Cetoacidose diabética
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEP - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
DMG - Diabetes mellitus gestacional
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
DM - Diabetes Mellitos
HHS - hiperosmolares hiperglicêmicos
HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAPs - institutos de Aposentadorias e Pensões
MES - Ministério da Educação e Saúde
MEV – Mudança no Estilo de Vida
MS – Ministério da Saúde
ND - Nefropatia Diabética
OMS – Organização Mundial de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
RD - A Retinopatia Diabética
SALTE - Saúde, alimentação, transporte e energia.
SUS - sistema único de saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
4Ps - Poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 HIPÓTESE	15
2 OBJETIVOS	16
2.2 OBJETIVOS GERAL	16
2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 BREVE RELATO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	17
3.2 A DIABETES MELLITUS TIPO II E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO	21
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	26
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	26
4.6 ANÁLISES DOS DADOS	27
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4.8 FINANCIAMENTO.....	27
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	29
5.1 CARACTERIZAÇÕES DA AMOSTRA	29
5.2 DADOS REFERENTE AO DISCURSO DOS PACIENTES.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERENCIAS	40
APÊNDICES	44
ANEXO	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A origem do nome Diabetes é muito antiga, vem do grego e quer dizer “sifão”; fazendo referência ao sintoma mais chamativo que é a eliminação exagerada de água pelos rins, expressando que a água entrava e saía do organismo do diabético sem fixar-se nele, além da sede excessiva, as primeiras descrições foram documentadas pelos egípcios (BORGES et al, 2010).

Mais tarde, entre os séculos V e VI, os médicos descobriram que a urina desses pacientes era adocicada, dando o nome de Mellitus, que em latim quer dizer mel ou adocicado, devido à grande quantidade de insetos que se acumulava nesta urina. Deste modo, esta doença que causava excesso de sede; produzindo urina em excesso e adocicada, passou a se chamar Diabetes Mellitus (DM) (BORGES et al, 2010).

O DM é uma doença crônica, metabólica e com causas multifatoriais, caracterizada pelo aumento da glicose na corrente sanguínea, ou seja, hiperglicemia. Isso ocorre devido à deficiência na produção do hormônio insulina, que é responsável pela absorção da glicose pelas células, que não são produzidas, são produzidas insuficientemente, ou não funcionam adequadamente (RAIOL et al, 2012).

É uma das principais doenças que afetam o homem na atualidade, acometendo pessoas de diferentes gêneros, idades e classe social. Nas últimas décadas, o DM vem tendo uma grande importância para todos os países, devido a um grande aumento de sua prevalência e pelo seu impacto social e econômico (BRASIL, 2006a).

Seja tanto nos países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento, há um grande aumento de DM na população. Hoje em dia, no mundo, há cerca de 250 milhões de diabéticos (BRASIL, 2010).

No Brasil, no ano 2010, foi confirmado um total de sete milhões de pessoas com o diagnóstico de DM, segundo a última pesquisa realizada pela OMS (BRASIL, 2010).

Entre vários tipos de DM, o do Diabetes tipo II é o de maior incidência, com cerca de 90% dos casos. No qual acontece a sensibilidade diminuída à insulina

(resistência à insulina) e o mau funcionamento da célula beta, que resulta na diminuição da produção de insulina (SMELTZER; BARE, 2005).

Segundo Faeda e Leon (2006), para termos o diagnóstico confirmado de DM II é necessário não só exames laboratoriais, como glicemia de jejum e o Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g), como também uma investigação das manifestações clínicas.

Diante de tantas complicações e da expansão dessa problemática na vida do paciente com a DM II, a qualidade de vida tem um conceito subjetivo que marca onde estão envolvidas várias partes essenciais das condições humanas, seja física, social, psicossocial, cultural e espiritual (TRENTINI, 1990b).

É de grande importância informar ao paciente que não há cura para esta patologia e sim tratamento para se ter uma melhor qualidade de vida, diante de muitas mudanças que ocorrerão na sua vida, como: mudanças de hábitos alimentares, a prática da atividade física, seguir tratamento medicamentoso rigorosamente, comparecer as consultas de enfermagem para que se identifiquem os fatores de risco, as possíveis intercorrências do tratamento, avaliação do “Pé diabético”, a avaliação de exames solicitados e suas queixas (FAEDA; LEON, 2006).

Segundo Trentini (1990a), diversos autores buscam desenvolver vários estudos com o objetivo de avaliar o impacto dessas mudanças na vida dos pacientes, após o diagnóstico, analisando os múltiplos aspectos. As principais mudanças na vida do paciente que os pesquisadores encontraram serão: buscar o conhecimento sobre a doença, seus sintomas, suas complicações, adesão ao tratamento medicamentoso diário, praticar atividade física, e adesão à dieta alimentar.

De acordo com essas concepções, teremos que lembrar que o paciente é uma pessoa, e como tal, ele não é um ser isolado, e não abandonará todos os seus hábitos de vida após o diagnóstico de DM II. E que, portanto, toda a assistência prestada dependerá, entre muitos outros fatores, da percepção que ele e seus familiares têm sobre o DM II e da definição do conhecimento para eles (TRENTINI, 1990a).

1.2 JUSTIFICATIVA

Durante toda a minha formação acadêmica, a partir das práticas disciplinares, pude observar o grande número de portadores do diabetes mellitus do sexo masculino, alguns que já tinham o diagnóstico de DM II há vários anos e outros que estavam no estágio de adaptação, observei também a grande dificuldade que os profissionais enfermeiros tinham em persuadir os pacientes na adesão ao tratamento que é primordial importância para a mudança e garantia de vida satisfatória.

Esse estudo é relevante para a sociedade diabética, e em geral, pois busca na conscientização dos usuários ao tratamento, que é de fundamental importância. Levando sempre em consideração todo o meio em que o paciente está inserido, seus medos, anseios, mudanças de hábito, suas dificuldades para a adesão ao tratamento seja ela financeira, familiar ou pessoal.

Portando após a explanação acima, faz-se o seguinte questionamento: Quais as possíveis mudanças enfrentadas no estilo de vida de pacientes após o diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

1.3 HIPÓTESE

Apesar de se considerar uma grande dificuldade de adaptação a um novo estilo de vida, após a confirmação do diagnóstico de DM tipo II, onde se requer um grande empenho, esforço, dedicação, interesse e coragem. Onde os usuários buscaram desenvolver maneira para ultrapassar os obstáculos e superar todas as mudanças que ocorreram na sua vida, e com isso lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as mudanças do estilo de vida que o paciente enfrenta após o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população enquanto dados sócio-econômicos;
- Investigar se houve mudanças de vida do paciente após o diagnóstico da DM II e em caso positivo, quais foram;
- Identificar como essas mudanças interferem nas atividades da vida diária dos pacientes investigados;
- Investigar quais as medidas adotadas para amenizar o impacto dessas mudanças na vida do diabético.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. BREVE RELATO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Escores e Teixeira (2009), falam da primeira ação de saúde no Brasil aconteceu após a vinda da corte portuguesa no ano de 1808, com a chegada de médicos para prestar assistência à população da classe alta da sociedade, pois os serviços eram pagos.

A classe baixa da população e a atenção à saúde dependiam dos conhecimentos adquiridos através dos recursos da terra (plantas e ervas), das curandeiras e rezadeiras com os seus conhecimentos e habilidades na arte de curar. Após 1808, as primeiras instâncias de saúde pública foram criadas, no início, com finalidade de fiscalizar os navios que chegavam ao porto com novos imigrantes, para impedir que pessoas doentes desembarcassem nos portos e habilitar os que se dedicavam a arte de curar, como os curandeiros, farmacêuticos, parteiras, cirurgiões dentistas e médicos (ESCORES; TEIXEIRA, 2009).

Durante o século XIX, diante de tantas epidemias, viu-se a necessidade de elaborar novas reformas nos serviços de saúde, onde foi formada uma junta central de higiene pública, que tinha a função de coordenar as atividades de polícia sanitária, a vacinação, fiscalização do exercício dos médicos e inspecionar os portos (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

No final do século XIX para início do século XX, ocorreram os movimentos dos operários para reivindicar a questão de higiene e saúde dos trabalhadores, pois não havia nenhuma assistência. E assim surgiram as novas maneiras de organizar e melhorar o setor saúde, a criação de um projeto de construção nacional voltado para a integração nacional e para a valorização do trabalhador e operários urbanos. Nasceu então a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, mais conhecidas como a Lei Elói Chaves, que foi criada durante o governo de Vargas, essas CAP's eram mantidas pela união, empresas e comércios que possuíam condições de mantê-las (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

As CAPs tinham como finalidade desse projeto era garantir as contribuições tais como: assistência médica – curativa para o trabalhador ou para seus familiares, fornecimento de medicações ou desconto no valor da medicação, pensão aos dependentes, aposentadoria por velhice, invalidez e tempo de serviço, assistência

em caso de acidentes de trabalho e auxílio funeral, no período de 1923 a 1933 foram criadas 183 Caixas de Aposentadorias e Pensão (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Para Bravo ([2004]), a política de Vargas teve duas bases distintas: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública dava ênfase às campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades, criação de serviços de combate às endemias, e reorganização do Departamento Nacional de Saúde que assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

A medicina previdenciária, diferentemente da saúde pública, agregava forças políticas consideráveis, onde estavam englobados os interesses dos sindicatos, de partidos políticos, de empresários e dos burocratas. Medido por uma lógica corporativa a promoção da saúde no país passou da ocorrência como ações preventivas coletivas e deu lugar ao atendimento individualizado de maneira curativa (PONTE; FALEIROS, 2010).

Após a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), surgiram os institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram entidades de grande porte, onde se separava cada trabalhador de acordo com suas categorias de trabalho, e também se aumentou o número de categorias de assalariados, e os benefícios como uma forma de acelerar as reivindicações dessas categorias. Esta assistência era restrita aos trabalhadores inseridos em empregos formais e organizados conforme o sindicalismo instituído. Buscavam a uniformização dos direitos e procedimentos. Direitos esses que só foram garantidos após a realização do I Congresso Nacional de Previdência Social, onde ocorreu a aprovação da estatização do seguro contra acidentes de trabalho (BRAVO, 2004).

Ainda em 1934, quando Vargas retrocedeu ao poder, o Ministério passou a se intitular como Ministério da Educação e Saúde (MES) onde começou a se institucionalizar, havendo assim um aumento no âmbito relacionado à saúde. Além disso, foram instituídas oito delegacias federais de saúde, uma para cada distrito em que o país foi dividido, a fim de colaborar com os serviços locais de saúde e foram criadas também as Conferências Nacionais de Saúde, e as reuniões nacionais de dirigentes de setor, que eram de cunho bastante administrativo (ESCORES; TEIXEIRA, 2009).

Ao final dos anos 40, surgia o plano SALTE que englobava várias áreas como a saúde, alimentação, transporte e energia. Segundo ALENCAR (1985), a saúde era tida como a principal prioridade no governo de Dutra, mas mesmo encontrando-se em uma elevada classe na “questão social”, ela, sinceramente, nunca permaneceu como prioridade política nos gastos cometidos pelo governo (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

De acordo com Sorrentino (1997) e Polignano (2003), até bem perto dos anos de 1950, os serviços públicos de saúde, no Brasil, quase não existiam e só proporcionavam algumas ações básicas à população carente que recebia esses serviços. Na verdade, essas políticas eram designadas para se manter afastada a população pobre que estava doente com enfermidades contagiosas, diferente da população sadia e, não precisamente, promover a saúde. Já nessa mesma década, as pessoas que tinham maior renda apelavam aos médicos particulares, na época, mais conhecidos como médicos da família e, raramente, usavam os hospitais públicos (ANDRADE, 2009).

Durante o ano de 1953, tudo ainda estava sob a influência do Plano acima citado, quando foi criado o Ministério da Saúde (MS), que tinha como principal objetivo as atividades de caráter coletivo, sendo essas; as campanhas e a vigilância sanitária. A assistência médica está crescendo e se desenvolvendo no setor das instituições previdenciárias para garantir a manutenção e reprodução das necessidades dos trabalhadores nas áreas urbanas e industriais. Donnangelo, apud Cordoni Júnior (1979) caracteriza o desenvolvimento da assistência médica no seio das instituições previdenciárias como instrumento para amenizar tensões sociais e controlar a força de trabalho (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

E antes de se iniciar os anos 60, o movimento popular, que era integrado por associações de moradores, movimentos de mulheres, sindicatos, igrejas, e os partidos políticos progressistas, denunciavam as autoridades e a sociedade, pela caótica situação das políticas de saúde pública e dos serviços de atenção médica, que reivindicavam e exigiam soluções e reformas para os problemas das políticas sociais e de saúde (LUZ, 1991).

De acordo com Sonia Fleury (2009), diante das lutas de resistências à ditadura e a privatização dos serviços de saúde, houve a necessidade de se construir um novo modelo do projeto da reforma sanitária da Previdência Social. Modelo onde ocorreram grandes mudanças culturais, políticas e institucionais, que

viabilizaram a saúde como um bem público. Os principais princípios que guiaram este processo são:

- Ético-normativo que implanta a saúde como item dos direitos humanos;
- O princípio científico que inclui a determinação social do processo saúde doença;
- A saúde como direito universal essencial para a cidadania em uma sociedade democrática como um princípio político;
- A saúde de forma integral, desde a promoção, indo pela ação curativa até à reabilitação como um princípio sanitário.

Segundo Gerschman e Santos (2006), com a criação do sistema único de saúde (SUS), nas décadas de 1980 e 1990, teve como sua principal proposta; dar uma atenção universal que baseava a saúde como direito de todos e dever do Estado.

De acordo com a Lei 8.080/90 e nº 8.142/90 - "Lei Orgânica da Saúde", que tem como finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto, cuja mesma foi noticiada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a falta de doenças, mas sim originada por diversos fatores do dia-a-dia. São eles: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc (ROSA; LABATE, 2005).

Já no ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com a função de reorganizar a assistência da atenção básica e direcionada para a cura da doença. Proporcionando assim uma melhor qualidade de vida e uma assistência prestada pela equipe multiprofissional e multidisciplinar, trazendo intervenções aos fatores de risco. Deste modo ocorre um melhor acompanhamento do usuário e de sua família (BRASIL, 2000).

Diante do crescente número de mortalidade e de internações hospitalares, a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus tem tido um grande destaque. Pensando nisso, o Ministério da Saúde, no ano 2000, criou um plano de reorganização da "Atenção á Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), também foi criado por meio de um sistema de cadastro informatizado, onde se torna possível descrever o perfil epidemiológico dos pacientes já cadastrados. Tais informações são tão importantes como ferramentas

para gestores e planejadores de saúde para a formulação e avaliação de políticas públicas (BOING; BOING, 2007).

Após a criação do Hiperdia, foram implementadas diversas ações nos estados e municípios, bem como a capacitação dos profissionais na atenção básica, regimento de normas e metas entre as esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispensação de medicamentos de uso contínuo, e promoção de atividades educativas (BOING; BOING, 2007).

O Pacto pela Saúde fará mudanças significativas às normas do Sistema Único de Saúde (SUS) onde atuará em três esferas de gestão união, Estado e municípios. E em três dimensões, são eles: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e o Pacto de gestão. Que juntos têm como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, que buscará uma maior eficiência, efetividade e qualidade de suas respostas (MACHADO et al, 2009; BRASIL, 2006b).

3.2 A DIABETES MELLITUS TIPO II E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

O diabetes ocorre pela hiperglicemia, associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sangüíneos. Causado devido aos defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006a).

O diabetes tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte (BRASIL, 2006a).

A destruição das células beta é geralmente causada por processo auto-imune, que pode se detectado por auto-anticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, diversas vezes, está associado a outras doenças auto-imunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (BRASIL, 2006a).

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é caracterizado com qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Sua fisiopatologia é explicada pela

elevação de hormônios contra-reguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário, contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos (PAC; REIS, 2008).

A Diabetes Mellitus II, também conhecida como diabetes não-insulinodependente, é uma doença metabólica por provocar reações anormais nas células do nosso organismo, é também crônica, pois ainda não há cura e o paciente fica em tratamento por toda vida e é multifatorial, pois ainda não se sabe ao certo a causa dessa deficiência ou não funcionamento do hormônio insulina. Mas que na maior parte das vezes está relacionado aos maus hábitos de vida (RAIOL et al, 2012).

O DM II é caracterizado devido ao aumento anormal do nível glicêmico na corrente sanguínea, há hiperglicemia, ocorrido de forma decorrente. O açúcar é como um combustível básico para o nosso organismo, mas o seu excesso pode trazer diversas complicações (GROSS et. al., 2002).

Um defeito nas células beta do pâncreas é responsável pela produção deficiente do hormônio insulina, isto é, ele é responsável pela regulação da glicemia no nosso sangue. Se a quantidade de insulina disponível é insuficiente, se as células respondem mal aos efeitos da insulina (insensibilidade ou resistência à insulina), ou se a própria insulina está defeituosa, a glicose não será administrada corretamente pelas células do corpo, ocorrendo assim um excesso dessa glicose no sangue, trazendo ao indivíduo diversos danos para sua saúde (BERLESE et al, 2009).

No início, o pâncreas tenta compensar o alto nível glicêmico no sangue com o aumento na produção do hormônio insulina, a fim de manter o açúcar do sangue normal, mas com um tempo, na medida em que a resistência aumenta o pâncreas não consegue atender o aumento na produção de mais insulina, ocorrendo assim a hiperglicemia (BERLESE et al, 2009).

Uma das principais complicações agudas do DM é a cetoacidose diabética (CAD) ela é a primeira manifestação do DM e o não reconhecimento desta condição promove progressiva deterioração metabólica que pode levar a sérias seqüelas ou mesmo ao óbito. Apesar de ser uma complicação inicial relativamente freqüente no DM1, ela não é exclusiva dessa forma de DM, pois pacientes portadores de diabetes

melito tipo 2 (DM2) também podem abrir seu quadro com CAD. Já os estados hiperosmolares hiperglicêmicos (HHS) ocorrem quase exclusivamente com o DM2 (DAMIANI; DAMIANI, 2008).

Tanto a CAD quanto os HHS ocorrem quando há déficit de insulina, absoluto ou relativo, estimulando a liberação de hormônios contra-reguladores, como glucagon, catecolaminas, cortisol e hormônio de crescimento. Essas respostas hormonais estimulam a produção hepática e renal de glicose enquanto reduzem sua utilização nos músculos, no fígado e no tecido adiposo. Como consequência, ocorre hiperglicemia, liberação de ácidos graxos a partir do tecido adiposo e oxidação hepática de ácidos graxos a corpos cetônicos. A complicação clínica mais séria em uma CAD é o edema cerebral, de modo que não se está exagerando em se disser que o objetivo primordial do tratamento da CAD é evitar-se o edema cerebral (DAMIANI; DAMIANI, 2008).

As complicações crônicas do diabetes mellitus (DM) são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte em pacientes diabéticos do tipo 2 (GROSS, 1999).

A Nefropatia Diabética (ND) acomete cerca de 40% dos pacientes diabéticos e é a principal causa de insuficiência renal em pacientes que ingressam em programas de diálise. Ela apresenta uma fase inicial, denominada de nefropatia incipiente e uma fase mais avançada definida como nefropatia clínica. Há diversas estratégias terapêuticas que podem ser empregadas para reverter as alterações encontradas e retardar a evolução. A ND pode ser diagnosticada precocemente pela medida da albuminúria (GROSS, 1999).

A Retinopatia Diabética (RD) acomete cerca de 40% dos pacientes diabéticos e é a principal causa de cegueira em pacientes entre 25 e 74 anos. A maioria dos casos de cegueira é relacionada à RD e pode ser evitada através do controle da glicemia e da pressão arterial, a realização do diagnóstico em uma fase inicial e passível de intervenção. Estas medidas diminuem a progressão das alterações retinianas, não revertendo os danos já estabelecidos (GROSS, 1999).

A grande maioria dos casos graves que necessita internação hospitalar origina-se de úlceras superficiais ou de lesões pré-ulcerativas nos pés de pacientes diabéticos com diminuição da sensibilidade por neuropatia diabética associada a pequenos traumas, geralmente causada por calçados inadequados, dermatoses

comuns, ou manipulações impróprias dos pés pelos pacientes ou por pessoas não habilitadas. As úlceras associadas à doença vascular periférica constituem uma menor parcela, porém, requerem cuidados imediatos e especializados. A detecção precoce do "pé em risco" pode ser feita facilmente pela inspeção e avaliação da sensibilidade através de testes simples e de baixo custo (GROSS, 1999).

O DM II vem crescendo em dados alarmantes e vem se tornando uma epidemia do século e já afeta cerca de 250 milhões de pessoas em todo o mundo e sete milhões no Brasil (BRASIL, 2010).

De acordo com Faeda, Leon e Rosales (2006). Para termos o diagnóstico preciso do DM II, é necessário que tenhamos achados de manifestações clínicas, como poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os "4Ps"), histórico familiar, os principais fatores de risco, como obesidade, tabagismo, sedentarismo, entre outros, exames laboratoriais, sumário de urina e coleta sanguínea para avaliação do nível glicêmico no sangue.

Mesmo se o resultado do exame da glicemia em jejum estiver entre 110 e 125 mg/dL o paciente tem uma alta probabilidade de ter diabetes, por isso é necessário realizar o exame TTG-75g (teste oral de tolerância a glicose) em 2h (BRASIL, 2006a).

Há dois tipos de planos terapêuticos, são eles: Controle Glicêmico que inclui a mudança no estilo de vida e a farmacoterapia, e a prevenção das complicações crônicas que inclui intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares, e a detecção e tratamento de complicações crônicas do diabetes (BRASIL, 2006a).

Estudos comprovam que as pessoas que possuem maior fator de risco para desenvolver o DM tipos II, podem prevenir ou retardar o acometimento pela doença.

O principal exemplo é a mudança no estilo de vida, que reduz muito o número de incidência, onde é visada a redução do peso, a manutenção do peso ideal para cada indivíduo, aumentar a ingestão de fibras, não se alimentar ricos em gorduras e em especial as saturadas, restrição de energética moderada e a prática de uma atividade física (BRASIL, 2006a).

4 METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa.

Pesquisa Exploratória: visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume em geral, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de Caso (GIL, 1991).

Pesquisa Descritiva: visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de Levantamento (GIL, 1991).

Uma abordagem qualitativa de acordo com Minayo (1997, p. 21-22) é aquela que

Responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Para Minayo (1999), a abordagem quantitativa é definida pela população e investigação de um critério de representatividade numérica que possibilita a generalização dos conceitos teórico que se quer avaliar. Ela converte em números os conceitos e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificar e analisá-las, tudo isso adjunto ao estudo descritivo.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) Francisco Marques e Vereador Durval Costa, a primeira situada no bairro Alameda dos Cajueiros e a outra no Alto de São Manoel conjunto Walfredo Gurgel, na cidade de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte. Estas USF foram escolhidas por

possuir uma grade demanda de usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus II e por ficar mais próxima da residência da pesquisadora associada.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pelos usuários da área de abrangência das USF citadas com o diagnóstico de DM II, com a amostra pretendida de 10 usuários.

Foi adotado como critérios para inclusão na pesquisa, ser portador de Diabetes Mellitus tipo II; do sexo masculino e possuir mais de 18 anos; estar em boas condições físicas e mentais. Como critérios de exclusão, crianças e mulheres e pessoas que apresentem algum comprometimento físico e/ou mental.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário, segundo Marconi e Lakatos (2003) “é o contato face a face entre pesquisador e informante, sendo o roteiro de perguntas preenchido pelo pesquisador no momento da entrevista”. Segundo Gil (2002) o formulário, como instrumento de pesquisa, encontra-se entre o questionário e a entrevista, sendo indicado para pesquisas de opinião pública e de mercado.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Os participantes que se enquadram dentro dos critérios de inclusão anteriormente referidos; foram expostos aos objetivos, a justificativa e os prováveis riscos da pesquisa; em seguida foi requisitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento contém as informações referentes à pesquisa. E garantem os direitos do participante, a liberdade do sujeito em desistir de participar ou sair sem o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a segurança do sigilo que garanta a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

A coleta foi realizada a partir do formulário, onde foram empregados estímulos indutores, orais e escritos, com a intenção de conseguir, facilmente,

respostas sobre o objeto em estudo, o formulário teve como objetivo indicar uma quantidade de perguntas que foram interpretadas por um entrevistador no momento da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2003).

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

De acordo com Lefevre (2006), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) tem uma dupla representatividade, que são elas a qualitativa e quantitativa – que surgem das diversas opiniões coletivas que surgem da pesquisa: a qualitativa que é devido cada pesquisa ter opiniões coletivas e é sempre apresentada em forma de um discurso, que reconstrói os diversos conteúdos e argumentos que aderem a cada opinião na escala social; e a representatividade da opinião também é quantitativa bem como tal discurso tem uma demonstração numérica (que indica quantos depoimentos, do total, foram necessários para compor cada DSC) deste modo, a credibilidade estatística, é considerada as sociedades como coletivos de indivíduos (LEFEVRE; LEFEVRE; CAVALCANTI, 2006).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução 196/96, editada em outubro de 1996 pelo Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa atendeu aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 1996). Para atender aos seus princípios, buscar-se á realizar a pesquisa com indivíduos com autonomia plena, respeitando sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades; devendo ainda assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto (BRASIL, 1996).

Os aspectos éticos provenientes do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEP) foram garantidos, mediante o respeito aos princípios de honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização dessa pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

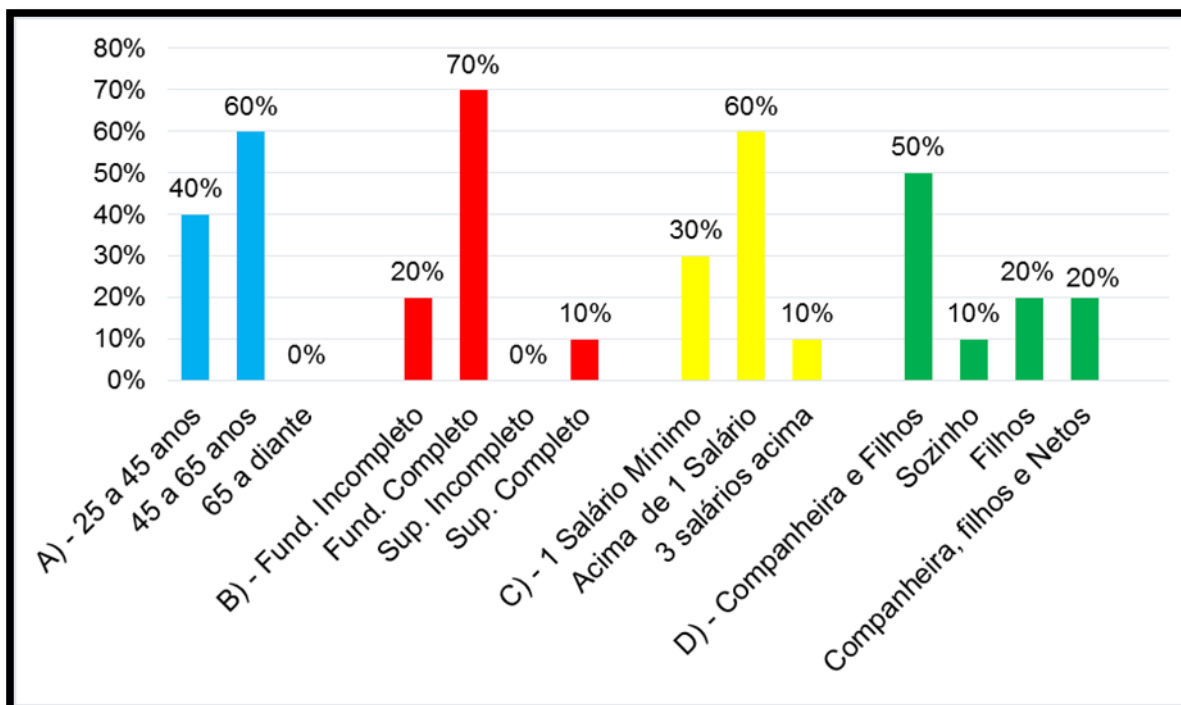
Apresentaremos abaixo os resultados e análise da pesquisa com caracterização da amostra, análise quantitativa e posteriormente dados referentes ao discurso dos pacientes.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DA AMOSTRA

Os fatores de caracterização da amostra aplicados aos participantes da pesquisa (APÊNDICE B) durante a coleta dos dados quantitativos estão apresentados através de gráficos, os quais são constituídos de aspectos do tipo: idade, escolaridade, renda, reside com ele.

Os dados coletados foram fornecidos por 10 pacientes interpretados da seguinte maneira::

Gráfico 1 – Distribuição da idade, escolaridade, renda, reside com ele dos pacientes diabéticos entrevistados.



Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2013

Dentro dos cenários A, o estudo, observou-se que os pacientes estão em predominância na faixa etária de 45 a 65 anos com 60%, totalizando 6 pacientes. Em seguida com 4 pacientes de faixa etária de 25 a 45 anos, representando 40

Brasil (2006), afirma que os principais fatores indicativos de maior risco para o desenvolvimento do DM são: está acima de 45 anos de idade, com sobrepeso, obesidade central (cintura abdominal maior que 102 cm para homens), antecedentes familiar, hipertensão arterial, entre outros.

No B, demonstra que a grande maioria dos pesquisados 70%(7 Diabéticos) conseguiu concluir o ensino fundamental, que segundo Cazarini et al (2002), com a educação dos portadores de diabetes, é possível conseguir reduções importantes das complicações e conseqüente melhoria da qualidade de vida, porque entendemos que a educação para a saúde, feita por grupos especializados, poderá ajudar os profissionais, pessoas portadoras de diabetes e famílias a atingirem a qualidade de vida, ao longo do processo de doença.

Cerca de 20% (2 Diabéticos) ainda não conseguiu completar o ensino fundamental. Com uma porcentagem de 10% ficaram os diabéticos com ensino superior completo e ensino superior incompleto ficou com 0% da pesquisa.

Tais resultados nos leva a constatar que esse fator tem uma grande importância, para que estes pacientes tenham ciência sobre a sua patologia e busque soluções para os agravos que os acometem.

O C, constatou-se que a grande maioria dos pacientes pesquisados ganham 1 salário mínimo, cerca 60% (6 diabéticos), onde se evidencia que eles tenham uma condição financeira melhor para seguir uma dieta ajustada a sua classe. Com a porcentagem de 30% (3 diabéticos), ganham cerca de 1 salário mínimo confirmando que passam por dificuldades em uma alimentação apropriada. Já com 10% (1 diabético) da pesquisa, ganha acima de 3 salários mínimo.

As transformações econômicas pelas quais passa a sociedade brasileira impactam as condições de vida e saúde da população, ao mesmo tempo em que geram novas demandas para o sistema de saúde do País (IBGE, 1998).

E no D, verificou-se que grande parte da amostra entrevistada mora com sua companheira e filhos, cerca de 50% (5 diabéticos).

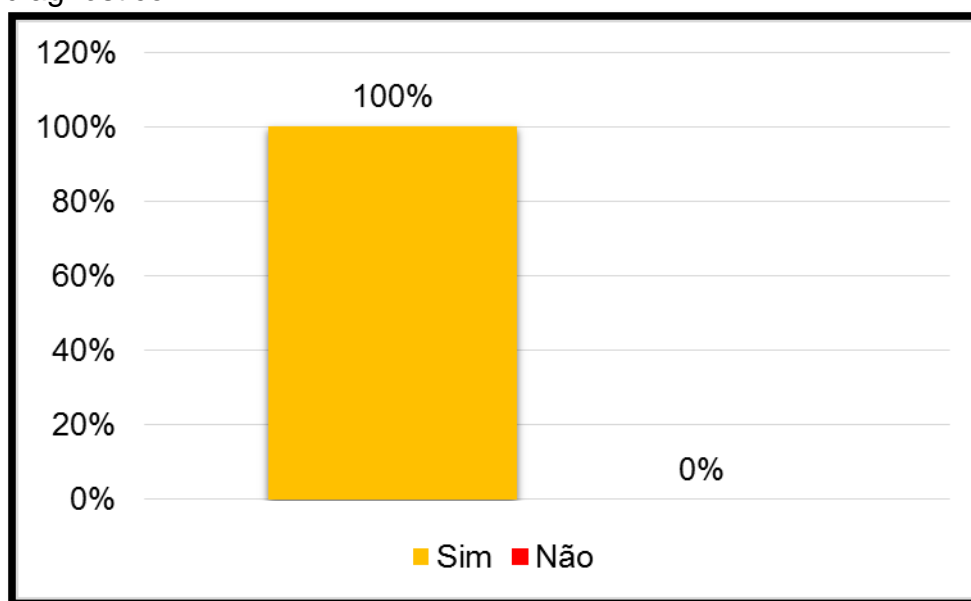
Assim com cerca de 20% (2 diabéticos) da população de estudo moram com a companheira, filhos e netos. Já os pacientes que moram com seus filhos apresentam 20% (2 diabéticos) da pesquisa e 10% (1 diabético) mora sozinho.

A relação encontrada entre motivação e adesão ao tratamento evidencia o apoio familiar relevante em pacientes diabéticos e é uma das estratégias para melhorar a adesão ao tratamento em pacientes diabéticos juntamente com a prontidão para a modificação do estilo de vida, aceitação da doença (SANTOS et al, 2005).

5.2 DADOS REFERENTE AO DISCURSO DOS PACIENTES

A partir da aplicação do formulário foram obtidas as seguintes respostas dos pacientes diabéticos em relação à temática, conforme disposto no gráfico 2 e quadro 1.

Gráfico 2 – Distribuição dos diabéticos que ocorreu alguma mudança na sua vida após o diagnóstico.



Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2013

As mudanças na maneira como compreendem a doença não são sempre lineares e harmônicas. Os pacientes demonstram oposições a algumas mudanças. Merece ênfase, entre os pacientes com DM; a alimentação. Mesmo sabendo das limitações, as expressões são sempre de tentar encontrar um novo argumento para manter velhos hábitos que lhes dão prazer (FRANCIONI; SILVA, 2002).

O quadro 1 nos permite observar a Ideia Central e as Expressões-Chave em repostas dos pacientes a questão: “ocorreu alguma mudança na sua vida após o diagnóstico da DM II?”

Quadro 1 - Ideia Central e as Expressões-Chave em repostas dos pacientes a questão: “ocorreu alguma mudança na sua vida após o diagnóstico da DM II?”

Ideia Central I	Expressões-Chaves
As modificações alimentares e da vida social	“(...) mudança de hábitos alimentares (...)” “(...) parei de comer alguns alimentos (...)” “(...) tenho que comer alimentos que não contenha doce (...)” “(...) Parei de comer diversos alimentos (...)” “(...) Interferiram no hábito de sair com os amigos para comer (...)” “(...) Interferiam porque passei a fazer uma dieta rigorosa (...)” “(...) Diminuição da ingesta do álcool depois do diabetes (...)”
Ideia Central II	Expressões-Chaves
Uso essencial das medicações	“(...) passei a tomar remédios diariamente (...)” “(...) Tenho que tomar remédio regularmente (...)” “(...) Uso das medicações (...)” “(...) Uso de vários medicamentos (...)”
Ideia Central III	Expressões-Chaves
Prática de atividade física	“(...) fazer caminhada (...)” “(...) praticar atividade física (...)” “(...) fazer hidroginástica (...)” “(...) exercício físico (...)” “(...) Praticar atividade física como caminhada e andar de bicicleta (...)”

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2013

Através deste quadro é possível constatar que as modificações alimentares e da vida social destes pacientes influenciaram na mudança de hábitos alimentares, pois pararam de comer alguns alimentos que contenha doce e passaram a fazer uma dieta rigorosa, com isso Interferindo no hábito social também de sair com os amigos para comer desregradamente e ingerir álcool.

O número de pacientes Diabetes Mellitus do tipo 2 é crescente e resulta da interação entre predisposição genética e fatores de risco ambientais e comportamentais, há uma forte disposição dos fatores de risco modificáveis, como a obesidade e o sedentarismo sejam os determinantes (MCLELLAN et al, 2007).

O consumo alimentar da população brasileira está caracterizado por uma baixa frequência de alimentos ricos em fibras e aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares na dieta, associado a um estilo de vida sedentário compõem um dos principais fatores etiológicos do DM tipo II (FRANCISCHI ET AL.2001).

As alterações no estilo de vida, o ingestão de dieta equilibrada, adjunto à prática regular de atividade física, contribuem para o controle metabólico e a redução dos fatores de risco para a síndrome metabólica, o DM II e as doenças crônicas. Sendo assim, a mudança no estilo de vida deve ser incentivada, no intuito de melhorar a qualidade de vida (MCLELLAN et al, 2007).

Estudos epidemiológicos apontam que o sedentarismo (falta de atividade física), favorecido pela vida moderna, é um fator de risco tão importante quanto à dieta inadequada e a obesidade no desenvolvimento do DM tipo 2 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003). A prática de exercícios físicos regularmente é fundamental para prevenir doenças crônicas, dentre elas o DM tipo 2 (KATE et al., 2004 apud MOLENA-FERNANDES, 2005).

Porém alguns pacientes responderam que é essencial o uso das medicações, passaram a tomar remédios diariamente e regularmente.

Segundo Widman e Ladner (2002), o tratamento do diabético deve ser feito por uma equipe multiprofissional. Não é um tratamento só a base de medicamentos, pois como toda doença crônica, implica na mudança de estilo de vida, o tratamento requer orientação médica, a orientação da enfermagem, da nutrição, da psicologia e dos profissionais de educação física.

Os pacientes relataram que passaram a praticar atividade física, como caminhada, hidroginástica e andar de bicicleta para ter uma melhor qualidade de vida.

Observa-se também que o exercício físico além de obter uma melhor qualidade de vida do diabético, contribuir na queda da glicemia, na ação da insulina, na redução da pressão arterial, na melhora do perfil lipídico, na aptidão cardiovascular, flexibilidade e tonicidade muscular, melhor controle do peso e da composição corporal e contribui para uma maior autoestima, controle do estresse e oportunidade de socialização (MARTINS, 1998).

O quadro 2 nos permite observar a Ideia Central e as Expressões-Chave em repostas dos pacientes a questão: “de que forma essas mudanças interferiram a realização de suas atividades?”

QUADRO 2 - Ideia Central e as Expressões-Chave em repostas dos pacientes a questão: “De que forma essas mudanças interferiram a realização de suas atividades?”

Ideia Central I	Expressões-Chaves
Interferência de mudanças alimentares de seus familiares e do portador	“(...) Interferiram porque toda a família mudou a alimentação, afim da minha adesão ao tratamento (...)” “(...) Melhor qualidade de vida (...)” “(...) As compras do supermercado se modificaram para alimentos saudáveis (...)”
Ideia Central II	Expressões-Chaves
	“(...) Maior cautela no uso das medicações, antes tomava qualquer horário (...)” “(...) Me tornei mais cuidadoso com os

Responsabilidade diante da doença	<p>ferimentos (...)”</p> <p>“(...) Aprendi a ser mais consciente com tudo (...)”</p> <p>“(...) Observei a importância da prevenção de outras doenças que vem junto com a diabetes (...)”</p> <p>“(...) Agora tenho que ter mais cuidado com os ferimentos que aparecem no meu corpo (...)”</p>
-----------------------------------	--

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2013

Verificou-se nos entrevistados que tais mudanças tiveram interferência na sua alimentação e de seus familiares, porque toda a família mudou a alimentação, substituindo alimentos ricos em carboidratos, doces e frituras, nas compras do supermercado por mantimentos saudáveis a fim da adesão do portador ao tratamento, promovendo uma melhor qualidade de vida não só para o portador, mas para meus familiares.

A família é considerada um contexto social nuclear no qual os comportamentos, as ações e os hábitos de vida sofrem influência. Desse modo, o estado de saúde de cada indivíduo, por sua vez, influencia o modo pelo qual a familiar é mútua. Assim, a família representa uma unidade de cuidado ao paciente acometido por sua condição crônica de saúde. Esse cuidado é influenciado pelo meio cultural em que ele está inserido, pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados e pelas condições socioeconômicas e educacionais (ZANETTI, 2007).

Os familiares, que apoiam seus membros em situação de doença, compreendem as mudanças relacionadas à condição e tomam as medidas de adaptação necessárias para garantir o apoio essencial ao seu familiar doente, promovendo a adesão ao tratamento, recuperação ou melhora de sua saúde. Desse modo podem ser certificadas às condições para uma maior eficácia adaptativa (MOREIRA et al, 2001).

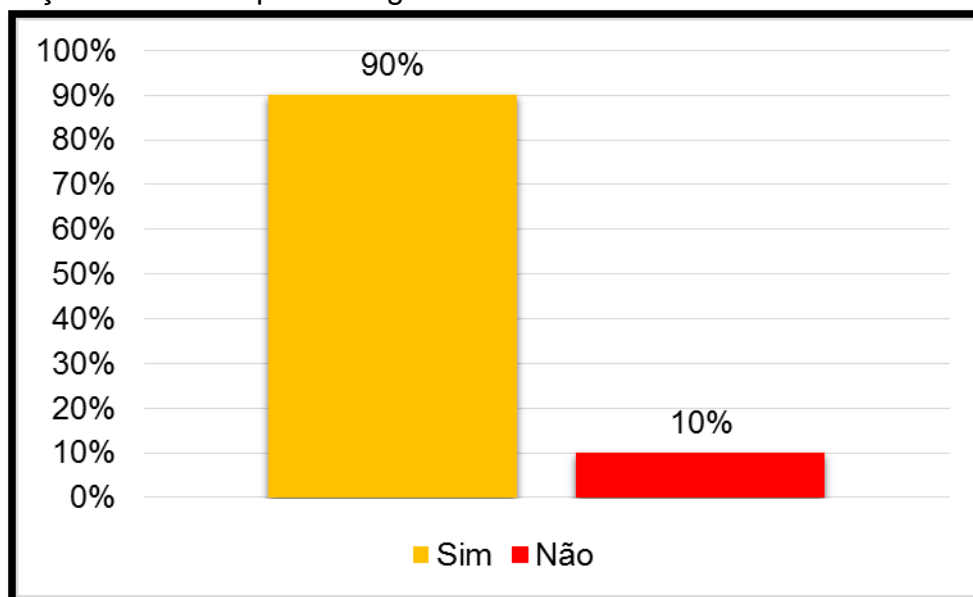
Diante do exposto observaram-se responsabilidades diante da doença pelo portador, pois após o diagnóstico relataram maior cautela no uso das medicações,

antes tomavam em qualquer horário, além de maior cuidado com os ferimentos, hoje se importam com a prevenção de outras doenças que vem junto com a diabetes, A mudança de hábitos exigida pelo tratamento não atinge apenas a vida do paciente, mas têm efeitos profundos na dinâmica familiar, o que faz com que tanto o paciente quanto a família busquem significados para a doença e se organizem frente à nova situação instaurada (SANTOS et al, 2005).

Por essa razão, a respeito dos cuidados em saúde, a família frequentemente toma decisões baseadas em seus hábitos de vida e valores relacionados ao processo saúde-doença, e que sejam compatíveis com sua condição econômica. O processo de tomada de decisão é mediado por esses fatores que permeiam a relação com os serviços de saúde e que determinam, em larga medida, a utilização dos recursos de tratamento (ZANETTI, 2007).

A realidade é que, no processo de adesão, os pacientes têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos do processo de cura (GONÇALVES, 1999).

Gráfico 3 – Distribuição dos diabéticos que adotaram alguma medida para amenizar as mudanças ocorridas após o diagnóstico.



Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN 2013

O viver com DM não depende somente da realização correta do tratamento, mas também da atitude de como ela convive com sua condição de saúde, de conhecer suas possibilidades e limites, do suporte, de uma educação em saúde que possa se expressar e construir novas maneiras de lidar com sua doença. É preciso não apenas identificar as soluções disponíveis, mas saber escolher as principais possibilidades de um bem estar, as quais estejam o mais próximo possível de seus hábitos e rotinas, pois a partir do momento em que a pessoa aprende a habituar-se a tais fatores, poderá determinar novas metas e construir caminhos para alcançar (FRANCIONI; SILVA, 2002).

O quadro 3 nos permite observar a Ideia Central e as Expressões-Chave em repostas dos pacientes a questão: “foi adotado alguma medida para amenizar essas mudanças?”

QUADRO 3 Ideia Central e as Expressões-Chave em repostas dos pacientes a questão: “se foi adotado alguma medida para amenizar essas mudanças?”

Ideia Central I	Expressões-Chaves
Não compreensão do portador frente a adoção de medidas após diagnóstico	<p>“(…) Trocar o açúcar normal (…)</p> <p>“(…) a mesma resposta da primeira pergunta (…)</p> <p>“(…) levo a minha vida do jeito que dá (…)”</p>

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2013

Foi percebido que os pacientes não tiveram certa compreensão diante o problema exposto, que era a adoção de medida para amenizar mudanças em sua vida, relataram respostas incertas e sem conhecimento, uma vez que mesmo após intervenção da pesquisadora associada explicando o questionamento, o pesquisado não compreendeu, por isso apresentou-se esse enredo.

Na história natural, o diabetes é caracterizado pela manifestação de suas complicações crônicas, comumente consideradas como microvasculares, retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica. O controle intensivo desses fatores através de medidas não farmacológicas e farmacológicas pode reduzir quase todas as complicações. Parte significativa do acompanhamento do indivíduo com diabetes deve ser dedicada à prevenção, identificação e manejo destas complicações. Onde requer uma equipe de atenção básica treinada com tarefas específicas, incluindo a coordenação do plano terapêutico e das referências e contra referências dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho possibilitou o aprofundamento da discussão das mudanças do estilo de vida as quais o paciente enfrenta após o diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Baseado nesta discussão pode-se entender que ao receber o diagnóstico de DM tipo II, a vida do usuário passa por diversas transformações, tendo em vista que para aderir ao tratamento seus hábitos necessitam ser mudados.

Isso indica que os profissionais de saúde devem estar mais atentos a todas essas mudanças que ocorreram na vida deste paciente, incentivando-os ao MEV (mudança no estilo de vida), que essa é a medida de primeira escolha para se atingir estes objetivos, estimulando hábitos saudáveis no plano individual e coletivo, orientando para o autocuidado e o autoconhecimento, visando o controle do diabetes, orientando sobre a participação nas consultas de enfermagem.

Constatou-se no discurso dos participantes a grande dificuldade na adaptação a um novo estilo de vida após a descoberta do diagnóstico de DM tipo II. Na busca em desenvolver uma maneira para ultrapassar os obstáculos e superar todas as mudanças que ocorreram na sua vida, e com isso lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida, onde se requer um grande empenho, esforço, dedicação, interesse e coragem para iniciar uma nova maneira de ver a vida.

Acredita-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, onde se analisou essas mudanças do estilo de vida que o paciente enfrenta após o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, haja vista a confirmação da hipótese.

Foi observado, diante das dificuldades encontradas, a ausência dos pacientes do sexo masculinos nos postos de saúde, pois muitos não comparecem na unidade para consulta de hiperdia com a enfermagem, e sim, seus entes para pegar suas medicações.

Contudo o estudo servirá para a transformação dos sujeitos envolvidos e bem como dos profissionais da saúde, no tocante a práticas saudáveis e ao empenho maior na prática diária nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, F. et al. **História da Sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico S.A., 1985.

ANDRADE, Rosemary Ferreira de. Políticas públicas e sustentabilidade em saúde. **Planeta Amazônia: Revista Internacional de Direito Ambiental e Políticas Públicas**, v. 1, n.1, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.unifap.br/index.php/planeta/article/view/54/v1n1Rosemary.pdf>> Acesso em: 15 out. 2012

BERLESE, Daiane Bolzan; FEKSA Luciane, Rosa; Dudzig, Márcia Helena. O perfil dos indivíduos com diabetes e a abordagem fisioterapêutica. **Rev. Dig. Buenos Aires** - Ano 14 - Nº 131 – Abr. 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>> Acesso em 13 Nov. 2012.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BORGES, Gisleide Alves, et al. Os benefícios do treinamento resistido para portadores de diabetes mellitus tipo II. **Rev. Dig. Buenos Aires**, Ano 15, Nº 151, Dez. 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>> Acesso em: 20 Nov. 2012

BOING, Alexandra Crispim; BOING, Antonio Fernando. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev. Bras. Hipertens**, v.14, n.2, p. 84-88, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados estatísticos**. Brasília, [2007?]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1> Acesso em: 28 set. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. 2000. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>> Acesso em: 15 nov. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde mobiliza população no Dia Mundial e Nacional do Diabetes**. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11897> Acesso em: 3 dez. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, fev. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.6, p. 585-588, dez. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. [2004]. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em: 20 out. 2012

CAZARINI, R. P. et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina**, Ribeirão Preto, 35:142-150, abr./jun. 2002

CORDONI JÚNIOR L. **Medicina comunitária**: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Unidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

DAMIANI, Durval; DAMIANI, Daniel. Complicações Hiperglicêmicas Agudas no Diabetes Mellito Tipo 1 do Jovem. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.52, n.2, p. 367-374, 2008.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FAEDA, Alessandra; MARTINS Ponce de Leon, CASSANDRA Genoveva Rosales. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, nov./dez, p. 818-821, 2006.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com *diabetes mellitus* através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.1, p. 105-111, jan./mar. 2007.

FRANCISCHI, R.P. et al. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Rev. Paul.Educ. Fis.**, São Paulo, v. 15, p. 117-140, 2001.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único DE Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **RBCS**, v. 21, n. 61, jun. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed.-São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad Saude Publica**, v.15, n.4, p.777-787, 1999.

GROSS, Jorge L. et al. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 46, n. 1, fev. 2002.

GROSS, Jorge L. Detecção e Tratamento das Complicações Crônicas do Diabete Melito. Consenso Brasileiro. **Rev. Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v.43, n.1 Fev. 1999.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio**. 1998. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/sau de/analise.htm> Acesso em: 20 Nov. 2012

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria CAVALCANTI; MARQUES, Maria Cristina da costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e saúde coletiva**, v.14, n.4, p.1193-1204, 2009.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS** - Revista de Saúde Coletiva, v.1, n. 1, 1991.

MACHADO, Rosani Ramos et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p.181-187, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm> > Acesso em: 12 nov. 2012

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, D.M. **Efeito do exercício físico sobre o comportamento da glicemia em indivíduos diabéticos**. 1998. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

McLELLAN, Kátia Cristina Portero et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.5, p.515-524, set./out., 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MOLENA-FERNANDES, Carlos Alexandre. prevenção e controle do *Diabetes mellitus* tipo 2. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.

MOREIRA, T.M., ARAÚJO, T. L. Pagliuca LMF. Alcance da teoria de King junto à família de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas: estratégia mundial alimentação saudável, atividade física e saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003. 60p.

PAC, M.; REIS, R. Diabetes mellitus gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.54 n.6 nov./dez. 2008.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez. 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf> Acesso em: 10 nov. 2012

PONTE, Carlos Fidélis; FALEIROS, Ialê (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RAIOL, Paloma Aguiar Ferreira da Silva et al. Os benefícios do treinamento resistido no controle da diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Dig. Buenos Aires**, ano 16, n. 165, fev. de 2012. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/> > Acesso em 12 nov. 2012

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1027-34 nov./dez. 2005.

SANTOS, E.C.B. et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Rev. Latino- americana Enfermagem**, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, G. **Brunner e Suddarth: Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005.

TRENTINI, M. et al. Mudanças no estilo de vida enfrentados por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enf.**, v.11, n.1, p.18-28, 1990a.

TRENTINI, M. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares, crônicas e diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha Enf.**, v.11, n.2, p. 20-7, 1990b.

WIDMAN, S.; LADNER, E. **Diabetes**. Série informação é saúde. São Paulo: Editora Senac, 2002.

ZANETTI, Maria Lúcia et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.2, p.186-92. mar./abr. 2008.

APÉNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Esta pesquisa é intitulada **MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA QUE O PACIENTE ENFRENTA APÓS O DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II** e está sendo desenvolvida por Mayara Maila Teles Rocha, pesquisadora associada, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - sob a orientação do pesquisador responsável Professora Verusa Fernandes Duarte. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar as mudanças do estilo de vida que o paciente enfrenta após o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. Como específicos: Caracterizar a população enquanto dados sócio-econômicos; Investigar se houve mudanças de vida do paciente após o diagnóstico da DM II, e em caso positivo, quais foram; Identificar como essas mudanças interferem nas atividades da vida diária dos pacientes investigados; Investigar quais as medidas adotadas para amenizar o impacto dessas mudanças na vida do diabético. A Justificativa desse trabalho é abordar a possibilidade de investigar um contexto que apresentará um novo olhar sobre as mudanças vividas pelos usuários quanto as mudanças do estilo de vida após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo apresenta mínimo risco aparente aos seus participantes. Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário. O senhor (a) responderá a algumas perguntas relacionadas ao Diabetes Mellitus tipo II que estará na UBS. Os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo,

não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O pesquisador responsável e o Comitê de Ética em Pesquisa estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor na realização desta pesquisa.

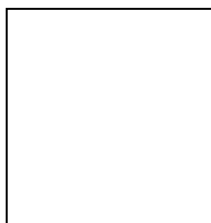
Eu, _____, declaro que entendi o objetivo(s), justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, _____ / _____ / 2013

Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa



Impressão Digital

APÊNDICE B – Formulário

FORMULÁRIO**1) Questões relacionadas com a caracterização da Amostra**

a) Faixa etária?

 25 á 45 anos; 45 á 65 anos; 65 á diante;

b) Escolaridade?

 Ensino Fundamental Incompleto; E. Superior Incompleto; E. F. Completo; E. S. Completo;

c) Renda:

 1 Salário Mínimo;
 Mais de 1 Salário Mínimo;
 3 Salários ou Mais.

d) Reside com ele?

 Companheira e Filhos;
 Só;
 Filhos;
 Companheirs, Filhos e Netos.**2) Questão relacionada a temática.**

a) Ocorreu alguma mudança na sua vida após o diagnóstico da DM II?

 Sim Não

Quais Mudanças?

b) De quê forma essas mudanças interferiram na realização de suas atividades?

c) O senhor adotou alguma medida para amenizar as mudanças ocorridas após o diagnóstico de DM II?

() SIM () NÃO

Quais?

ANEXO