

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PATOLOGIA TROPICAL**

**FERIDAS NOS PÉS DE PESSOAS COM DIABETES E SEUS
IMPACTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

SELMA BARBOZA PERDOMO

**MANAUS
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PATOLOGIA TROPICAL**

SELMA BARBOZA PERDOMO

**FERIDAS NOS PÉS DE PESSOAS COM DIABETES E SEUS
IMPACTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Patologia Tropical da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Patologia Tropical, na área de concentração “Processo Saúde-Doença” e na linha de pesquisa “Etiopatogênese, Clínica e Ações Básicas de Saúde”

Orientadora: **Prof^a Doutora Maria Cristina dos Santos**

Co-orientadora: **Doutora Beatriz Farias Alves Yamada**

**MANAUS
2008**

SELMA BARBOZA PERDOMO

**FERIDAS NOS PES DE PESSOAS COM DIABETES E SEUS
IMPACTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Patologia Tropical da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Patologia Tropical, na área de concentração “Processo Saúde-Doença” e na linha de pesquisa “Etiopatogênese, Clínica e Ações Básicas de Saúde”

Aprovado em 10 de novembro de 2008

BANCA EXAMINADORA

Profª Doutora Maria Cristina dos Santos
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Doutor. Cleinaldo de Almeida Costa
Universidade do Estado do Amazonas

Prof. Doutor. David Lopes Neto
Universidade Federal do Amazonas
Escola de Enfermagem de Manaus-UFAM

DEDICATÓRIA

A Deus por me conceder a vida.

Ao meu amor Javier, por me ajudar em toda essa trajetória, por acreditar nos meus sonhos e por não me deixar desistir deles: Você é a prova mais visível do amor e da bondade de Deus para comigo.

À minha pequena Ana Letícia, que transborda a minha vida de alegria e graciosidade.

Aos meus pais, Expedito e Francisca, pela dedicação, amor, renúncia e compromisso que tiveram para me educar.

Amo vocês.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profª Dra. Maria Cristina dos Santos que mesmo tão ligada ao “meio imunológico” aceitou o desafio de trilhar os caminhos da Qualidade de Vida e

À Profª. Dra. Beatriz Yamada que, de forma generosa e com tamanha vontade de compartilhar seu conhecimento, doou seu tempo e me permitiu caminhar ao seu lado.

A vocês duas minha sincera gratidão.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que me concederam as entrevistas, compartilhando comigo suas experiências de vida.

À minha querida irmã Márcia que esteve ao meu lado me ajudando no primeiro ano de vida da minha filha.

Às amigas Gisele e Giane pela ajuda fundamental durante a minha gestação, principalmente no início do mestrado.

À aluna Amanda Vales que me ajudou na captação dos pacientes no Hospital Adriano Jorge e João Lúcio.

Às alunas Amanda, Súzie e Liviany que me ajudaram com o banco de dados.

À Fernanda e Karine pelo tratamento estatístico

Às professoras de Fundamentos da Assistência ao Paciente que assumiram minhas atividades ao término da dissertação.

Ao enfermeiro Frank por me encaminhar os pacientes.

A Jose Alfredo Sobreira de Sampaio que, gentilmente, fez as correções de Português.

Às minhas queridas vizinhas Lúcia Helena, Patrícia, Ana Cláudia, Angélica Maria e Maria Tereza pelos palpites durante a construção da dissertação e “apoio moral” quando as coisas não iam bem.

À Lea e Liliana que cuidam do meu lar e da minha filha com carinho e dedicação.

Sem Sonho a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.

Augusto Cury

RESUMO

O Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers–Versão Feridas (IQVFP-VF) foi aplicado pela primeira em pessoas diabéticas com ferida no pé após sua construção e validação. A escassez de estudos realizados, no Brasil, específicos acerca da Qualidade de Vida (QV) nessa população, foi a motivação para realizar este estudo que teve como objetivos: a) descrever o perfil sócio-demográfico dos pacientes diabéticos com ferida no pé; b) correlacionar os escores de Qualidade de Vida segundo as características sócio-demográficas e c) descrever as características clínicas, relacionadas ao *Diabetes mellitus* (DM). O estudo foi descritivo, transversal, realizado por meio de entrevista e aplicação do IQVFP-VF nas pessoas atendidas em três serviços públicos da cidade de Manaus-AM, sendo dois ambulatorios e um setor de internação de cirurgia vascular. O IQVFP-VF foi construído e validado por Yamada (2006) é composto por 70 itens e está dividido em quatro subescalas: Saúde/Funcionamento (SF), Sócio-Econômico (SE), Psicológico/Espiritual (PE), e Família (Fa). Inicialmente o estudo recebeu autorização da autora do instrumento, parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas-UFAM e autorizações dos hospitais para a coleta dos dados. Houve predomínio de: homens (54%); idade média de 59,65 anos; pessoas com união estável (47,5%); católicos (82%); afastamento da atividade profissional por causa da ferida (36%). A respeito das condições clínicas houve: predomínio de DM do tipo 2; média de 9,89 anos para o tempo com DM; uso de hipoglicemiante oral e alimentação balanceada com forma de controle da glicemia. Concernente à ferida ficou constatado: média de 1,19 feridas; 29,5% da amostra tiveram como fator desencadeador da ferida objeto cortante/perfurante ao andar descalço; 31,1% com amputação. Para melhor discussão dos resultados, foi utilizada categorização distribuída de tal forma que “zero” indica QV muito ruim e 30 QV muito boa. Acerca da QV, foi obtido escore médio de 20,66 ($\pm 5,29$) para IQVT. O Domínio mais afetado foi o Saúde/Funcionamento com escore médio de 17,07 ($\pm 6,46$) e com maior escore o PE com média de 25,96 ($\pm 6,12$). Não houve correlação entre as variáveis: atividade profissional, idade, número de feridas, tempo de DM, com o IQVT. Houve correlação positiva, porém fraca, entre renda familiar ($r=0,11$), sexo ($r=0,11$), tempo com a ferida ($r=0,11$) e correlação forte entre amputação ($r=0,49$) e IQVT e seus domínios. Os pacientes com união estável tiveram média superior aos demais no Domínio Fa ($p=0,045$). Em conclusão, ficou constatado que o IQVFP-VF é adequado para avaliar a QV de diabéticos com ferida no pé, que essa população mostrou ter qualidade de vida “boa”, porém, apresentou escore baixo no Domínio Saúde/Funcionamento demonstrando que a ferida no pé do diabético é uma complicação do DM que tem impacto negativo sobre a Qualidade de Vida dessas pessoas.

Palavras Chave: Qualidade de Vida. Ferida no Pé. *Diabete Mellitus*.

ABSTRACT

The Wound Version of Ferrans and Powers about the Life Quality Rate (IQVFP-VF) was firstly applied in diabetic people with wound on the foot. The lack of specific studies made in Brazil on life quality (QV) about this population has been a motivation for this paper to be carried out, which aims at – a) describing the socio-demographic profile of the diabetic patients with wounds on the foot; b) to correlate the QV scores according to its socio-demographic characteristics e; c) to describe the clinic characteristics, related to *Diabetes mellitus* (DM). This study has been descriptive, transversal, carried out through interviews and IQVFP-VF application on people who have been assisted in three different public services in Manaus-AM, where two in ambulatories and one at an internment sector of vascular surgery. The IQVFP-VF was built up and certified by Yamada (2006) and it is constituted of 70 items divided into four dominions: Health/Functioning (SF), Socio-economics (SE), Psychological/Spiritual (PE), and Family (Fa). Initially the study received the author's instrument authorization, also a favorable opinion of the Amazon Federal University - UFAM's Ethic Committee, and the Hospitals' authorization for datum gathering. There was a predominance of: men (54%); average age of 59,65 years old; people in stable matrimony (47,5%); Catholics (82%); dismissal from labor activities because of the wound (36%). About the clinical conditions there was: DM predominance type 2; average age of 9,89 years old for the time with the DM; use of oral hypoglycemia and balanced alimentation as a way to control glucose. Concerning to the wound it was verified: 1,19 wound average; 29,5% of the samples had a wound unleashing factor, the bruise by cutting/perforating object when walking bare foot; 31,1% with amputation. For a better results discussion it was used a distributed categorization in such a way that “zero” indicates very bad QV and 30 very good QV. Concerning to the QV, we had an average scores of 20,66 ($\pm 5,29$) for IQVT. The most affected dominion was the Health/Functioning with an average score of 17,07 ($\pm 6,46$) and with the highest score the PE with the average of 25,96 ($\pm 6,12$). There was not correlation among the variables: professional activity, age, number of wounds, time with the DM; with the IQVT. There was a positive, but weak, correlation between family income ($r=0,11$), sex ($r=0,11$), time with the wound ($r=0,11$) and a strong correlation among amputation ($r=0,49$) and IQVT and its dominion. Patient in stable matrimony situation had an average higher than the others under Fa dominion ($p=0,045$). There was no meaningful difference either among intern patients and the ones who had been assisted at the ambulatories in the IQVT nor in its dominions. In conclusion, it has been attested that the IQVFP-VF is adequate to assess the diabetics' life quality with wounds on the feet, and this population has shown to have a life quality considered “good”, but it has shown low score in the Health/Functioning dominion showing that the wound on the diabetic's foot is a complication from the DM that negative impact over these people's life quality.

Key-words: Life Quality. Wound on the Foot. *Diabete Mellitus*.

LISTA DE ABREVIATURAS

CGJ	Comprometimento da Glicose em Jejum
CTG	Comprometimento da Tolerância à Glicose
DFS	<i>Diabetic Foot Ulcer Scale</i>
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DM1	<i>Diabetes mellitus</i> tipo 1
DM2	<i>Diabetes mellitus</i> tipo 2
Fa	Família
HFAJ	Hospital Fundação Adriano Jorge
HPSJLPM	Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado
HRQOL	Health Related Quality of Life
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IL-2	Interleucina-2
IQV	Índice de Qualidade de Vida
IQVFP	Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans e Powers</i>
IQVFP-VF	Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans e Powers</i> – Versão Feridas
IQVT	Índice de Qualidade de Vida Total
LFUQ	<i>Leg and Foot Ulcer Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Psicológico/Espiritual
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SC	Sistema Complemento
SE	Sócio/Econômico
SF	Saúde/funcionamento
SF-36	Medical Outcomes Short-Form Health Survey
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TOTG	Teste de Tolerância a Glicose Oral
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Boxplot dos Domínios e do IQV Total.....	53
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modelo Conceitual de Qualidade de Vida Proposto por Ferrans e Powers	22
Quadro 2: Itens Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers Versão Feridas	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Diagnóstico do diabetes mellito e alterações da tolerância à glicose de acordo com valores de glicose plasmática (mg/dl).	27
Tabela 2: Coeficientes de Fidedignidade de Cronbach dos Domínios e Itens	45
Tabela 3: Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Sócio-Demográficas	46
Tabela 4: Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Clínicas. Manaus, Fev /Ago 2008	49
Tabela 5: Distribuição de Frequências da QV Total Segundo a Categoria.	52
Tabela 6: Medidas Descritivas dos Domínios e do IQV Total.....	52
Tabela 7: Média dos escores de QV dos itens do Domínio Saúde/Funcionamento.....	53
Tabela 8: Média da QV dos itens do Domínio Sócio-econômico.	54
Tabela 9: Média da QV dos itens do Domínio Psicológico/Espiritual.....	54
Tabela 10: Média dos escores dos itens do Domínio Família.	54
Tabela 11: Categorização dos escores de QV do Domínio Saúde/Funcionamento.	55
Tabela 12: Categorização dos escores de QV do Domínio Saúde/Funcionamento.	55
Tabela 13: Comparação das médias dos domínios da qualidade de vida entre homens e mulheres.....	56
Tabela 14: Comparação das médias dos domínios da QV entre tipos de estado civil	56
Tabela 15: Comparação das médias dos domínios da QV segundo a atividade Profissional. .	57
Tabela 16: Comparação das médias da QV entre pacientes com diferentes faixas salariais. Manaus,	59
Tabela 17: Correlação entre as Variáveis Clínicas e o IQV Total.....	60
Tabela 18: Correlação entre o tempo com a ferida e o IQV total.....	60
Tabela 19: Comparação das médias dos domínios da QV entre amputados e não Amputados..	61
Tabela 20: Média dos escores de QV dos itens do domínio SF das pessoas amputadas.	61

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 Revisão de Literatura	18
1.1 Refletindo sobre Qualidade de Vida	18
1.1.1 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde	20
1.2 O Diabetes <i>mellitus</i>	25
1.3 A Ferida no Pé do Diabético	29
2 QUESTÃO DE PESQUISA	34
3 HIPÓTESES	35
4 OBJETIVOS	36
4.1 Geral.....	36
4.2 Específicos.....	36
4.2.1 Descrever o perfil sócio-demográfico e clínico da amostra;	36
5 CASUÍSTICA E MÉTODO	37
5.1 Locais do Estudo	37
5.1.1 Descrição dos Locais de Estudo	37
5.2 Amostra	38
5.3 Coleta de Dados.....	40
5.3.1 Procedimentos.....	40
5.3.2 Instrumentos utilizados.....	41
6 ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO	45
7 RESULTADOS	46
7.1 Caracterização da Amostra.....	46
7.1.1 Análise dos Dados Sócio-Demográficos	46
7.1.2 Análise dos Dados Clínicos.....	49
7.2 Dados Sobre a Análise da Qualidade de Vida da Amostra	51
7.2.1 Categorização dos Escores Médios da Qualidade de Vida Total	51
7.2.2 Análise dos Escores Médios do IQV Total, dos Seus Domínios e Itens	52
7.2.3 Análise de Correlação entre cada Domínio, o IQVFP-VF Total e as Variáveis do Estudo.	55
7.2.3.1 Variáveis Sócio-demográficas	55
7.2.3.2 Variáveis Clínicas.....	59
8 DISCUSSÃO	62
9 CONCLUSÕES	74
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
11 SUGESTÕES	80
APÊNDICES	89
ANEXOS	91

INTRODUÇÃO

O conceito Qualidade de Vida é um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral e profissionais de diversas áreas e no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber (FLECK, 1999 a; CASTRO ET AL., 2003; BELASCO; SESSO, 2006).

Nas últimas décadas o interesse crescente da comunidade científica e de todo o setor da saúde, em questões de Qualidade de Vida, levou a um desenvolvimento marcante desse conceito e tem suscitado pesquisas por equipes profissionais, que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades (SEID; ZANONON, 2004).

Tal interesse advém da mudança do perfil de morbi-mortalidade, com o aumento da prevalência de doenças crônicas e de suas seqüelas, incitando nos profissionais de atenção à saúde a reflexão, que outrora era focada na cura e agora objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (CAMPOLINA; CACIONELLI, 2006).

Nesse contexto, o *Diabetes mellitus* (DM) é um problema de importância crescente em Saúde Pública, uma vez que afeta aproximadamente 171 milhões de indivíduos em todo o mundo com projeção de alcançar 366 milhões de pessoas no ano de 2030, alterando a prevalência de 2,8% da população global, em 2000, para 4,4%, em 2030 (WILD et al., 2004).

Os fatos de que a incidência do DM está aumentando e que 15% dos diabéticos desenvolvem feridas nos pés durante suas vidas (NEGRATO, 2006) realçam a necessidade de implementar estratégias profiláticas e terapêuticas, principalmente as educativas. A ulceração do pé com seqüelas, como feridas crônicas que não cicatrizam

osteomielite e amputação, constitui uma complicação onerosa, tanto em termo de gastos com a assistência à saúde, como da qualidade de vida (GIBBONS, 2001).

No Brasil, os problemas com os pés são comuns e podem coexistir, por exemplo, com a doença de Hansen na região Norte. Um projeto específico-“Salve o Pé no Diabético-Brasil”, foi criado no Distrito Federal, Brasília, com o suporte do governo (BOULTON; VILEIKYTE, 2001).

Embora exista vasta literatura sobre feridas nos pés de diabéticos, no Brasil, há poucos estudos relacionados à Qualidade de Vida (QV) dessa população. Quantificar a “qualidade” é um grande desafio. Definir “qualidade” e “vida” se torna uma questão filosófica. Contudo, pesquisadores como Ferrans, Powers, Ribu, Hiland, Santos, Yamada, dentre outros, têm buscado a integração do conhecimento das ciências humanas, exatas e biológicas, integrando-os com o objetivo de saber não só as condições de saúde desse paciente, mas também suas condições de vida, se são boas ou ruins, segundo suas próprias percepções.

Considerando a ausência de instrumento de avaliação de QV, específica para pessoas com ferida crônica, adaptada à nossa cultura, Yamada (2006) construiu e validou a Versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP), para avaliar a QV das pessoas com feridas em geral. Em tese de doutorado, Yamada constatou que o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers-Versão Feridas (IQVFP-VF), como um instrumento relacionado à saúde, é válido e tem confiabilidade atestada nos aspectos revelados mais importantes para a população com feridas: a QV

O presente estudo aplicou, pela primeira vez, o IQVFP-VF em população diabética com ferida no pé, após o processo de construção e validação.

O interesse pela investigação do tema se deu por meio da constatação de que o DM é uma doença cujos principais problemas clínicos residem nas suas complicações

crônicas, sendo a ferida no pé do diabético uma grave complicação (uma das que implica mais custos associados às freqüentes amputações e a longos períodos de internação) e a observação de que a prática clínica sugere que as seqüelas crônicas do DM podem ter significativo impacto na QV dessas pessoas.

Além disso, o desejo de saber sobre as implicações do DM na saúde geral, nas atividades diárias, na vida social e familiar dessas pessoas, associados à escassez de literatura sobre esse assunto, foram fatos relevantes e motivadores para a realização deste estudo.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Refletindo sobre Qualidade de Vida

A busca pela definição do termo Qualidade de Vida (QV) tem sido, no decorrer dos séculos, um enorme desafio. Essa busca parece ser tão antiga quanto à civilização. Desde a antiguidade, filósofos tentam conceituar sobre o que é ter uma vida com qualidade. Para Aristóteles (384-322 a.C), descrito por Diniz (2006),

Pessoas distintas concebem “boa vida” como sendo a mesma coisa que “felicidade”. Mas o que é felicidade torna-se uma questão de contestação [...] alguns afirmam que é uma coisa e outros dizem que é outra e, de fato, muito freqüentemente o mesmo homem diz diferentes coisas em tempos diferentes: quando ele adoece, ele concebe saúde como sendo felicidade, quando ele empobrece, como riqueza e prosperidade (DINIZ, 2006).

Pigou, em seu livro sobre economia e bem estar, publicado em 1920, relacionou a Qualidade de Vida ao suporte governamental oferecido às classes menos favorecidas e avaliou o que o impacto na vida desses indivíduos causa nas finanças nacionais (BELASCO; SESSO, 2006).

A expressão Qualidade de Vida foi empregada de forma marcante pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos por meio dos balanços dos bancos. Eles só podem ser medidos pela Qualidade de Vida que proporcionam às pessoas (FLECK et al., 1999a).

A definição de Qualidade de Vida teve como marco importante a afirmação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, na qual constata que saúde é: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência ou presença da doença” (WHO, 1946). DINIZ (2006) relata que a partir dessa declaração

foi iniciado um ciclo de formação em QV que, apesar de parecer difícil de ser completado, já permite a formação técnico-científica de acordo com a área profissional.

Segre e Ferraz (1997) afirmaram que dentro da Bioética, do conceito de autonomia, Qualidade de Vida é algo intrínseco, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito, onde é priorizada a subjetividade.

Do ponto de vista semântico, “Qualidade” é um atributo que determina a natureza de algo, enquanto “Vida” é o tempo entre nascer e morrer, estando relacionada com a existência, ânimo e força (HOUAISS, 2001). Ao serem integrados, ambos os termos, surge uma expressão indivisível com novos significados, tornando difícil estabelecer uma conceituação abrangente (SANTOS; KIMURA, 2000).

Com relação à subjetividade do termo, Santos e Kimura (2000) referem que, embora os aspectos objetivos devam ser incluídos na avaliação, são os aspectos subjetivos os que mais precisamente podem se aproximar da definição de QV, ao estarem permeados de significados das próprias experiências vividas.

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de Qualidade de Vida, três aspectos fundamentais referentes ao seu constructo¹ foram obtidos pelo *World Health Organization Quality of Life-WHOQOL*, em 1994. Tais constructos dizem respeito à: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade; (3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). O desenvolvimento desses elementos conduziu o grupo de pesquisadores de diferentes culturas da OMS a definição de Qualidade de Vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999a, 1999b).

¹ Conceito elaborado baseado em dados simples (www.priberam.pt/dlpo/definir) consultado em 05/08/08.

Logo, o conceito de QV é dado de forma variada e de acordo com as experiências e estados físico e psicológico vivenciados pelo indivíduo naquele momento.

Embora existam outros conceitos e definições que incluem, principalmente, concepções de satisfação, felicidade e bem-estar (SANTOS; KIMURA, 2000b), o presente estudo será fundamentado naquele estabelecido por FERRANS e POWERS (1985; 1992) para quem a Qualidade de Vida é entendida... “como a sensação de bem estar de uma pessoa que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela”.

Os instrumentos de QV podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos enfatizam de forma ampla os estudos sociológicos (BELASCO; SESSO, 2006), podem ser aplicados em pessoas saudáveis ou com qualquer tipo de doença e estão disponíveis em nosso país o da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), e o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP). Os específicos são destinados para determinadas áreas (família, trabalho) ou faixa etária (FERRAZ, 1998; YAMADA; SANTOS, 2005).

Há também instrumentos de Qualidade de Vida Genéricos Relacionados à Saúde-QVRS (*Health-Related Quality of Life – HRQOL*). Enquanto QV genérico é um termo utilizado em acepção ampla, QVRS, além de contemplar estudos sociológicos, faz referência a disfunções físicas e agravos à saúde (HAG et al., 1991 apud BELASCO; SESSO, 2006). Dentre os usados em nosso meio temos como exemplo: o *Medical Outcomes Short-Form Health Survey-SF-36*, o *Sickness Impact Profile-SIP* e o *Nottingham Health Profile-NHP* (YAMADA; SANTOS, 2005) e, recentemente, o IQVFP-VF.

1.1.1 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Os instrumentos de Qualidade de Vida Relacionados à Saúde (QVRS) recebem

essa especificação por incluir os domínios físico, psicológico e social relacionado à saúde e a demanda, por tais medidas, tem relevância uma vez que permitem avaliar o impacto de uma doença sobre a vida do paciente (GUYTATT et al., 1996, GARRATT et al., 2002 apud BLAY; MERLIN, 2006).

A QVRS foi definida por Guyatt et al. (1993) como “uma medida de opinião subjetiva individual do paciente considerando sua saúde, nas dimensões físicas, psíquicas e sociais”. Ela pode ser global, quando refere como o indivíduo avalia seu próprio bem estar e sua saúde, ou específica, quando é fundamentada na percepção do paciente sobre como uma doença compromete seu bem estar e sua saúde.

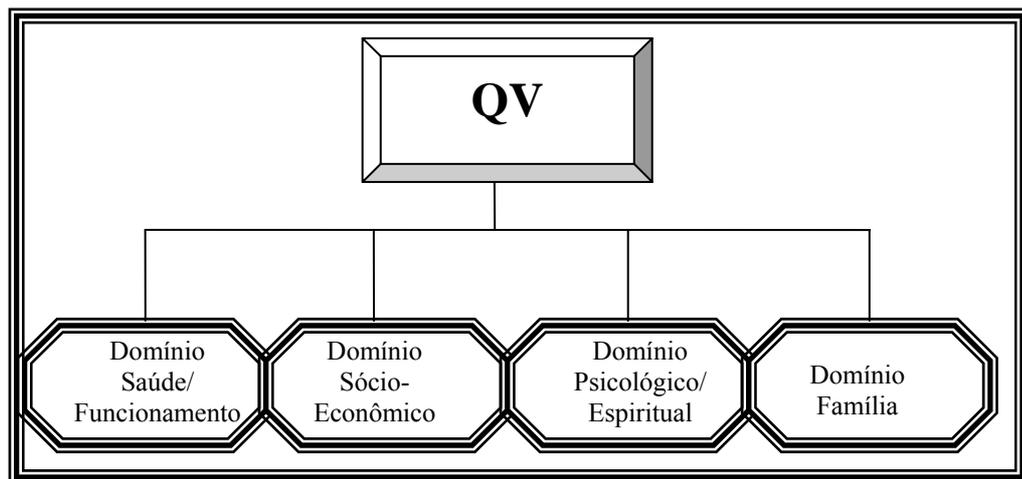
A partir de 1975 o conceito Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (QVRS) foi iniciado pela clínica oncológica e seus dilemas como a alta frequência de casos sem perspectiva de cura em que as atenções principais passaram a ter enfoque no bem-estar do paciente (BLAY; MERLIN, 2006).

Nos Estados Unidos e Inglaterra, desde que o termo QV foi introduzido na área da saúde, o número de pesquisas cresceu de forma exponencial nas mais diversas disciplinas, como também, a quantidade de instrumentos para sua avaliação, principalmente a partir da década de oitenta (YAMADA, 2001). A criação desses instrumentos tem como objetivos não só fornecer dados quantitativos sobre a Qualidade de Vida, mas, principalmente, avaliar o resultado das intervenções realizadas, especialmente em doenças crônicas (FLECK et al., 1999a).

Belasco e Sesso (2006) acreditam que a necessidade de avaliar, por meio de instrumento, a QV na área de saúde, possivelmente tenha sido decorrente de três fatores. O *primeiro* foi o grande avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e prolongamento da vida; o *segundo* fator consiste na mudança do panorama epidemiológico das doenças, sendo que o perfil

dominante passou a ser o das crônicas; o *terceiro* fator trata da mudança sobre a visão do ser humano, antes visto como organismo biológico que deveria ser reparado e, hoje, como um agente social.

Nesse contexto, Ferrans e Powers (1984), após várias etapas de estudo, desenvolveram o instrumento Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP) que possibilitou a produção de uma relação de 32 elementos de avaliação de QV em geral, agrupados em quatro domínios (áreas da vida) inter-relacionados com a QV: Saúde/ Funcionamento (SF); Sócio-Econômico (SE); Psicológico/ Espiritual (PE) e Família (Fa), conforme Quadro I:



Quadro 1: Modelo Conceitual de Qualidade de Vida Proposto por Ferrans e Powers
FONTE: Yamada, 2006

A partir desse modelo conceitual foram desenvolvidas várias versões do IQVFP. Além da versão Genérica (aplicada em pessoas saudáveis ou com qualquer tipo de doença), existem outras versões específicas: Câncer III, Cardíaca IV, Síndrome da Fadiga Crônica III, Diabetes III, Epilepsia III, Transplante de Fígado III, Pulmonar III, Lesão Medular III, Anemia Falciforme III, Acidente Vascular III (disponíveis em www.uic.edu/orgs/qli) e, mais recentemente a Versão Feridas (YAMADA; SANTOS, 2006).

Quanto a avaliação da Qualidade de Vida de pacientes com feridas, estão na página da Internet www.procolid.org vários instrumentos relacionados a determinadas feridas ou a doenças desencadeadoras de feridas crônicas, tais como: *Leg and Foot Questionnaire* (LFUQ), para úlcera de pernas e pés; *Diabetic Foot Ulcer Scale* (DFS), para “pé diabético”; o *Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire* (CCVUQ), para úlcera venosa; *Aberdeen Varicose Vein Questionnaire* (AVVQ), para insuficiência venosa, entre outros (YAMADA; SANTOS, 2006). Vileikyte et al. (2003) desenvolveu e validou o *neuropathy-and foot ulcer-specific quality of life instrument*, específico para pessoas com ferida decorrentes da neuropatia periférica.

Entretanto, todos os instrumentos supracitados não estão disponíveis para uso em nosso meio, pois não foram traduzidos para a Língua Portuguesa e, tampouco, realizadas as adaptações transculturais.

Yamada (2006), em sua tese de doutorado, elaborou e validou um instrumento para avaliar pacientes com feridas, a partir da versão genérica do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP), denominando-o IQVFP-Versão Feridas. O resultado desse estudo possibilitou a produção de uma relação de 35 elementos de avaliação de QV para pessoas com feridas (Quadro 2) o qual será adotado neste estudo.

Itens do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers-Versão Feridas			
Saúde/Funcionamento S/F	Sócio-econômico S/E	Psicológico/Espiritual P/E	Família Fa
1. Saúde 2. O cuidado com a saúde 3. Dor na ferida 4. Dor não relacionada à ferida 5. O tratamento para a dor 6. Estar com a ferida 7. Tempo de cicatrização 8. Drenagem e odor da ferida 9. A aparência da ferida 10. Energia (fadiga) 11. Capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa 12. Controle sobre a própria vida 13. Mudanças na vida por causa da ferida 14. Capacidade de movimentar-se e locomover-se 15. Possibilidade de viver tanto quanto gostaria 22. Sono 23. Preocupações 27. Lazer, Diversão 28. Possibilidade de futuro feliz	19. Amigos 21. Suporte emocional de outras pessoas que não são da família 24. Vizinhança 25. Lar 26. Administrar o dinheiro	29. Paz de espírito, tranquilidade. 30. Fé em Deus 31. Objetivos pessoais 32. Felicidade 33. Satisfação com a vida 34. Aparência pessoal 35. Consigo próprio (self)	16/17. Filhos/não ter filhos 18. Felicidade da família 20. Suporte emocional da família
Copyright 1984 & 1998 Ferrans & Powers (Do not use without permission). Versão Feridas Construída e validada por Yamada & Santos, 2006			

Quadro 2: Itens Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers Versão Feridas

Quando o paciente desenvolve úlcera, o risco de recidiva é grande. Da mesma forma, quando ocorre amputação, a probabilidade de amputações subseqüentes chega a 51%, em cinco anos (REIBER, 2002).

Em estudo realizado para obtenção de dados sobre QV de pacientes com doença crônica, foi observado que os pacientes diabéticos estudados apresentaram valores menores na dimensão “capacidade funcional geral de saúde”, quando comparados aos pacientes sem diabetes. Da mesma forma, quando estratificados por faixa etária, os pacientes diabéticos, consistentemente, obtiveram piores resultados quando comparados aos pacientes não diabéticos. As complicações decorrentes do DM associadas à ocorrência de neuropatia e insuficiência vascular periférica, contribuem para a piora da QV de pacientes acometidos por essa nosologia (CASTRO et al., 2003).

Ao estudar a QV e as complicações crônicas do DM Silva et al., (2003) demonstraram que entre os indivíduos diabéticos, aqueles que sofrem de complicações como a macro e microangiopatia e a neuropatia periférica têm qualidade de vida inferior à dos que não sofrem com seqüelas da doença.

Outro estudo, realizado na Austrália, relacionando a prevalência de DM, depressão e suas repercussões na QV, observou que 24% da população com DM tinha depressão, enquanto a prevalência na população não diabética era de 17%. Os pacientes diabéticos tiveram comprometido as várias dimensões da vida em função da doença, levando os autores à conclusão de que, nessa população, a depressão é uma comorbidade importante, que requer intervenção, pois tem impacto negativo na qualidade de vida (GOLDNEY, 2004).

Cofey et al. (2002) em estudo realizado com mais de 2000 americanos diabéticos, visando analisar o tipo de tratamento clínico e seus respectivos impactos na QV, constataram que os pacientes com ferida no pé tiveram maior impacto negativo na QV quando comparados com aqueles que tinham outras complicações do DM.

As alterações nos pés de diabéticos, como feridas crônicas que não cicatrizam, osteomielite e amputação, constituem complicações onerosas para os órgãos governamentais de assistência à saúde, bem como, causam impactos negativos na QV dos pacientes acometidos.

1.2 O Diabetes *mellitus*

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou da incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos, caracterizada por hiperglicemia crônica e tem como consequência distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (Brasil, 2001). Acomete mundialmente mais de 135

milhões de indivíduos, com perspectiva de aumentar para 300 milhões, em 2025 (WILD et al., 2007).

No Brasil é estimada a prevalência de 8% em pessoas na faixa etária de 30 a 69 anos, o que coloca o DM como um dos principais problemas de saúde do país (BARBOSA et al., 2001).

As conseqüências do DM, a longo prazo decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos. As complicações crônicas incluem a nefropatia, como possível evolução para insuficiência renal, a retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou a neuropatia, com risco de úlceras nos pés, amputações e artropatia de Charcot (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003a).

Nos Estados Unidos, o DM é a principal causa de cegueira adquirida por adultos, é responsável por 40% dos pacientes que chegam à diálise ou ao transplante renal e é a causa principal da doença renal terminal (SKILER, 2001). O mesmo autor comparou o risco de amputação entre a população diabética e não diabética constatando que o DM aumenta de 15 a 40 vezes esse risco e que, naquele país, é a principal causa de amputação não traumática dos membros inferiores.

O DM é classificado em:

- 1) Diabetes estabelecido ou clínico e
- 2) Condições de risco para o diabetes.

No grupo de DM *estabelecido* estão: o DM do tipo 1 (DM1), o DM do tipo 2 (DM2) e outros tipos específicos (os defeitos genéticos da função das células β e na ação da insulina; doença do pâncreas exócrino; endocrinopatias; o DM induzido por fármacos ou substâncias químicas; induzido por infecção; as formas incomuns de DM imunologicamente mediado; outras síndromes genéticas e o DM gestacional). No

grupo de condições de risco para diabetes *mellitus* fazem parte os pacientes que têm comprometimento da glicose em jejum (CGJ), comprometimento da tolerância à glicose (CTG), que demonstram estados metabólicos intermediário entre a homeostasia da glicose e o diabetes franco (SHERWIN, 2005).

O diagnóstico do DM é baseado fundamentalmente nas alterações da glicose plasmática de jejum (8 horas), após 2 horas de sobrecarga oral de 75g glicose (teste oral de tolerância à glicose) e na medida da glicose plasmática casual, conforme descrição na tabela 1 (GROSS et al., 2002).

Categoria	Jejum	TOTG 75 g-2h	Casual
Normal	<110	<140	-
Glicose Plasmática de Jejum Alterada	\geq 110 e <126		
Tolerância à Glicose diminuída	< 126	\geq 140 e <200	
Diabetes melitto	\geq 126	\geq 200	\geq 200 com sintomas
Diabetes gestacional	\geq 110	\geq 140	

Tabela 1: Diagnóstico do diabetes mellito e alterações da tolerância à glicose de acordo com valores de glicose plasmática (mg/dl).

Fonte: Gross et al.(2002)

As manifestações clínicas do DM1 estão relacionadas com os níveis baixos ou ausentes de insulina endógena, por isso, os sinais clínicos aparecem de forma abrupta em crianças ou adultos jovens e é caracterizada por: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso.

No DM2 o paciente tem como sintomas: fadiga, fraqueza, tontura e visão turva, sinais relacionados a hiperinsulinemia e resistência à insulina na maioria dos casos (STEFANI, BARROS et al., 2002; SHERWIN, 2005).

O nível constantemente elevado de glicose na corrente sangüínea pode resultar em complicações metabólicas agudas, tais como cetoacidose metabólica e síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não cetótica. Em longo prazo, o DM tem como complicações mais freqüentes a retinopatia, nefropatia, neuropatia, comprometimento

macro e microvasculares (GRIFFIN, 2001; SMELTZER; BARE, 2002). Portanto, os diabéticos que não controlam sua glicemia adequadamente podem apresentar problemas relativos a alterações na sensibilidade das extremidades, especialmente nos pés, o que constitui um problema de saúde pública, pela alta frequência com que ocorre e alto custo com o tratamento (GAMBA, 1998).

Uma melhora significativa nos modelos de atenção à saúde das populações veio acompanhada da conquista do aumento de tempo de vida, trazendo ao século XXI, o fenômeno do envelhecimento mundial, juntamente com estes novos desafios a saúde pública contemporânea (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Apesar da transição demográfica ser um fenômeno mundial, no Brasil, ocorre em velocidade e dinâmica diferentes daquela vista em outros países industrializados, onde esse processo ocorreu gradativamente, dando-lhes tempo para desenvolver condições necessárias para assistir à população. Por exemplo, a evolução médico-sanitária com a melhoria das condições de educação, saneamento básico, infraestrutura, condições sócio-econômicas dentre outros fatores (VERAS, 2003; OLIVEIRA et al., 2004).

Nesse contexto, o DM é problema de importância crescente em saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando, alcançando proporções epidêmicas. Suas complicações comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos. Além disso, acarreta altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

Importante ressaltar a intensa e complexa problemática que envolve a vivência da doença crônica, pois compromete muito além da esfera biológica, interfere de diferentes formas no próprio estilo de vida de indivíduos acometidos, como também dos seus grupos familiar e social.

1.3 A Ferida no Pé do Diabético

Ao paciente diabético com ferida nos pés são adotados vários termos, tais como: pé diabético, ferida diabética, úlcera diabética, síndrome do pé diabético.

Jorge-Filho (2006) se refere à essa problemática como uma síndrome definida como quaisquer lesões, agudas ou crônicas, que ocorrem nos pés das pessoas diabéticas, em geral causadas pela presença de neuropatia periférica, doença oclusiva arterial periférica e redução da microcirculação na extremidade inferior.

Apesar de não haver um consenso quanto a nomenclatura, está estabelecido, na comunicação profissional, que o diabético com úlcera crônica apresenta a complicação denominada “pé diabético”. Esta complicação é resultante da neuropatia e da doença vascular periférica (PARISI, 2003).

Segundo o Consenso Internacional Sobre Pé Diabético (2001), com base nas descrições da Organização Mundial da Saúde (OMS), o “pé diabético” tem por definição: a infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores. Esse mesmo consenso considera “pé” a estrutura do tornozelo ou abaixo dele (BRASIL, 2001).

Publicações recentes mostram que pacientes com DM, no Brasil, recebem assistência precária pelo Sistema Único de Saúde (SUS), muitos deles não têm informações adequadas sobre o autocuidado, poucos têm seu pés examinados durante a consultas (CAL SOLARI, 2002; BRASIL, 2004), havendo elevadas taxas de internações decorrentes das complicações com os pés, amputações e mortes por este agravo em vários lugares do país (PITTA, 2005; MILMAN, 2005).

A prevalência de neuropatia diabética é difícil de ser determinada devido aos

vários critérios utilizados para defini-la, porém, foi estimado que dois terços dos pacientes com DMI ou DM2 têm evidência clínicas ou subclínicas, de neuropatia periférica que, por sua vez, está relacionada com a duração do DM, com o controle inadequado da glicemia e com a presença de retinopatia e/ou nefropatia (NASCIMENTO, 2006).

A neuropatia periférica diabética promove alterações: nos *nervos sensitivos*, resultando em anormalidade da sensibilidade tátil e dolorosa podendo ocorrer dormência; nos *nervos motores*, resultando atrofia muscular que pode levar ao desequilíbrio entre os grupos musculares dos pés, causando deformidades como o pé com dedos em garra, causada pela flexão permanente dos dedos, predispondo à microfraturas; e nos *nervos autônomos* levando à diminuição da função sudomotora, pés secos, ou a um fluxo sanguíneo periférico anormal (TANENBERG et al., 2002; VINIK et al., 2003; NASCIMENTO, 2006).

O comprometimento dos nervos sensitivos causa a perda da sensibilidade protetora do tegumento, tendo como consequência a não percepção do ferimento, que por sua vez, ainda que pequeno, facilita a penetração de microrganismos patogênicos e a instalação de infecção (JORGE-FILHO, 2006).

A preexistência da neuropatia periférica e as pressões geradas na superfície plantar do pé em contato com o solo são os fatores mais importantes na gênese das feridas neuropáticas diabéticas (JEFFCOATE; HARDING, 2003). As áreas sobre as proeminências ósseas são os locais mais freqüentes de desenvolvimento de úlceras nos pés de indivíduos com DM, incluindo: as cabeças dos metatarsos, o hálux e o calcanhar (AZEVEDO et al., 2003).

A neuropatia diabética é freqüente e constitui causa comum de incapacitação. Sua avaliação e tratamento muitas vezes são negligenciados. É raramente diagnosticada, até que o paciente se queixe de dor ou apresente uma úlcera de pé (SCHUMER; PFEIFER, 2001; SCHAPER et al., 2007).

A ferida decorrente da vasculopatia diabética é conseqüência da doença arterial periférica na qual a aterosclerose é a responsável por toda a fisiopatologia da obstrução ou isquemia arterial. O perfil de obstrução predominante é bilateral, simétrico e distal. A isquemia dificulta o processo cicatricial de qualquer lesão, lentificando-o e, às vezes, impossibilitando-o. O “pé isquêmico” em geral é pálido, frio, com atrofia da musculatura do membro inferior e, nas fases mais adiantadas, com presença de hiperemia paradoxal (PARISI, 2003).

O pé que apresenta ao mesmo tempo as complicações neuropáticas e isquêmicas é considerado um pé de altíssimo risco para ulceração, pois é insensível, pode apresentar as deformidades, alterações de pressão plantar do pé neuropático, calosidades e, ao mesmo tempo, diminuição de fluxo arterial (PARISI, 2003).

As feridas, já instaladas, podem apresentar complicações importantes com as infecções. O risco de infecção nas feridas de pessoas diabéticas é proporcional aos níveis de glicose na circulação sangüínea. Estudos sugerem que os diabéticos apresentam disfunção no processo de imunidade celular. As infecções nas feridas dos pés de diabéticos são de progressão rápida e causam grandes lesões teciduais, uma vez que os pacientes, não sentindo dores, ao invés de repousar, continuam a caminhar, contribuindo para que agentes patogênicos se aprofundem nos tecidos (JORGE-FILHO, 2006).

Lipsk (2001) atribui a predisposição à infecção de ferida no pé de diabéticos aos distúrbios imunológicos que acometem esse paciente. Entre os defeitos da defesa imunológica associada ao DM estão as avarias das funções dos neutrófilos, como: a migração, fagocitose, morte intracelular dos patógenos e quimiotaxia. O autor afirma que muitas dessas deficiências da imunidade estão diretamente relacionadas às perturbações metabólicas causadas pela DM mal controlada, por exemplo: a

cetose, diminui a função dos leucócitos, reduz a resposta imune celular e a função dos monócitos, e a hiperglicemia, prejudica a função do Sistema Complemento (SC).

Além da menor capacidade de fagocitose apresentada pelos neutrófilos, relacionada aos níveis de hiperglicemia, Rocha et al. (2002) relatam mais duas alterações imunológicas importantes no processo infeccioso no paciente diabético:

1. a alteração na aderência, quimiotaxia e opsonização leucocitária, levando a uma resposta ineficiente e retardada aos agentes patogênicos;
2. a alteração dos sistemas antioxidantes e diminuição da interleucina, que refere ser ponto chave no processo inflamatório necessário a uma resposta imunológica eficaz. Esse conceito está sendo revisto pelos atuais estudos de Imunologia.

Concernente a avaliação das feridas e alterações vasculonervosas nos pés de pacientes diabéticos, Wagner (1981), citado por Dealey (2001), propôs uma classificação de seis graus, bastante utilizada na prática hospitalar, distribuídos da seguinte forma:

- Grau 0: pé em risco.
- Grau 1: Úlcera superficial não infectada clinicamente.
- Grau 2: Úlcera mais profunda, freqüentemente infectada, sem osteomielite.
- Grau 3: Úlcera mais profunda, formação de abscesso, osteomielite.
- Grau 4: Gangrena localizada (dedo, parte dianteira do pé ou calcanhar).
- Grau 5: Gangrena de todo o pé.

As úlceras de graus 0-3 tendem a ser predominantemente neuropáticas, enquanto as de graus 4 ou 5 a isquemia é o fator principal (DEALEY, 2001).

Nunes et al. (2006) em estudo prospectivo sobre a predisposição para

amputação de membro inferior, em pacientes diabéticos internados com pés ulcerados, relataram que a gravidade das lesões, as ausências de detecção dos dois pulsos distais e a idade acima de 60 anos são fatores predisponentes para a ocorrência de amputação.

A causa mais freqüente de hospitalização entre os pacientes diabéticos são as feridas nos pés. A estimativa é que cerca de 15% dos diabéticos apresentarão uma úlcera durante o curso da doença (NEGRATO, 2006).

2 QUESTÃO DE PESQUISA

Feridas nos pés de pessoas diabéticas têm impacto negativo sobre a Qualidade de Vida?

3 HIPÓTESES

O presente estudo foi norteado pelas hipóteses de que apresentariam menores escores de Qualidade de Vida pessoas:

- Sem atividade profissional;
- Do sexo masculino;
- Separadas;
- Com maior tempo de *Diabetes mellitus*;
- Amputadas;
- Com baixa renda;
- Com mais tempo de desenvolvimento das feridas;
- Com número maior de feridas.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Avaliar a Qualidade de Vida de pessoas diabéticas com feridas nos pés.

4.2 Específicos

4.2.1 Descrever o perfil sócio-demográfico e clínico da amostra;

4.2.2 Analisar os escores de Qualidade de Vida total e das subescalas;

4.2.3 Correlacionar os escores de Qualidade de Vida segundo as características sócio-demográficas (sexo, idade, atividade profissional, renda familiar) e clínicas (tempo de *Diabetes mellitus*, tempo com a ferida, número de feridas e presença de amputação) da amostra estudada.

5 CASUÍSTICA E MÉTODO

Este estudo é do tipo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

5.1 Locais do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Manaus, no período de 20 fevereiro a 20 agosto de 2008 (seis meses), nos ambulatórios de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e do Hospital Fundação Adriano Jorge (HFAJ) e no setor de internação de Cirurgia Vascular, do Hospital e Pronto Socorro Doutor João Lúcio Pereira Machado (HJLPM), localizados na cidade de Manaus, Amazonas.

5.1.1 Descrição dos Locais de Estudo

O Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas é um hospital de médio porte com aproximadamente 260 leitos, referência na formação de profissionais da área de saúde, portanto, campo de prática de acadêmicos de enfermagem. Sua estrutura física é composta por unidades de internação (clínica cirúrgica de homens e mulheres, clínica neurológica, clínica cardiológica, pronto-socorro, clínica médica, clínica pediátrica, clínica ortopédica, clínica renal, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, centro de material esterilizado e unidade de terapia intensiva).

O Hospital Geral Adriano Jorge foi fundado em 1953, completando, em 2008, 55 anos de existência. Seu funcionamento teve início no bairro da Cachoeirinha, que

na época, era um bairro muito afastado do centro da cidade, para realizar tratamento de pacientes com tuberculose. A instituição foi criada pela Campanha Nacional contra Tuberculose (CNCT) com 432 leitos reservados para o tratamento dessa doença. Era administrado pelo Ministério da saúde e foi transformado em hospital geral após os anos 60, quando a unidade funcionou sob uma gestão formada pelos governos Estadual e Federal.

Hoje, subordinada à Secretaria de Estado da Saúde, a Instituição atende, principalmente, como unidade de apoio aos pronto-socorros de Manaus. Funcionando em instalações modernas e confortáveis, distribuídas em cinco blocos, quatro andares de Enfermarias, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Clínicas Ortopédica, Cirúrgica e Médica, além dos setores administrativos.

Possui vários programas de atendimento especializado, dentre os quais é referência no acompanhamento de diabéticos com feridas nos pés.

O Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado inaugurado em 1998 é referência no atendimento de urgência e emergência na capital, sendo o hospital de maior demanda do Estado, com média diária de 520 atendimentos e até 700 internações por mês. Possui 147 leitos disponíveis para clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva.

O setor de cirurgia vascular acolhe, dentre outros, pacientes diabéticos com feridas nos pés para realização de procedimentos como desbridamento cirúrgico e amputação, bem como, para tratamento clínico, principalmente nos casos das feridas infectadas.

5.2 Amostra

Foi utilizada uma amostra não-probabilística obtida no período de seis meses

(fevereiro a agosto de 2008), por meio de busca ativa de pacientes diabéticos com feridas nos pés, nos três serviços supracitados.

Das 77 pessoas abordadas, quatro não consentiram em participar da pesquisa dando como justificativa não querer falar sobre questões pessoais; sete não tinham condições físicas para responder às perguntas até o fim (dispnéia e sonolência) e cinco, apesar de não terem diagnóstico que justificasse déficit neurológico, não conseguiram compreender as questões, respondendo-as de forma desconexa. É importante ressaltar que muitos pacientes que foram entrevistados no hospital (internados) eram encaminhados, após alta, aos ambulatórios onde acontecia a pesquisa. Portanto, a amostra do estudo foi constituída por 61 pacientes que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade:

- Ter idade superior ou igual a 18 anos;
- Apresentar ferida(s) no(s) pé(s) de etiologia neuropática, vascular ou mista, com ou sem infecção, decorrentes de DM tipo 1 ou 2, sem limites de tempo, número ou recidivas de lesões (sendo considerado “pé” a estrutura do tornozelo ou abaixo dele);
- Matriculados nos ambulatórios dos diferentes serviços, presentes para consultas médicas, para realização de curativos ou internados no HJLPM no período de coleta de dados. Como se tratou de uma pesquisa transversal, mesmo mudando a condição de atendimento (ambulatório para internação ou vice versa), o instrumento foi aplicado uma única vez.
- Concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A);
- Ter condições físicas, mentais e intelectuais para compreender os objetivos do estudo.

Foram excluídos dessa pesquisa:

- Pessoas de etnias indígenas e
- Aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

5.3 Coleta de Dados

5.3.1 Procedimentos

Inicialmente o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas-UFAM e aprovado sob o protocolo: CAAE – 0284.0.115.193-07 (ANEXO A) e autorização da autora que construiu o IQVFP-VF (ANEXO B).

As entrevistas foram realizadas em sala privativa, concedidas pelos serviços, antes ou após a consulta médica ou procedimento relacionado à(s) ferida(s) (curativo, desbridamento etc.) e ainda, à beira do leito quando esses pacientes estavam acamados e essa condição não permitia deslocamento. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era iniciada a coleta dos dados sócio-demográficos.

O preenchimento do Índice de Qualidade de Vida-Versão Feridas (IQVFP-VF) pode ser aplicado por duas formas, propostas por Yamada (2001): *assistida*, para pacientes com maior escolaridade; e *entrevista* para aqueles com baixa escolaridade. Para a forma assistida, o próprio paciente preenche o questionário sendo acompanhado pela pesquisadora somente nas dúvidas. Na entrevista, após orientações quanto ao funcionamento do IQVFP-VF e o sistema de pontuação, cada item é lido e solicitado ao paciente para pontuar a resposta que julgasse mais adequada para si. Caso o item não fosse entendido, lia-se novamente até que todas as dúvidas fossem esclarecidas para que o paciente pudesse, então, escolher a resposta mais apropriada para si (YAMADA, 2001).

Nesse estudo o IQVFP-VF foi aplicado na forma de entrevista para todos, pois as pessoas tinham baixo grau de escolaridade o que conceituou fator limitante para a auto-aplicação.

A coleta de dados foi feita pela pesquisadora que, previamente, se submeteu o treinamento, para aplicação do IQVFP-VF, com a autora que construiu e validou esse instrumento e por duas acadêmicas finalistas do curso de Enfermagem que receberam treinamento, acompanhamento e supervisão da pesquisadora.

5.3.2 Instrumentos utilizados

Para coleta de dados foi empregado o instrumento que consta de duas partes. A primeira corresponde aos dados sócio-demográficos e clínicos que foi desenvolvida por Yamada (2001), adaptada para aplicação ao paciente com DM (ANEXO C) e a segunda parte pelo IQVFP-Versão Ferida. (ANEXO D).

Os dados sócio-demográficos que compõe o instrumento estão relacionados: ao nome, idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, grau de instrução, atividade profissional atual, renda mensal familiar, atividade de lazer; os dados relacionados à ferida: relativos ao início da ferida, ao tempo com a ferida atual (em meses), ao número de ferida(s) que possui, em que pé está(ão) localizada(s) a(s) ferida(s) e os dados clínicos :como faz para controlar o DM, há quanto tempo em DM, qual o tipo de DM, se houve amputações anteriores e, em caso afirmativo, quantas foram. (YAMADA, 2006, adaptado para este estudo).

Inicialmente, foi realizado um pré-teste com 15 pessoas para reconhecimento das possíveis deficiências da primeira parte do questionário (dados sociais e demográficos). Esse teste permitiu detectar a falta de informações sobre: atividade de trabalho que exerceu a maior parte da vida, como iniciou a ferida e, no caso de

afastamento da atividade profissional atual, informar se o motivo foi para tratamento da ferida. Tais itens foram acrescentados ao questionário, e procurado os sujeitos para completar esses dados. Tendo em vista que o IQVFP-VF foi integralmente compreendido pelos mesmos e a dificuldade de compor uma amostra (desistência no decorrer da entrevista, recusa em para participar e escassez de pacientes que se enquadrassem na pesquisa), foi utilizada a amostra do pré-teste na amostra final do estudo.

O IQVFP-Versão Feridas é composto de 70 itens de avaliação da QV, estruturados em duas partes. A primeira é constituída por 35 itens destinados à avaliação da satisfação com a vida, e a segunda parte é composta pelos mesmos itens para avaliar a importância atribuída pela pessoa a cada item. Embora os 35 itens que compõem a primeira parte do IQVFP-VF estejam repetidos na segunda parte, existem pequenas modificações em algumas questões, quanto a forma de apresentação. Apesar de constarem 35 itens de avaliação, há um deles, referente a filhos (17), que é excludente, fazendo com que, apenas, 34 itens sejam contabilizados na pontuação, quando todos os itens são respondidos.

No momento do preenchimento do IQVFP-Versão Feridas, os pacientes respondem os itens de cada uma das partes, atribuindo valores em uma escala de seis pontos, tipo Likert, que varia de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” para os itens de satisfação com a vida e de “sem nenhuma importância” a “muito importante” para os itens de importância (FERRANS; POWERS, 1985, 1992).

A pontuação inicial de cada um dos itens de satisfação nessa escala é de 1;2;3;4;5;6. Para realizar a recodificação dos mesmos subtraem-se 3,5 (ponto médio da escala likert) de cada um desses números iniciais obtendo como nova pontuação: -2,5;-1,5;-0,5; +0,5; +1,5 e +2,5 (FERRANS; POWERS, 1985a).

A atribuição dos escores do IQVFP-VF foi desenvolvida de tal forma que cada item de satisfação recodificado é multiplicado pelo seu correspondente de importância a fim de produzir um escore ajustado. Tal ajuste reflete não apenas a satisfação, mas também o quanto cada aspecto é valorizado pelo indivíduo (FERRANS; POWERS, 1985b).

Os valores obtidos, que resultam do valor total do IQVFP-VF, variam de 0 a 30, sendo a melhor QV indicada pelos maiores valores. Para calcular os escores de cada domínio, foi seguido o mesmo procedimento do IQV Total (FERRANS; POWERS, 1985). Os itens não respondidos, em ambas ou em uma das partes do IQV, não foram considerados no processo de cálculo.

Não existe ponto de corte no instrumento. Porém, para fins de discussão dos resultados obtidos, este estudo adotou a categorização proposta por Yamada (2001), assim distribuída: 24 | - | 30 (QV Muito Boa); 18 | - 24 (QV Boa); 12 | -18 (Regular); 6 | - 12 (QV Ruim) e 0 | - 6 (QV Muito Ruim) (YAMADA, 2001).

Para atender os objetivos propostos neste estudo, foram utilizadas estatísticas descritivas na análise dos dados sócio-demográficos e das características clínicas. Para a análise inferencial, os seguintes procedimentos estatísticos utilizados:

- *Intervalo de confiança de 95%*, usado para estimar o valor médio real das variáveis quantitativas e porcentagens reais de alguns eventos de interesse do estudo;
- *Teste de Normalidade de Shapiro*, usado para testar a hipótese de normalidade das variáveis quantitativas do estudo;
- *Coefficiente de Correlação Ordinal de Sperman* e o *Coefficiente de Correlação Linear de Pearson*, usados na avaliação das correlações;
- *Teste de Mann-Whitney e t-student* para a comparação entre as médias de

variáveis de duas populações independentes;

- *Análise de Regressão Múltipla*, usada para avaliar a “força do relacionamento”, no sentido de poder regressivo – medido pelo quadrado do coeficiente de correlação – das variáveis quantitativas com o IQVT;
- Teste de “*post hoc*” de *Benferroni*, usado na avaliação das diferenças detectadas nas análises de Variância, e
- *Análise de Variância* usada na comparação entre as médias de variáveis de mais de duas populações independentes com distribuição normal.

6 ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

O coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach foi usado para medir a Consistência Interna do IQVFP-VF para esse estudo. A confiabilidade é um termo genérico que indica quão bem uma medida pode ser replicada repetidamente nas mesmas pessoas produzindo resultados semelhantes (DUARTE; CICCIONELLI, 2006).

Os valores de alfa de Cronbach variam de 0-1, e quanto maior o coeficiente, maior a consistência interna e homogeneidade dos itens, o que indica acurácia da medida. Bowling (1997) apud Yamada (2006) considera que valores de alfa inferiores a 0,5 são indicativos de inconsistência.

O estudo da consistência interna para essa pesquisa foi obtida por meio do pacote estatístico SPSS® e estão descritos na Tabela abaixo:

Itens	N	Coefficiente de Alfa de Cronbach
Domínios	4	0,83
Itens da escala	34	0,93
Saúde/Funcionamento	19	0,89
Sócio-Econômico	5	0,76
Psicológico/Espiritual	7	0,89
Família	3	0,83

Tabela 2: Coeficientes de Fidedignidade de Cronbach dos Domínios e Itens. Manaus, Fev/Ago 2008

Os dados da Tabela 1 mostram que a variação dos coeficientes foi de 0,76 a 0,93. Nos domínios os valores foram de 0,89; 0,89; 0,83 e 0,76 respectivamente para SF, PE, Fa e SE.

Na avaliação do IQVFP Total obteve-se o índice de 0,93. Esses resultados permitem constatar que todos os coeficientes de Cronbach são superiores a 0,50 e, portanto, considerados satisfatórios, para atestar a consistência interna do instrumento para a população alvo.

7 RESULTADOS

Os resultados desse estudo são apresentados em forma de tabelas, gráficos e figuras, por meio de análise descritiva de frequência, média, mediana e desvio-padrão. Inicialmente são exibidos os resultados da análise da caracterização sócio-demográfica, das informações sobre a ferida e das condições clínicas e em seguida as análises de Qualidade de Vida total e seus respectivos domínios.

7.1 Caracterização da Amostra

7.1.1 Análise dos Dados Sócio-Demográficos

A distribuição das características sócio-demográficas da amostra está expressa na Tabela 3.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO	
	n	%
SEXO		
Feminino	28	46%
Masculino	33	54%
IC para 95% para % Feminino		(39, 52 ; 52, 28)
IDADE		
0 --20	0	0%
20 --40	1	2%
40 --60	19	31%
60 --80	34	56%
80 --100	7	11%
Média	59.65	Mediana 58
Desvio Padrão	11	Máximo 23
IC para 95%	(56.76 ; 62.51)	Mínimo 81

Tabela 3: Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Sócio-Demográficas. Manaus, Fev /Ago 2008

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO	
	n	%
Estado Civil		
União estável	29	47,5%
Separado	7	11,5%
Solteiro	11	18%
Viúvo	14	23%
Número de Filhos		
0 --2	3	5%
2 --4	19	31%
4 --6	12	20%
6 --8	14	23%
8 --10	7	11%
10 --12	1	2%
12 -- 14	5	8%
Média	5.30	Mediana 5
Desvio Padrão	0.4	Máximo 14
IC para 95%	(4.44 ; 6.159)	Mínimo 0
Escolaridade		
Não estudou	9	15%
Fundamental incompleto/ completo	34	56%
Médio incompleto/ completo	15	25%
Superior incompleto / completo	2	3%
Outros	1	2%
Total geral	61	100%
Religião		
Cristã Católica	50	82%
Cristã Evangélica	10	16%
Não tem	1	2%
Atividade profissional que exerceu por mais tempo		
Servidor público	10	16,4%
Artistas	4	6,6%
Técnicos	8	13,1%
Serv. administrativo	4	6,6%
Comerciantes	2	3,3%
Agricultores	7	11%
Industriários	2	3,3%
Serv. manutenção	9	14,8%
Autônomo	6	9,8%
Do lar	9	14,8%
Atividade Profissional Atual		
Servidor Público	2	3,3%
Artista	2	3,3%
Setor Administrativo	1	1,6%
Comerciantes	1	1,5%
Agricultores	1	1,6%
Servidor de Manutenção	2	3,3%
Autônomo	2	3,3%
Do lar	9	14,8%
Aposentado	19	31%
Afastado	22	36%

Tabela 3: Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Sócio-Demográficas. Manaus, Fev /Ago 2008 cont.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO	
	n	%
Renda		
< 1 salário mínimo	3	4,9%
1 salário mínimo	12	19,7%
2 salários mínimos	14	23%
3 salários mínimos	10	16,4%
>=4 salários mínimos	22	36%
Lazer		
Atividade Manual	2	3,3%
Atividade Lazer passivo	19	31,1%
Atividade Lazer ativo	20	32,8%
Não tem	20	32,8%

Tabela 3: Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Sócio-Demográficas. Manaus, Fev /Ago 2008 Cont.

Os dados da Tabela 3 informam que dos 61 pacientes, que participaram da amostra deste estudo, 33 (54%) eram do sexo masculino; que quanto ao estado civil 29 (47,5%) estavam com união estável e 7 (11,5%) separados. O número de filhos variou entre 1 a 14 filhos, com média de 5.25 ($\pm 3,29$) e mediana de 5.0 filhos ($p < 0,005$).

A idade variou de 23 a 81 anos, com média de 59,0 ($\pm 11,26$) e mediana de 58,1 anos, com predomínio da faixa etária de 60 a 80 anos (56%).

Quanto à escolaridade, a maioria 34 (56%) cursou ensino fundamental (incompleto/completo), enquanto, apenas um (2%) cursou o ensino superior. Apesar de nove (15%) pessoas da amostra não terem estudo, não foram classificados como analfabetos, pois sabiam escrever o seu próprio nome.

Na variável relacionada ao tipo de religião, 60 (98%) das pessoas eram cristãs, sendo 50 (82%) católicos e 10 (16%) evangélicos.

Quanto à renda familiar, 22 (36%) famílias recebiam valores mensais iguais ou superiores a quatro salários mínimos (R\$1660,00 reais mensais), apenas duas (3%) recebiam menos que um salário e uma família (2%) sem renda.

Na situação frente ao trabalho, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações-CBO (BRASIL, 2002), na amostra foi predominante o número de pessoas

afastadas da atividade profissional por causa da ferida no pé, 22 (36%), seguido de 19 (31,1%) aposentados por idade ou por tempo de serviço.

Concernente ao lazer, foi observado um percentual significativo (32%) de pessoas que gostam de desenvolver atividades de forma ativa (caminhar, jogar futebol), seguido do mesmo percentual que referiram não ter atividade de lazer.

7.1.2 Análise dos Dados Clínicos

A Tabela exibe a distribuição das variáveis relacionadas com as características clínicas da população estudada.

1. TEMPO COM DM (anos)	n		%
< 5 anos	14		22%
5-- 10	15		23%
10-- 20	26		41%
> 20	9		14%
Média	9,89	Mediana	10
Desvio Padrão	0,85	Máximo	30
IC para 95%	(8.18 ; 11.602)	Mínimo	0,019
2. CONTROLE DO DM	n		%
Hipoglicemiante oral/alimentação	38		62,3%
Hipoglicemiante oral	13		21,3%
Hipoglicemiante oral/alimento/insulina	9		14,8%
Hipoglicemiante oral/alimentação/exercício físico	1		1,6%
3. ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)	n		%
IMC menor do que 18.5 kg/m ² - Peso abaixo do Normal	2		3%
IMC 18.5 a 24.4 kg/m ² - Normal	23		38%
IMC 24.5 a 29.9 - Pré-Obesidade	24		39%
IMC 30.0 a 34.9 kg/m ² - Obesidade classe I	8		13%
IMC 35.0 a 39.9 kg/m ² - Obesidade classe II	3		5%
IMC de 40 ou mais kg/m ² - Obesidade classe III	1		2%
Média	26.2	Mediana	25.6
Desvio Padrão	4.6	Máximo	40
IC para 95%	(25.06 ; 27.45)	Mínimo	17.7

Tabela 4: Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Clínicas. Manaus, Fev /Ago 2008

4. COMO INICIOU A FERIDA		n	%
Calçado		9	14,8%
Ferimento por objeto cortante/perfurante		18	29,5%
Fissura plantar/calosidade		12	19,7%
Mordida de animal/formiga/jacuraru/rio		3	4,9%
Obstrução arterial		1	2%
Tropeço		14	23%
Outros (Úlcera por pressão/micose/unha encravada)		4	7%
5. TEMPO COM A FERIDA		n	%
1 ano		37	61%
1-- 10		19	31%
10-- 20		3	5%
>20 anos		2	3%
Média		2,3	Mediana 0,25
Desvio Padrão		0,8	Máximo 35
IC para 95%	(0.69 ; 3.99)	Mínimo	0,008
6. NÚMERO DE FERIDAS		n	%
1		52	85%
2		6	10%
3		3	5%
Média		1,19	Mediana 1
Desvio Padrão		0,06	Máximo 3
IC para 95%	(1.06 ; 1.3274)	Mínimo	1
7. LOCALIZAÇÃO DO PÉ ULCERADO		n	%
Esquerdo		36	59%
Direito		20	32,8%
Ambos		5	8,2%
IC para 95% para % Pés Esquerdo			(57,88 ; 70,69)
8. AMPUTAÇÃO		n	%
Não		42	68,9%
Sim		19	31,1%
IC para 95% para % Sim			(16.50; 46.50)
9. QUANTIDADE DE AMPUTAÇÃO		n	%
1		11	58%
2		6	32%
3		1	5%
6		1	5%
Média		1,684	Mediana 1
Desvio Padrão		1,204	Máximo 6
IC para 95%	(1,1030 ; 2,2647)	Mínimo	0

Tabela 4: Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Clínicas. Manaus, Fev /Ago 2008 *cont.*

Das 61 pessoas estudadas 100% tinham DM2 (TABELA 4). Dessas, 26 (41%) desenvolveram doença entre 10 a 20 anos atrás com média de 9,89 ($\pm 0,85$) e 37

(61%) dispunham como principal forma de controle do DM o uso de hipoglicemiante oral e controle alimentar.

Quanto ao Índice de Massa Corpórea, foi constatado que 24 (39%) dos diabéticos estavam no intervalo de risco para obesidade (pré-obesidade), 24,5-29,9 kg/m², com média de 26,20 (± 4.6).

Concernente ao fator que desencadeou o aparecimento da ferida, 17 (28%) pessoas referiram que a ferida iniciou por ter pisado em objeto cortante (vidro) ou perfurante (prego) e 23% por tropeço (“topada”).

Analisando o tempo de ocorrência da ferida, foi observado variação de 0,008 (dias) a 35 anos, com média de 2,3 anos ($\pm 0,8$) e mediana de 0,25, sendo que a maioria das pessoas, 37 (61%), conviviam com a lesão por menos de 1 ano.

Com relação ao número de feridas, 52 (85%) pessoas apresentaram apenas uma (1) ferida, com média de 1,19 ($\pm 0,06$). O número máximo de feridas relatado foi de três (3) para 3 (5%) pessoas entrevistadas.

Quanto à localização das feridas, 36 (59%) pacientes apresentaram ulceração no pé esquerdo e 5 (8,2) em ambos os pés. Por isso foram totalizados 66 pés com feridas sendo 41 localizadas no pé esquerdo e 25 no direito.

Com respeito à amputação, 42 (69%) pessoas não haviam realizado tal procedimento. Das 19 (31%) pessoas amputadas, o número de intervenções variou de uma a seis, sendo que 11 (58%) sofreram apenas uma amputação.

7.2 Dados Sobre a Análise da Qualidade de Vida da Amostra

7.2.1 Categorização dos Escores Médios da Qualidade de Vida Total

Na Tabela 5 está apresentada a categorização proposta para este estudo, dos escores médios atribuídos pelos pacientes com feridas nos pés, para a QV Total.

Categoria	n	%
0 --6 (Muito Ruim)	0	0%
6 --12 (Ruim)	3	5%
12 --18 (Regular)	14	23%
18 --24 (Boa)	21	34%
24 --30 (Muito Boa)	23	38%

Tabela 5: Distribuição de Freqüências da QV Total Segundo a Categoria. Manaus, Fev/Ago 2008

Os dados da Tabela 5 mostram que 23 (38%) e 21 (34 %) pessoas diabéticas com feridas nos pés estão inseridas dentro das categorias que consideram a QV Total como “muito boa” e “boa”, respectivamente. Catorze (23%) pessoas apresentaram escores médios enquadrados em QV “regular” e somente três (5%) pessoas da amostra apresentaram QV Total “ruim”. Não foram obtidos índices inferiores a seis, categorizados como QV “muito ruim”.

7.2.2 Análise dos Escores Médios do IQV Total, dos Seus Domínios e Itens

Na Tabela 6 estão os resultados obtidos na análise da qualidade de vida obtida no IQVFP-VF Total e nos domínios. Já, a Figura 1 exibe o Boxplot do IQV Total e dos seus respectivos domínios com barra de erros representando o Intervalo de Confiança (IC) de 95% para cada média correspondente.

Variável	n	Média	Desvio padrão	Mediana	IC 95%
IQV Total	61	20,66	±5,29	20,70	(19.31; 22.02)
SF	61	17,07	6,46	17,05	(15.41; 18.75)
SE	61	24,85	6,21	26,40	(23.26 ; 26.44)
PE	61	25,96	6,12	28,29	(24.38 ; 27.52)
Fa	61	23,28	5,39	26,25	(21.90; 24.66)

Tabela 6: Medidas Descritivas dos Domínios e do IQV Total. Manaus, Fev /Ago 2008

Item	Elemento a ser avaliado	Média
1	Saúde	16.86
2	O cuidado com a saúde	21.36
3	Dor na ferida	15.11
4	Dor não relacionada a ferida	17.71
5	O tratamento para a dor	23.10
6	Estar com ferida	6.39
7	Tempo de cicatrização	10.62
8	Drenagem e odor da ferida	16.83
9	A aparência da ferida	17.73
10	Energia (fadiga)	17.25
11	Capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa	18.22
12	Controle sobre a própria vida	20.64
13	Mudanças na vida por causa da ferida	10.31
14	Capacidade de movimentar-se e locomover-se	15.15
15	Possibilidade de viver tanto quanto gostaria	22.19
22	Sono	22.98
23	Preocupações	6.51
27	Lazer, diversão	18.92
28	Possibilidade de futuro feliz	24.53

Tabela 7: Média dos escores de QV dos itens do Domínio Saúde/Funcionamento. Manaus, Fev/Ago 2008

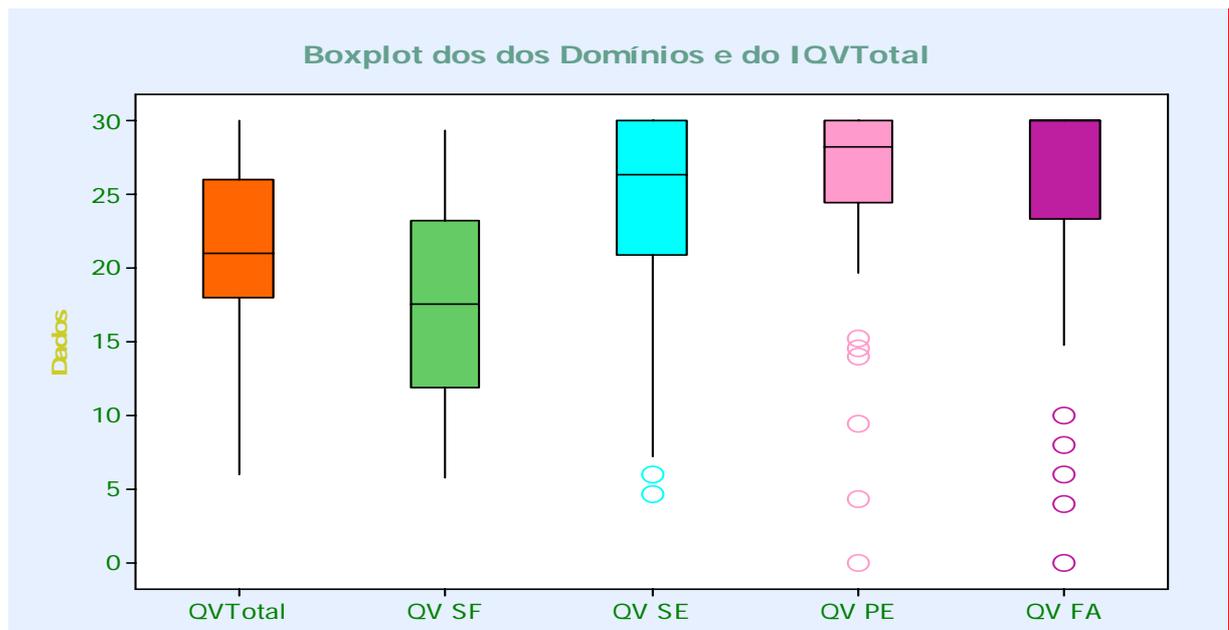


Figura 1: Boxplot dos Domínios e do IQV Total. Manaus, Fev/Ago 2008

A análise da Tabela 6 e Figura 1 mostra que apenas o IQVT e o domínio Saúde / Funcionamento apresentam distribuição simétrica. Além disso, foi identificado 2, 6, e 7 “outliers” para o os Domínios Sócio/Econômico e Psicológico/E e Família, respectivamente. Todos os “outliers” observados são do tipo que reduzem o valor da média dessas variáveis.

Os dados da Tabela 7 permitem constatar que os itens de menores escores no

Domínio Saúde/Funcionamento foram os relacionados ao fato de **estar com a ferida**, à quantidade de **preocupações**, às **mudanças na vida por causa da ferida** e ao **tempo de cicatrização** com médias e 6,9; 6,51; 10,51 e 10,62, respectivamente.

Item	Elemento a ser avaliado	Média
19	Amigos	24.97
21	Suporte emocional de pessoas que não são da família	24.08
24	Vizinhança	25.63
25	Lar	25.28
26	Administrar o dinheiro	23.11

Tabela 8: Média da QV dos itens do Domínio Sócio-econômico. Manaus, Fev/Ago 2008

Os resultados obtidos na Tabela 8 mostram que o item 26 (administrar o dinheiro) foi o que obteve o menor escore médio (23,11) no Domínio Sócio-econômico.

Item	Elemento a ser avaliado	Média
29	Paz de espírito, tranquilidade	26.34
30	Fé em Deus	29.02
31	Objetivos pessoais	24.45
32	Felicidade	25.20
33	Satisfação com a vida	24.71
34	Aparência pessoal	25.06
35	Consigo próprio (self)	25.93

Tabela 9: Média da QV dos itens do Domínio Psicológico/Espiritual. Manaus, Fev/Ago 2008

O exame da Tabela 9 mostra que o item 31 (objetivos pessoais) foi o que obteve menor escore do Domínio PE com média de 24,45, seguido do item 33 (satisfação com a vida) com média de 24,71.

Item	Elemento a ser avaliado	Média
16/17	Filhos / não ter filhos	25.89
18	Felicidade da família	24.69
20	Suporte emocional da família	26.02

Tabela 10: Média dos escores dos itens do Domínio Família. Manaus, Fev/Ago 2008

A análise da Tabela 10 mostra que não houve variabilidade importante no Domínio Fa, sendo o item 18 (felicidade da família) o que obteve menor escore (24,69).

Categoria	n	%
0 --6 (Muito Ruim)	2	3%
6 --12 (Ruim)	13	21%
12 --18 (Regular)	18	30%
18 --24 (Boa)	15	25%
24 --30 (Muito Boa)	13	21%
Total	61	100%

Tabela 11: Categorização dos escores de QV do Domínio Saúde/Funcionamento. Manaus, Fev/Ago 2008.

Os dados exibidos na Tabela 11 mostram que ao analisar a QV segundo o Domínio SF, 33 (54%) pessoas estavam nas categorias “muito ruim”, “ruim” e “regular”, enquanto 28 (46%) nas categorias “boa” e “muito boa”.

7.2.3 Análise de Correlação entre cada Domínio, o IQVFP-VF Total e as Variáveis do Estudo.

7.2.3.1 Variáveis Sócio-demográficas

As correlações entre o IQVFP-VF total, as variáveis sociais, demográficas e clínicas investigadas no estudo, objetivaram avaliar se essas variáveis têm alguma influência na QV dos indivíduos com feridas nos pés. Tais análises são apresentadas nas tabelas 11, 12,13

Variável	Correlação
Idade	-0.02
Renda	0.11*
Sexo	0.11*
Atividade Profissional	0.03

*Estatisticamente significativo, porém, a relação é fraca

Tabela 12: Categorização dos escores de QV do Domínio Saúde/Funcionamento. Manaus, Fev/Ago 2008.

Os resultados apresentados na Tabela 12 revelam que as variáveis **atividade profissional** e **idade** não estão correlacionadas com IQV Total ($r= 0,03$ e $r= -0, 02$, respectivamente) e que a **renda** e o **sexo** têm relação fraca com o IQV Total (ambos com $r=0,11$).

	SEXO	N	Média	Desvio-padrão
Qualidade de Vida Total	Fem	28	21,94	5,48
	Mas	33	20,83	5,85
Domínio Saúde e Funcionamento	Fem	28	18,03	6,89
	Mas	33	16,97	6,61
Domínio Sócio-econômico	Fem	28	25,74	5,19
	Mas	33	23,66	7,15
Domínio Psicológico/espiritual	Fem	28	27,26	4,05
	Mas	33	24,59	7,79
Domínio Família	Fem	28	24,45	8,49
	Mas	33	26,45	5,77

Tabela 13: Comparação das médias dos domínios da qualidade de vida entre homens e mulheres. Manaus, Fev/Ago 2008.

Apesar das pessoas do sexo feminino apresentarem médias de QV nos domínios SE, SF e Família maiores que as do sexo masculino, não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

		N	Média	Desvio-padrão	Intervalo de Confiança de 95%		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
Qualidade de Vida Total	União estável	29	23,04	4,32	21,36	24,72	13,16	29,79
	Separado	7	16,05	5,60	10,87	21,22	5,84	25,01
	Solteiro	11	19,20	6,77	14,65	23,75	9,40	29,80
	Viúvo	14	22,22	5,58	19,00	25,44	12,80	30,38
	Total	60	21,33	5,67	19,87	22,79	5,84	30,38
Domínio Saúde e Funcionamento	União estável	29	19,28	5,58	17,16	21,40	8,47	28,74
	Separado	7	11,23	5,12	6,49	15,96	5,95	20,84
	Solteiro	11	15,48	7,51	10,43	20,53	6,63	28,11
	Viúvo	14	18,35	7,24	14,17	22,53	5,74	29,37
	Total	61	17,46	6,70	15,74	19,17	5,74	29,37
Domínio Sócio-econômico	União estável	29	27,43	3,86	25,97	28,90	15,60	30,00
	Separado	7	19,11	8,12	11,61	26,62	4,60	28,50
	Solteiro	11	20,73	7,85	15,46	26,00	6,00	30,00
	Viúvo	14	24,58	5,48	21,42	27,74	11,10	30,00
	Total	61	24,61	6,36	22,99	26,24	4,60	30,00

Tabela 14: Comparação das médias dos domínios da QV entre tipos de estado civil. Manaus, Fev/Ago 2008

		N	Média	Desvio-padrão	Intervalo de		Mínimo	Máximo
					Confiança de 95%			
					Limite inferior	Limite superior		
Domínio Psicológico/espiritual	União estável	29	26,61	6,56	24,12	29,11	,00	30,00
	Separado	7	23,02	9,05	14,65	31,39	4,29	30,00
	Solteiro	11	23,81	6,98	19,12	28,49	9,43	30,00
	Viúvo	14	27,15	3,58	25,08	29,21	19,71	30,00
	Total	61	25,82	6,44	24,17	27,47	,00	30,00
Domínio Família	União estável	29	27,66	4,60	25,91	29,41	10,00	30,00
	Separado	7	20,00	9,45	11,26	28,74	6,00	30,00
	Solteiro	11	23,59	9,34	17,32	29,86	,00	30,00
	Viúvo	14	25,43	7,25	21,24	29,61	4,00	30,00
	Total	61	25,53	7,15	23,70	27,36	,00	30,00

Tabela 14: Comparação das médias dos domínios da QV entre tipos de estado civil. Manaus, Fev/Ago 2008. *cont.*

A observação inicial da tabela 14 sugere que no, Domínio Família, todos os estados civis tiveram médias superiores a das pessoas separadas ($p=0,045$).

		N	Média	Desvio-padrão	Intervalo de		Mínimo	Máximo
					Confiança de 95%			
					Limite inferior	Limite superior		
Qualidade de Vida Total	Servidor público	10	23,42	5,21	19,70	27,15	15,38	30,38
	Artista	4	23,23	6,92	12,21	34,25	13,16	28,00
	Técnico	8	19,60	5,66	14,87	24,33	11,05	28,05
	Setor administrat.	4	22,10	5,12	13,96	30,25	14,69	25,96
	Comerciantes	2	17,81	16,93	-134,34	169,96	5,84	29,79
	Agricultores	7	18,19	4,46	14,07	22,32	12,80	24,21
	Industriários	2	23,69	8,35	-51,30	98,69	17,79	29,60
	Servidor de manut. do lar	9	20,81	4,57	17,29	24,32	13,63	29,80
	Autônomo do lar	6	23,21	4,84	18,13	28,29	16,26	28,45
	do lar	8	21,31	5,73	16,51	26,10	9,40	27,60
Total	60	21,33	5,67	19,87	22,79	5,84	30,38	
Domínio Saúde e Funcionamento	Servidor público	10	19,59	7,19	14,45	24,73	7,42	29,37
	Artista	4	19,82	7,07	8,56	31,07	9,79	24,95
	Técnico	8	15,79	6,63	10,25	21,34	8,21	26,84
	Setor administrat.	4	19,03	3,62	13,27	24,79	13,97	22,26
	Comerciantes	2	17,18	15,89	-125,59	159,96	5,95	28,42
	Agricultores	7	13,14	5,31	8,23	18,05	5,74	19,34
	Industriários	2	19,79	12,21	-89,89	129,46	11,16	28,42
	Servidor de manut. do lar	9	15,29	5,76	10,86	19,72	9,03	28,11
	Autônomo do lar	6	18,84	7,30	11,18	26,49	7,26	27,47
	do lar	9	18,97	6,29	14,14	23,80	6,63	25,89
Total	61	17,46	6,70	15,74	19,17	5,74	29,37	

Tabela 15: Comparação das médias dos domínios da QV segundo a atividade Profissional. Manaus, Fev/Ago 2008.

	N	Média	Desvio-padrão	Intervalo de Confiança de 95%		Mínimo	Máximo	
				Limite inferior	Limite superior			
Qualidade de Vida Total	< 1 salário	3	16,30	6,97	-1,03	33,62	11,05	24,21
	1 salário	11	19,43	5,82	15,52	23,34	9,40	27,56
	2 salários	14	23,13	5,00	20,24	26,01	17,75	30,38
	3 salários	10	22,66	4,73	19,27	26,04	13,16	28,05
	≥ 4 salários	22	21,21	5,99	18,56	23,87	5,84	29,79
	Total	60	21,33	5,67	19,87	22,79	5,84	30,38
Domínio Saúde e Funcionamento	< 1 salário	3	13,35	5,36	,05	26,66	9,03	19,34
	1 salário	12	16,71	6,73	12,43	20,98	5,74	25,89
	2 salários	14	19,25	7,14	15,13	23,37	11,16	29,37
	3 salários	10	18,66	5,41	14,79	22,53	9,79	26,84
	≥ 4 salários	22	16,74	7,19	13,55	19,93	5,95	28,42
	Total	61	17,46	6,70	15,74	19,17	5,74	29,37
Domínio Sócio-econômico	< 1 salário	3	18,70	12,06	-11,26	48,66	6,00	30,00
	1 salário	12	21,40	7,43	16,68	26,12	7,20	30,00
	2 salários	14	26,05	4,19	23,63	28,47	19,30	30,00
	3 salários	10	26,97	4,40	23,82	30,12	18,00	30,00
	≥ 4 salários	22	25,19	6,19	22,44	27,94	4,60	30,00
	Total	61	24,61	6,36	22,99	26,24	4,60	30,00
Domínio Psicológico/espiritual	< 1 salário	3	18,21	10,61	-8,14	44,57	9,43	30,00
	1 salário	12	25,14	4,73	22,14	28,15	19,71	30,00
	2 salários	14	27,61	4,32	25,11	30,10	14,00	30,00
	3 salários	10	25,51	9,23	18,91	32,11	,00	30,00
	≥ 4 salários	22	26,22	6,10	23,51	28,93	4,29	30,00
	Total	61	25,82	6,44	24,17	27,47	,00	30,00
Domínio Família	< 1 salário	3	21,61	7,71	2,46	40,77	14,83	30,00
	1 salário	12	22,50	10,48	15,84	29,16	,00	30,00
	2 salários	14	27,05	3,42	25,07	29,02	20,00	30,00
	3 salários	10	27,80	3,33	25,42	30,18	22,00	30,00
	≥ 4 salários	22	25,73	7,72	22,31	29,15	6,00	30,00
	Total	61	25,53	7,15	23,70	27,36	,00	30,00

Tabela 16: Comparação das médias da QV entre pacientes com diferentes faixas salariais. Manaus, Fev/Ago 2008

O exame da tabela 16 mostra que há diferenças entre os grupos de diferentes faixas salariais, principalmente para os indivíduos com renda menor que um salário mínimo, porém, essa diferença não foi significativa ($p > 0,05$).

7.2.3.2 Variáveis Clínicas

As correlações entre cada domínio, o IQVFP-VF total e as variáveis clínicas

investigadas no estudo, objetivaram avaliar se essas variáveis têm alguma influência na QV dos indivíduos com feridas nos pés. Tais análises são apresentadas nas tabelas 17 e 18.

Variável	Correlação
Tempo com a ferida (meses)	0.11*
Número de feridas	-0.02
Tempo com DM (anos)	-0.04
Ter amputação	-0.40*

Tabela 17: Correlação entre as Variáveis Clínicas e o IQV Total Manaus, Fev/Ago 2008

*Estatisticamente significativo

A análise da Tabela 17 mostra que as variáveis **número de feridas** e **tempo com DM** não estão correlacionada com IQVFP-VF Total ($r=-0,02$ e $-0,04$ respectivamente). O **tempo com a ferida** apresentou correlação positiva fraca ($r=0,11$) enquanto o fato de **ter amputação** ($r=-0,40$) a correlação apresentada foi forte com o IQVFP-VF Total e os valores foram estatisticamente significativos.

Tempo com a Ferida (em meses)	Qualidade de Vida	
	Ruim/Regular	Boa/Muito boa
0-- 50	12 23%	41 77%
50-- 100	2 40%	3 60%
>100	0 0%	3 100%
Total	14	47

Tabela 18: Correlação entre o tempo com a ferida e o IQV total. Manaus Manaus, Fev/Ago 2008

O exame da Tabela 18 mostra que, de acordo com teste de estendido de Fisher obtido com os pacotes estatístico R com o $p = 0.6354$, não há evidências de que o tempo com a ferida seja variável influenciável na qualidade de vida, ou seja, não há diferença significativa entre a qualidade de vida de pessoas com mais ou menos tempo de ferida.

	Tem amputação?	N	Média	Desvio-padrão
Qualidade de Vida Total	Sim	19	18,14	6,37
	Não	41	22,81	4,69
Domínio Saúde e Funcionamento	Sim	19	14,19	6,87
	Não	42	18,93	6,16
Domínio Sócio-econômico	Sim	19	20,01	8,26
	Não	42	26,70	3,87
Domínio Psicológico/espiritual	Sim	19	22,73	7,42
	Não	42	27,21	5,49
Domínio Família	Sim	19	24,29	8,47

Tabela 19: Comparação das médias dos domínios da QV entre amputados e não Amputados. Manaus, Fev/Ago 2008.

Os dados da Tabela 19 mostram que os pacientes sem amputação tiveram melhor QV em todos os domínios, exceto no domínio Família, quando comparados com aqueles que já sofreram alguma amputação ($p < 0,05$).

Item	Elemento a ser avaliado	Média
1	Saúde	14,03
2	O cuidado com a saúde	18,05
3	Dor na ferida	13,50
4	Dor não relacionada à ferida	16,74
5	O tratamento para a dor	19,58
6	Estar com ferida	4,74
7	Tempo de cicatrização	7,26
8	Drenagem e odor da ferida	14,24
9	Aparência da ferida	13,74
10	Energia (fadiga)	13,26
11	Capacidade para se cuidar sem a ajuda de outra pessoa	13,03
12	Controle sobre a própria vida	14,53
13	Mudanças na vida por causa da ferida	5,63
14	Capacidade de movimentar-se e locomover-se	11,37
15	Possibilidade de viver tanto quanto gostaria	18,58
22	Sono	18,00
23	Preocupações	14,53
27	Lazer, diversão.	15,79
28	Possibilidade de futuro feliz	22,11

Tabela 20: Média dos escores de QV dos itens do domínio SF das pessoas amputadas.

A análise da Tabela 20 mostra que a maioria dos itens do Domínio Saúde Funcionamento está afetada, sendo os principais relacionados: ao fato de **estar com a ferida** (4,74), às **mudanças na vida por causa da ferida** (5,63) e o **tempo de cicatrização** (7,26).

8 DISCUSSÃO

É importante considerar os esforços da comunidade científica em estudar indicadores humanísticos na área da saúde, em especial para pacientes diabéticos, uma vez que essa doença ainda não tem cura e suas complicações modificam a vida e as relações sociais e familiares do indivíduo acometido.

Ferida nos pés de uma pessoa diabética é uma séria complicação do DM e está associada à seqüelas e alto custo de tratamento. Além disso, a ferida confere o impacto negativo na QV à medida que altera o cotidiano da pessoa que perde, pouco a pouco, sua mobilidade e, com isso, a capacidade de caminhar, trabalhar, realizar atividade de lazer dentre outras.

O termo QV vem sendo usado amplamente na área da saúde, nas últimas décadas. A literatura internacional mostra vários estudos sobre a QV de pessoas com DM, justificada pelo aumento expressivo de diabéticos e pela expectativa de que, tal fato, seja incrementado devido às mudanças no perfil epidemiológico da população em geral. Entretanto, no Brasil, pesquisar a QV de uma população de diabéticos com feridas nos pés, é algo novo. Esse interesse foi despertado por Yamada (2007) ao construir e validar o IQVFP para a versão Ferida. Hyland (2003) considera que para escolher um instrumento para avaliação da qualidade de vida é necessário: a) determinar o tipo de estudo: se é longitudinal ou transversal; b) delinear a aplicabilidade do instrumento: se é para fins de pesquisa ou para aplicação clínica; c) atender às especificidades da população ou clientela estudada. Na pesquisa de populações está indicado o tipo de estudo transversal com uso de instrumentos longos, abrangentes, enquanto, para a prática clínica é mais apropriado o uso de instrumentos curtos de forma longitudinal.

A escolha deste instrumento, em detrimento dos demais, se deu ao fato de que

esse instrumento foi construído e validado para a Língua Portuguesa, especificamente para pessoas com feridas e principalmente por ser abrangente, e por identificar todas as dimensões importantes da Qualidade de Vida na ótica do próprio paciente.

Por se tratar de um estudo pioneiro na aplicação desse instrumento para essa população diabética, antes de iniciar o tratamento estatístico sobre as análises da QV propriamente dito, foi observada a necessidade de testar a confiabilidade do instrumento para essa população. O alfa de Chronbach mostrou confiabilidade em todos os itens da escala bem como em seus domínios.

Do ponto de vista sócio-demográfico (Tabela 2), houve predominância do sexo masculino, dado que vai ao encontro do descrito por Nabuurs-Franssen et al. (2005) que encontrou a ocorrência de 72% de homens nessa população.

Neste estudo, ao correlacionar os sexos com a QV Total e seus Domínios foi observado que as mulheres tiveram escores mais elevados do que os homens em todos os domínios, exceto o Fa. Esse achado confirma os resultados da pesquisa realizada por Akca e Cinar (2008), porém, contrastam com o encontrado por Lopes et al., (2007) que, ao estudarem um grupo de pessoas com doença crônica, constataram que as mulheres apresentaram menores escores em todas as subescalas de QV, independente da idade e da presença de comorbidades.

Esses autores supracitados consideram que as mulheres são aparentemente mais facilmente afetadas psicologicamente pelos estressores ambientais e que além de terem que lidar com as conseqüências da doença elas precisam manter suas funções tradicionais, ou seja, a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos, ficando exposta a maior carga de “stress” físico e mental (LOPES et al., 2007). A contradição do presente estudo com os achados por Lopes e colaboradores (2007) pode ser devido a melhor adaptabilidade das mulheres às condições adversas.

Com relação à idade, a variação foi de 23 a 81 anos, com predomínio da faixa etária entre 60 a 80 anos (56%). Esse dado é similar aos resultados relatados por Valensi et al.(2005), Nabuurs-Franssen et al. (2005) e Akca e Cinar (2008) que, ao estudarem a QV em Diabéticos com ferida no pé, obtiveram em suas amostras predominância da população idosa.

Nunes et al. (2006), em estudo prospectivo sobre a predisposição de amputação em pacientes diabéticos com ferida no pé, observaram que ter idade acima de 60 anos era fator de risco para amputação.

Ao comparar as diferentes faixas etárias e QV não foi constatado significância estatística (Tabela 12), devido a concentração de pessoas na mesma faixa etária (idosos).

Nesse sentido podemos observar que uma melhora significativa nos modelos de atenção à saúde das populações veio acompanhada da conquista do aumento da longevidade, trazendo a este século o fenômeno do envelhecimento mundial. Juntamente com este fenômeno, novos desafios à saúde pública contemporânea (LIMA-COSTA e VERAS, 2003) fizeram com que o termo QV seja explorado nas últimas décadas.

Apesar de ser um fenômeno mundial a transição demográfica, no Brasil, ocorre em velocidade e dinâmica diferentes daquela vista em outros países industrializados. De acordo com Oliveira et al. (2004), o processo de transição demográfica ocorreu gradativamente nos países desenvolvidos dando-lhes tempo para desenvolver condições necessárias para assistir a população. Nesses países, o processo está associado tanto com a evolução médico-sanitária como com a melhoria das condições de educação, saneamento básico, infra-estrutura, condições sócio-econômicas e outros fatores (VERAS, 2003; OLIVEIRA et al., 2004). O fato desse estudo ter predominância da população idosa reforça a importância da comunidade

científica investigar, diagnosticar e intervir nos itens que interferem na qualidade de vida, uma vez que a expectativa de vida da população brasileira tem aumentado.

A situação conjugal esteve representada principalmente por pessoas com união estável (casados, amasiados). Ao analisar a QV Total dessas pessoas foi observado que elas obtiveram melhores escores em todos os Domínios, com exceção dos viúvos que tiveram média superior no Domínio PE. Resultados similares foram encontrados nos trabalhos realizados com outras populações por Jóia et al. (2007a) e Awadalla et al. (2006), sugerindo que pessoas com união estável tendem a ter melhor Qualidade de Vida do que os demais.

Quanto à religião, a maioria das pessoas era cristã. Para obtenção dessa variável foi feita questão aberta, dando ao entrevistado a liberdade de resposta. É possível que a predominância do cristianismo justifique a média alta do escore relacionado à fé em Deus (29,09). Guimarães e Avezum (2007) relataram que vários estudos vêm demonstrando que a prática religiosa motiva as pessoas a hábitos de vida saudável, suportes social, menores taxas de “stress” e depressão além de incentivá-las às práticas como perdão, altruísmo, prece, esperança e voluntarismo, ações essas que melhoram a saúde física do indivíduo e dão impacto positivo à Qualidade de vida (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Nos estudos realizados por Santos et al. (2002) foi verificado que a prática de uma religião permite que a pessoa estabeleça um elo entre as limitações e o aproveitamento de suas potencialidades.

Quanto à renda familiar, a maioria das famílias recebia valores mensais iguais ou superiores a quatro salários mínimos (R\$1660,00 reais mensais), o que corrobora ao fato dessa população estar predominantemente na categoria de Qualidade de Vida “boa” uma vez que foi demonstrado que a renda influencia positivamente nos escores de QV Total (FURIA; CARVALHO, 2006). Apesar dos testes estatísticos

demonstrarem pouca significância ($p > 0,05$) foi observado que as pessoas com renda inferior a um salário mínimo obtiveram os escores mais baixos em todos os Domínios quando comparados com as de maior renda familiar. Desses o mais comprometido foi o Domínio SF (média=13,35), inserindo essas pessoas na categoria de QV “regular”.

Nesse aspecto, um estudo multicêntrico em uma população com câncer, realizado por Fúria e Carvalho (2006) encontrou significância ($p < 0,001$) e relação forte entre renda familiar e QV. Os autores constataram que quanto maior a renda familiar maior era o escore de QV e isso tinha repercussões positivas nas relações sociais dessas pessoas.

Quanto à escolaridade, a maioria cursou ensino fundamental incompleto. Apesar de nove pessoas não ter estudo, não foram classificados como analfabetos, pois, sabiam escrever o seu próprio nome. O baixo nível de escolaridade e a falta de instrução são problemas associados à ocorrência da ferida no pé do diabético, além disso, as pessoas com essa complicação têm impacto negativo na qualidade de vida (VALENSI et al., 2005, RIBU et al., 2007, AKCA; CINAR, 2008).

Para a situação frente ao trabalho foi utilizado a Classificação Brasileira de Ocupações- CBO (BRASIL, 2002), que é o documento do Ministério do Trabalho e Emprego que nomeia, codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Na população de estudo, foi predominante o número de pessoas afastadas da atividade profissional por causa da ferida no pé, seguidos de aposentados por idade ou por tempo de serviço. A principal atividade profissional exercida anteriormente à ferida foi a de comerciantes e industriários.

Na relação entre a atividade profissional que exerceu a maior parte da vida e a atividade profissional atual foi observado número expressivo (36%) de pessoas, em idade produtiva, afastadas do trabalho para tratamento da ferida no pé. Nesse sentido

Brod (1998) ao avaliar o impacto da ferida nos membros inferiores de pacientes diabéticos, observou que 50% da amostra (n=14) perderam o trabalho por causa da ferida e aqueles que estavam trabalhando referiram diminuição da produtividade, perda de horas de trabalho para tratamento da ferida e perda de oportunidade de crescimento na carreira.

Concernente ao lazer foi observado um percentual significativo (32%) de pessoas que gostam de desenvolver atividades de forma ativa (caminhar, jogar futebol), porém, apesar de afirmarem “esse é o meu lazer” não estavam praticando pela restrição dada pela ferida. Isso reforça, nessas pessoas, o sentimento de privação e aumenta o isolamento social. Essas pessoas precisam reencontrar o significado de lazer, buscando satisfação em outras atividades, de forma a reorganizar suas funções psicológicas, emocionais e restaurar as interações sociais (BAHARESTANI, 2008).

Quanto aos dados clínicos, todas as pessoas apresentaram DM2. Esse resultado vai ao encontro do estudo realizado por Samann et al. (2008) na Alemanha, que ao estudar 4.778 (100%) pacientes com DM, encontrou 4.412 (92,3%) com DM2.

A maior parte das pessoas desenvolveu a doença entre 10 a 20 anos atrás e disponibilizavam como principal forma de controle do DM o uso de hipoglicemiante oral e controle alimentar.

Concernente ao tempo com DM, o coeficiente de correlação de Pearson foi igual a 0.0061, demonstrando não ser significativo, sinalizando que o **tempo com a doença** não está correlacionada com o escore da QVT Total, portanto, não podemos afirmar que pessoas com maior tempo com DM têm os piores escores de QV.

Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), foi constatado um número expressivo de pessoas na faixa de risco para obesidade (pré-obesidade). Esse foi um problema comum encontrado por Ribu et al. (2007) nas três populações estudadas, em

que os pacientes com DM e ferida no pé tiveram $IMC=28 \text{ kg/m}^2$, os diabéticos(sem ferida no pé) $IMC= 27 \text{ kg/m}^2$ enquanto a população em geral (sem diabetes e sem ferida) apresentou $IMC=25 \text{ kg/m}^2$. Isso sugere que o risco para a obesidade não somente tem relação forte com o DM, mas também, pode ser um problema da população em geral que aumenta o risco para o desenvolvimento do DM2.

O principal fator desencadeante da ferida foi o acidente com objeto cortante (vidro) e perfurante (prego), seguido pelo “tropeço”. Dados referentes ao início da ferida foram relatados por Schaper et al. (2007), na Inglaterra, os quais afirmam que a ferida no pé do diabético é desencadeada tendo como base a polineuropatia, as alterações biodinâmicas do pé, sendo o uso inadequado de calçados a principal causa dessas lesões, naquele país. Na Alemanha, Sammann et al. (2008) encontraram na população diabética a prevalência de 2,9% de pessoas com ferida no pé, no setor primário de saúde e os fatores de risco detectados para o desenvolvimento da ferida foram: hiperqueratose e a calosidade, ambos, associado às altas taxas de glicemia.

O fato de o Brasil ter clima tropical, em especial o Amazonas apresentar alta temperatura e umidade o ano todo, faz com que as pessoas usem calçados abertos, ou ainda, andem descalças em casa e no quintal. Sob o ponto de vista do atrito exercido nos pés pelo calçado fechado, é um grande benefício o uso de sandálias e chinelos. Porém, se faz necessário avaliar o risco do uso de calçados abertos e com tiras entre os dedos uma vez que esses calçados expõem os pés a objetos como vidros, pregos e a tropeços.

A neuropatia periférica diabética é considerada por muitos profissionais da assistência à saúde como sendo uma “complicação esquecida” do diabete, pois é raramente diagnosticada, até que o paciente se queixe de dor ou apresente uma ferida no pé (TANEMBERG et al., 2001, KRASNER; SIBBALD, 2001). Esse fato é um

alerta para as equipes de saúde quanto à necessidade de realizarem os testes para a detecção de sensibilidade protetora em todos os pacientes diabéticos, nas consultas de rotina, e, associadas a essas medidas, desenvolver estratégias de ensino que alerte tais pacientes sobre os riscos de desenvolver feridas nos pés.

A alta ocorrência de “tropeço” sugere que essas pessoas possuem alterações biodinâmicas dos pés, alterações posturais e limitações das amplitudes de movimento das extremidades, características essas peculiares à neuropatia periférica (JORGE-FILHO, 2006).

Analisando o tempo de ocorrência da ferida, não houve evidências de que essa variável seja influenciável na Qualidade de Vida. Porém, em uma avaliação prospectiva da QV de diabéticos com ferida no pé, Nabuurs-Franssen et al. (2005) estudaram população com DM por mais de 17 anos e constataram que, à medida que a ferida cicatrizava, todos os escores da subescala do IQV aumentavam, indicando melhora significativa da QV, enquanto, o inverso acontecia naqueles pacientes em que não observaram mudança, ou ainda, piora na evolução da ferida.

Neste trabalho, o **tempo com a doença** não foi correlacionado com o escore da QVT Total, portanto, não podemos afirmar que pessoas com maior tempo com DM têm os piores escores de QV.

Com relação ao número de feridas, a maioria das pessoas apresentou apenas uma (1) ferida, sendo o número máximo de feridas de três (3). Os testes estatísticos não demonstraram significância na correlação entre o número de feridas e o IQV.

Quanto à localização das feridas, houve predominância (36) de pacientes que estavam com ferida no pé esquerdo e 5, em ambos os pés. Dessa forma, foram obtidos um total de 66 pés com feridas (41 no esquerdo e 25 no direito).

Com respeito à amputação, foi confirmada a hipótese de que pessoas amputadas

têm pior Qualidade de Vida do que as não amputadas. Os pacientes sem amputação tiveram melhor escore em todos os domínios, exceto no Domínio Família, quando comparados com aqueles que já sofreram alguma amputação ($p < 0,05$). Resultados similares descritos por Tennvall e Apelqvist (2000) e Reiber (2002) demonstram que a QV de diabéticos com amputação é reduzida, comparada com pacientes diabéticos não amputados. Os mesmos autores afirmaram que a porcentagem de amputações de membros inferiores realizadas em pacientes diabéticos é maior do que na população sem DM. Porém, Willrich et al. (2005) compararam a QV de pessoas diabéticas com ferida no pé com pessoas amputadas e constataram similaridade nos escores desses dois grupos. Ambos os grupos apresentaram má qualidade de vida.

Ao analisar o Domínio SF dos pacientes com ferida no pé e com algum tipo de amputação foi constatado que os itens que mais comprometem essas pessoas estão relacionados ao fato de **estar com a ferida**, às **mudanças na vida por causa da ferida** e ao **tempo de cicatrização**. Tais itens obtiveram médias muito baixas (4,74, 5,63 e 7,26, respectivamente), mostrando o forte impacto negativo que têm sobre a Qualidade de Vida dessas pessoas.

As conseqüências negativas da ferida no pé de uma pessoa que já sofreu amputação não estão relacionadas apenas à mobilidade física. A ferida causa sério impacto psicológico relacionado à auto-imagem, ao sentimento de desesperança e, muitas vezes, esse sentimento de mutilação leva a pessoa a desistir de viver (ALPEQVIST; LARSSON, 2000).

A reabilitação após amputação deve ser considerada como mais uma etapa do tratamento, pois permite o retorno da pessoa às atividades laborais trazendo, com isso, o controle sobre a própria vida e melhora significativa na Qualidade de Vida (CHINNI; BOEMER, 2007).

No que tange a análise geral da QV Total e seus Domínios, a maioria das pessoas ficou inserida dentro da categoria que considera a QV Total como “muito boa” e “boa”. Souza et al. (1997), ao aplicar um questionário genérico com o objetivo de avaliar a QV de pessoas com DM, verificaram que 66,6% dos diabéticos estavam satisfeitos com a vida, mesmo tendo complicações de saúde relacionados ao DM, e que o grau de satisfação estava relacionado ao seu bem estar físico, estabilidade socioeconômica, bem-estar emocional e espiritual. Isso pode refletir certo grau de adaptabilidade das pessoas à sua condição física.

O domínio Saúde/Funcionamento obteve menor média de escore (17,07) para determinação da Qualidade de Vida Total. Pietro-Flores et al. (2008) ao relacionar os fatores de saúde de uma população, constataram que o número de problemas de saúde e a percepção da gravidade da doença influenciavam de forma negativa o bem estar emocional e a qualidade de vida dessas pessoas.

Em revisão de literatura sobre QV de diabéticos com feridas nos pés, feita por Goodridge et al. (2005), ficou constatado que essas pessoas estão prejudicadas principalmente nos aspectos físicos, no estado psicológico e nas relações sociais. Além da qualidade de vida ruim essas pessoas têm forte tendência à depressão (Vileikyte, 2001).

Neste trabalho, ao examinar a QV desta população sob o aspecto funcional (sob o ponto de vista do Domínio Saúde/funcionamento) foi observado que a maioria dos pacientes, nessa área, está com a Qualidade de vida “regular”, sendo os itens relacionados ao fato de **estar com a ferida**, às **preocupações**, às **mudanças na vida por causa da ferida** e o **tempo de cicatrização** os que mais interferiram para obtenção do escore baixo para esse Domínio. Nesse sentido, Santos et al. (2002) ao indagar uma determinada população de idosos sobre sua maior preocupação,

obtiveram como resposta predominante do grupo o estado de saúde (25%).

A limitação física, a saúde e o bem-estar foram as áreas da vida mais comprometidas nos pacientes diabéticos com ferida no pé e as que mais contribuíram para impacto negativo na QV dessas pessoas (MEIJER et al., 2001; GOODRIGE et al., 2006; RIBU et al., 2007).

Meijer et al.(2001) e Willrich et al. (2005), em estudos separados, fizeram correlação entre as complicações do DM e a Depressão Clínica e encontraram evidências de que a ferida no pé do diabético é fator predisponente para essa doença.

Ao estudar a QV de diabéticos com feridas nos pés, buscando nessa pesquisa as principais queixas físicas, Lange et al. (2003) constataram que as dificuldades com a locomoção e o tempo de internação prolongado para tratamento da ferida foram os principais fatores que contribuíram para o impacto negativo da qualidade de vida dessa população.

É importante ressaltar que, apesar de não ter tido a menor média dentro do Domínio SF, a dor pode ser considerada um componente que afeta a população deste estudo, uma vez que obteve média de 15,11. Ao estudar uma população de 127 pessoas diabéticas com ferida no pé, Ribu et al. (2006) constatou que a dor é um problema clínico importante uma vez que 75% dessas pessoas relataram sentir dor na maior parte do tempo. Dessas 75%, 57% relataram sentir dor ao caminhar e durante a noite e apenas 25% relataram não sentir dor na ferida (RIBU et al., 2006).

Com o intuito de saber o real impacto da ferida nos membros inferiores de ingleses e alemães sobre a Qualidade de vida, Herber et al. (2007) realizaram revisão de literatura, no período de 1990 a 2006, e constataram a necessidade de estabelecer “*guidelines*”, ou ainda, sistematização da assistência prestada a essas pessoas, otimizando a cicatrização da ferida, com conseqüente melhora da QV, uma vez que esse foi o principal problema de impacto negativo sobre a QV diagnosticado nessa população.

O Domínio **Fa** obteve média de 23,28, sendo o escore mais baixo o relacionado com a felicidade da família. Os resultados da pesquisa realizada por Silva (2003), Jóia (2007), Robazzi et al. (2008) reforçam a idéia de que o apoio social, quer por parte de familiares, quer de amigos, desempenham papel importante no controle glicêmico e na Qualidade de Vida de indivíduos com DM. Os autores afirmam que os profissionais da área da saúde necessitam valorizar este aspecto no contexto de cuidados de saúde.

Nesse sentido a revisão de literatura de estudos qualitativos, realizada por Goodridge et al. (2005), confirmaram a observação clínica de que diabéticos com ferida no pé tinham déficit no domínio social e psicológico, incluindo redução das atividades sociais, aumento da tensão familiar, sentimento de castração e dificuldade financeira.

O Domínio com melhor escore foi o PE (média = 25,96) sendo o item **Fé em Deus** o que obteve melhor média de todos os itens do instrumento. A Qualidade de Vida está relacionada à auto-estima, ao bem-estar pessoal e isso tem relação com os valores pessoais, culturais, éticos e religiosos (VECCHIA, 2005). Como já mencionado, a prática religiosa motiva as pessoas a hábitos de vida saudável (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Além disso, permite que a pessoa estabeleça um elo entre as limitações e o aproveitamento de suas potencialidades (SANTOS et al., 2002).

Os itens do Domínio PE com menor média foram os relacionados aos **objetivos pessoais** e à **aparência pessoal**. Sobre isso, Yamada (2001) afirma que a pele, por ser um órgão externo, ao ser lesada, expõe os indivíduos ao meio, diferentemente do que acontece com as doenças que acometem os órgãos internos. As feridas crônicas, além de ocasionar limitações físicas e sociais, podem gerar alterações na imagem corporal e na auto-estima (YAMADA, 2001). Essas alterações, por sua vez, podem contribuir para o comprometimento da Qualidade de Vida dessas pessoas.

9 CONCLUSÕES

As conclusões deste estudo acerca da qualidade de vida das 61 pessoas diabéticas com ferida(s) no(s) pé(s) são apresentadas de acordo com os objetivos propostos.

1. Quanto à descrição do perfil sócio-demográfico e clínico da amostra houve:

- Predomínio de pessoas do sexo masculino;
- Idade média de 59,65 anos e mediana de 58 anos. A faixa etária predominante foi de 60-80 anos;
- Predomínio de pessoas com união estável (casados ou amasiados);
- Mediana para número de filhos de 5 por pessoa;
- Baixo nível educacional, já que 34 pessoas possuíam somente ensino fundamental (incompleto);
- Predomínio de pessoas cristãs católicas;
- Predomínio de pessoas com renda familiar igual ou superior a quatro salários mínimos;
- Afastamento do trabalho para tratamento da ferida;
- Predomínio de pessoas com lazer ativo- jogar futebol e caminhar e de vinte pessoas que não tinham atividade de lazer;
- Predomínio de pessoas com DM2;
- Principal forma de controle do DM com hipoglicemiante oral;
- Índice de Massa Corpórea entre 24,5 – 29,9 kg/m² para 24 pessoas indicando predomínio de pré-obesidade;
- Predomínio de pessoas que tiveram como fator predisponente á ferida

ferimento por objeto cortante/perfurante (vidro/prego), seguido de tropeço;

- Tempo com a ferida menor que um ano sendo que 52 pessoas tinham apenas uma ferida;
- Localização da ferida predominante no pé esquerdo e
- Predomínio de pessoas sem amputação sendo que 11 das amputadas sofreram apenas uma amputação.

2. Quanto à análise dos escores de Qualidade de Vida total e das subescalas da amostra:

- Das 61 pessoas com ferida(s) no(s) pé(s), 23 e 21 pessoas apresentaram QV considerada como “muito boa” e “boa”, respectivamente.
- Foi obtido como escores médios de qualidade de vida, 20,66 para IQV Total; 17,07 para o Domínio SF; 24,85 para o Domínio SE; 25,96 para o Domínio PE e 23,28 para o Domínio Fa;
- O Domínio SF obteve a menor média (17,07) demonstrando que essa população tem déficits nos itens desse Domínio com impacto negativo sobre a QV Total.
- O fato de **estar com a ferida**, as **preocupações**, as **mudanças na vida diária por causa da ferida** e o **tempo de cicatrização** foram os itens que mais influenciaram de forma negativa sobre o escore médio do domínio SF;
- A relação com os **amigos** obteve a melhor média do Domínio SE e a **maneira como administra o dinheiro** a menor desse Domínio.
- No Domínio PE, a menor média (24,45) foi atribuída à **satisfação com a vida** e a maior (29,02) relacionada com a **fé em Deus**.

- O Domínio Fa obteve o item **suporte emocional da família** como o mais influente para esse Domínio;

3. Quanto à correlação dos escores de Qualidade de Vida segundo as características sócio-demográficas (sexo, idade, atividade profissional) e clínicas (tempo de DM, tempo com a ferida, número de feridas), não foram constatadas correlações estatisticamente significantes.

4. As hipóteses de que a **renda familiar** baixa, a situação conjugal **separada** e a **presença de amputação** tinham impacto negativo sobre a Qualidade de Vida foram confirmadas.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde-Amazonas, possui em seu banco de dados o cadastro de 2.151 pacientes com diagnóstico de DM1 e 4.429 com DM2. Somando obtemos o total de 6.580 pacientes com DM, na cidade de Manaus, até maio de 2008 (<http://tabnet.datasus.gov.br>) acesso em 24/06/08. Considerando que 15% dos indivíduos com DM desenvolvem úlcera no(s) pé(s) durante a vida (NEGRATO, 2006), foi obtida a estimativa, para Manaus, de 987 pessoas com essa complicação.

A opção pela amostra de conveniência (seis meses de coleta de dados) se deu em função da deficiência de informações relacionadas ao pé diabético no prontuário médico, especificamente ao Código de Internacional da Doença (CID) correto e à subnotificação dessa nosologia pelo Serviço de Arquivo médico (SAME) dos hospitais alvo do estudo.

Na cidade de Manaus, os serviços de referência para tratamento ambulatorial do pé diabético são o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e o Hospital Fundação Adriano Jorge (HFAJ) que possuem, em média, a demanda mensal de 50 e 77 pacientes, respectivamente (Serviço de Arquivo Médico do HUGV e HFHAJ). Havendo necessidade de internação ou intervenção cirúrgica, tanto para desbridamento como para amputação, esses pacientes são encaminhados para o HPSJLPM e/ou Hospital 28 de Agosto.

Inicialmente houve a tentativa de buscar dos dados clínicos gerais e específicos da ferida no prontuário, tais como: etiologia da ferida do pé (neuropático, vascular ou misto), existência de escala de classificação para avaliação da ferida

(ex.: classificação de Wagner) e, havendo classificação, qual o grau da ferida. Porém, nenhum dos dados supracitados foram encontrados no prontuário dos pacientes, impossibilitando, assim, a coleta desses dados.

Outro fator limitante importante para o acompanhamento dessas pessoas foi a ausência de serviço especializado no tratamento de feridas, na cidade de Manaus. Nesse sentido vários esforços têm sido feito para a capacitação de enfermeiros e, como fruto desses esforços, a implantação de serviços que, quiçá, serão referência para o atendimento especializado de pessoas diabéticas. Em Outubro de 2008, iniciou o I Curso de Especialização *Lato Sensu* em Estomaterapia (Estomias, Feridas e Incontinências) da Região Norte, em Manaus. Esse Curso visa formar enfermeiros com o propósito de suprir a necessidade que várias instituições têm no atendimento desses pacientes pessoas.

Como já descrito anteriormente, os pacientes com DM no Brasil recebem assistência precária pelo SUS, muitos deles não recebem informações adequadas sobre o autocuidado e poucos têm seus pés examinados durante a consulta (CALSOLARI, 2002; BRASIL, 2004) havendo elevadas taxas de internações decorrentes das complicações com os pés, amputações e mortes por esse agravo em vários lugares do país (PITTA, 2005; MILLMAN, 2005).

No decorrer dos anos de atuação como enfermeira, em especial nas atividades realizadas junto a Associação dos Diabéticos do Amazonas e atendimento domiciliar, pude acompanhar vários casos de pacientes com feridas crônicas e posso afirmar o quanto é desgastante e temeroso, para elas, o período de tratamento dessas lesões, uma vez que a demora da melhoria permeia a possibilidade de infecção, internação, intervenção cirúrgica e, muitas vezes, amputação do membro afetado.

Inúmeros fatores inerentes ao DM retardam o reparo tecidual, porém, a falta

de conhecimento para manejar adequadamente as feridas complicadas, por parte de profissionais, pode tornar o processo de cicatrização ainda mais lento, especialmente em pacientes diabéticos.

Entretanto, tratar a ferida de uma pessoa diabética vai além da esfera técnica e científica. É necessário investigar quais as alterações na vida sofridas em decorrência de uma ferida no pé, que, em muitas das vezes, incapacita o indivíduo que a possui. Estudar a Qualidade de Vida dessas pessoas nos permite olhá-las integralmente (bio-psico-social). A visão holística tão almejada, agora viabilizada por meio de um instrumento. Nesses aspectos este estudo pode contribuir para reflexão para o contato mais empático entre os profissionais da saúde e a população assistida.

Seria importante o desenvolvimento de futuros estudos, de caráter longitudinal, que nos permitissem melhor compreensão da forma como os diferentes graus de desenvolvimento da ferida, o acompanhamento do controle dos níveis glicêmicos e a associação de outras complicações crônicas do DM, interferem na Qualidade de Vida, no sentido de tornar mais eficaz a intervenção no Domínio Saúde/Funcionamento.

Uma vez detectado impacto na QV dessa população no Domínio SF, novos estudos poderão ser realizados no sentido de comparar a QV da população diabética com ferida no pé, com os diabéticos sem ferida e, ainda, com a população em geral (sem diabete e sem ferida).

11 SUGESTÕES

Finalizando as reflexões sobre a Qualidade de vida de diabéticos com ferida no pé, considerando que os itens que mais afetaram o cotidiano dessas pessoas são os relacionados à ferida, acreditamos que algumas ações seriam necessárias no sentido de tratar a ferida no pé do diabético, prevenir novas lesões e, conseqüentemente, diminuir o risco de amputação, tais como:

1. Abordagem clínica precoce, por meio de exame físico e técnicas para detectar neuropatia periférica, para identificar as pessoas que têm risco de desenvolver ferida no pé;
2. Diagnóstico “quantitativo” das áreas dos pés onde ocorrem os picos de pressão, por meio da podobarometria dinâmica (disponível em serviço público, na Cidade de Manaus), para as pessoas com risco de desenvolver ferida e para aquelas que já a possuem (visando otimizar a cicatrização). Esse exame permite ao examinador a oportunidade de avaliar um elemento chave na gênese da ferida neuropática, que são as alterações posturais e as limitações das amplitudes de movimento das extremidades (JORGE-FILHO, 2006).
3. Indicação de calçados adequados para prevenir lesões nos pés e prótese para amputados visando diminuir o risco de ulceração no membro não amputado, bem como a reabilitação social dessas pessoas.
4. Processo de educação e conscientização desses indivíduos quanto às

medidas preventivas para ulceração no pé, como: controle glicêmico; não andar descalço; uso adequado de calçados; corte das unhas; lavar os pés diariamente e secá-los com tecido de algodão, examinando-os (inclusive entre os dedos) à procura de rachaduras, micose, ferimento e, antes de calçar os sapatos, verificar se existe objeto que possa machucar, dentre outros procedimentos.

5. Manejo adequado (técnica e tecnologia adequada) no tratamento da ferida.

Sabendo que o Domínio SF é uma área potencialmente modificável é possível estabelecer medidas que atuem sobre esse domínio para melhorar a evolução clínica e, conseqüentemente, a Qualidade de vida de diabéticos com feridas no pé.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKCA, A.T; CINAR,S. Comparison of psychosocial adjustment in people with diabetes with and without diabetic foot ulceration. *Australian journal of advanced nursing*, v.25, n.4, p.87-96, 2008.

ALPEQVIST,J; LARRSON, J. What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the diabetic foot? *Diabetes Metab Res Rev*,v.16, n.1, p.75-83, 2000.

AZEVEDO, M.F; RODRIGUES, M.I.G; HENNENANN, T.L.A. *Feridas incrivelmente fácil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 142-63, cap.7.

BAHARESTANI, M.M. Quality of Life and ethical issue. In: BARANOSKI, S; AYELLO, E.A. **Wound Care Essentials: Praticce Principles**, 2. edition, 2008, p.2-18.

BARBOSA, R.B; BARCELÓ,A; MACHADO, C.A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes melilius no Brasil: relatório preliminar. *Rev Panam Salud Publica*.v.10, p.324-27, 2001.

BELASCO, A.G.S.; SESSO, R.C.C. Qualidade de vida: Princípios, Foco de estudo e intervenções. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. *Qualidade de Vida*. São Paulo: Manole, 2006, p. 1-9, Cap.1.

BLAY, S.L; MERLIN, M.S. Desenho e Metodologia de Pesquisa em Qualidade de Vida. IN: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. *Qualidade de Vida*. São Paulo: Manole, 2006, p. 19-31, Cap.3.

BOLTON, A.J.M; VILEIKYTE, L. Problemas de Pé em Diabéticos e seu Tratamento ao Redor do Mundo. In: BOWKER, JH; PFEIFER, MA. *O Pé Diabético*. Rio de Janeiro: Dilivros, 2001, p. 262-71, cap.10.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Consenso Internacional Sobre Pé diabético*. Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde/Organização Pan Americana de Saúde: *avaliação do Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Empregos. Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília: Secretaria do Trabalho e Emprego do Distrito Federal, 2002. Disponível no site: www.mtecbo.gov.br, consultado em 29/09/08.

BROD, M. Quality of Life Issue in Patients with D iabetes and Lower Extremity Ulcer: patients and caregivers. *Qual Life Res*, v.7, n.4, p. 365-72. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em 21/10/08.

CALSOLARI, M.R.; CASTRO, R.F.; MAIA, F.C.P.; REIS, R.; FERREIRA, A.R. Análise retrospectiva dos pés de pacientes diabéticos do Ambulatório de Diabetes da Santa Casa de

Belo Horizonte, MG. *Arq Bras Endocrinol metab*, v.46, n.2, São Paulo, 2002. disponível no site: www.scielo.br, consultado em 24/06/08.

CAMPOLINA, A.G; CIONELLI, R.M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v.19, n.2, p.128-36, 2006.

CASTRO, M.; CAUBY, A.V.S.; DRAIBE, S. A.; CANZIANI, M.E. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev. Assoc. Med. Brás*, v 49, n.3, São Paulo, 2003.

CHINI, G.C.O; BOEMER, M.R. A amputação na percepção de quem vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.15, n.2, 2007.

COFEY, T.J; BRANDLE, M; ZHOU, H; MARRIOT, D; BURKE, R; TABEL, B.P; ENGELGAU M.M; KAPLAN, R.M; HERMAN, W.H. Valuing Health-Related Quality of Life in Diabetes. *Diabetes care*, v. 25, n. 12 p.2238-43, 2002.

CORRER, C.J; PONTAROLO, R.; MELCHIORS, A.C; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F; RADOMINSKI, R. B. Tradução para o português e validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). *Arq Brás Endocrinol Metab*, v.52, n.3, São Paulo, 2008. Disponível no site: www.scielo.br/scielo.php) acesso em: 21/08/08.

DEALEY, C. Úlceras diabéticas. In: Dealey, C. *Cuidando de Feridas: um guia para enfermeiras*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001, p.129-33.

DINIZ, D.P. Apresentação. In: DINIZ, D.P; SCHOR, N. *Qualidade de Vida*. Barueri-SP: Manole, 2006, p. xiii.

DUARTE, P.S; CICCIONELLI, R.M. Instrumentos para a Avaliação da Qualidade de Vida: Genéricos e Específicos. In: In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. *Qualidade de Vida*. São Paulo: Manole, 2006, p. 11-8, Cap.2.

DUNN, S.A.; LEWIS, S.L. BONNER, P.N. GROCHOWSKI, R. Quality of life for spouses of CAPD Patients. *ANNA Journal*, v.21, n.5, p.237-47, 1994.

FERRANS, C.E. Development of a conceptual model of quality of life. In: GIFT, AG. *Clarifying concepts in nurse research*. Spring Publishing Company, p.111-121, 1997

FERRANS, C.E.; POWERS, M.J. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res.Nurs.Health*, v.15, p.29-38, 1992.

FERRANS, C.E.; POWERS, M.J. Quality of Life Index: development and psychometric. *Adv Nurs.Sci*, v.8, n.1, p.15-24, 1985.

FERRANS, C.E; POWERS, M.J. Quality of life of hemodialysis patients. *ANNA Journal*, v.20, n.5, 1993.

FERRAZ M.B. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. *Jovem Médico*, n. 4, p. 219-222, 1998.

FLECK, M.P.A. The World Organization Instrument to characteristics quality of life (WHOQOL-100): carascteristics and perspectives. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 198-205, 2000.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA,G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras. Psiquiatr*, v. 21, n. 1, p. 198-205, 1999.

FLECK, M.P.A; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA,G.; SANTOS, L.; PINZON,V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*, v. 33, n.. 2, p. 198-205, 1999.

FURIA, C.L.B; CARVALHO, A.L. Qualidade de vida em pacientes tratados de câncer de cavidade oral, faringr e laringe, em São Paulo: estudo multicêntrico. *Radiol Brás*, v.39, n.4, p.252-52, 2006.

GAMBA, M.A. Amputações por diabetes mellitus, uma prática prevenível. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.11, n.3, p.92-100, 1998.

GIBBONS, G.W. Apresentação.In: BOWKER, J.H; PFEIFER, M.A.*O Pé Diabético*. Rio de Janeiro: dilivros , 2001, p.xv.

GOLDNEY, R.D; PHILLIPS, P.J; FISHER, L. J; WILSON, D.H. Diabetes, Depression, and Quality of Life. *Diabetes care*, v. 27, n. 5, p. 1067-70, 2004.

GOODRIDGE, D; TREPMAN,E; EMBIL,J.M. Health-related quality of life in diabetic patients with foot ulcers: literature review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*.v.32,n.6, p.368-77, 2005.

GOODRIDGE, D; TREPMAN,E; SLOAN,J; STRAIN, L.A; MCLNTYRE, J; EMBIL,J.M. Quality of life of adults with unhealed and heales diabetic foot ulcers. *Foot Ankle Int*.v.27, n.4, p.274-80, 2006.

GRIFFIN, J.W. Abordagem geral à doença nervosa. In: GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. *Cecil tratado de medicina interna*. 21.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p.2240-50.

GROSS, J.L; SILVEIRO, S.P; CAMARGO, J.L; REICHELT, A.J; AZEVEDO, M.J. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Brabs Endocrinol Metab*, v. 46, n. 1, p. 17-9, 2002.

GUIMARÃES, H.P; AVEZUM, A. O Impacto da Espiritualidade na Saúde Física. *Rev. psiquiatr.clin*,v.34,n.1,2007.

GUYATT, G.T; FEENY, D.H; PATRICK, D.L. Mensuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*, v. 118, n.8, p. 622-9, 1993.

HERBER, O.R; SCHNEPP, W; RIEGER, M.A. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, v.44, n.5, 2007.

HYLAND, M.E. A brief guide to selection of quality of life instrument. *Healty and Quality of Life Outcomes*, v. 24, n.1, 2003. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/1/1/24>. Acesso em: 18/08/08.

HOUASSIS, A; VILLAR, M.S. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p 365 - 454.

JOIA, L.C; RUIZ, T; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*, n.41, v.1, p.131-8, 2007.

JORGE-FILHO, D. Fisiopatologia das lesões do Pé Diabético. In: KUHN, P. *O PÉ DIABÉTICO*. São Paulo: Atheneu, 2006 p. 31-43, cap.3.

JEFFCOAT, W.J; HARDING, K.G. Diabete foot ulcers. *The Lancet Publishing Group*, Published online Feb 25, 2003. <http://image.thelancet.com>

KRASNER, D.L; SIBBALD, G. Cuidados com a Úlcera do Pé Diabético. In: BOWKER, JH; PFEIFER, MA. *O Pé Diabético*. 6 ed. Rio de Janeiro: Dilivros, 2001, p.285-304, cap.12.

LANGE, C; HEUFT, G; WETZ, H.H; Influence of psychic comorbidity on the treatment processo of patients with diabetic foot ulcer. *Orthopade*, v.32, n.3, p.241-6, 2003.

LIMA-COSTA M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento [Editorial]. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-01, 2003.

LIPSKY, B.A. Problemas Infeciosos do Pé em Pacientes Diabéticos. In: BOWKER, JH; PFEIFER, MA. *O Pé Diabético*. 6 ed. Rio de Janeiro: Dilivros, 2001, p.462-75, cap.22.

LOPES, G.B; MARTINS, M.T.S; MATOS, C.M; AMORIM, J.L; LEITE, E.B; MIRANDA, E.A; LOPES, A.A. Comparação de medidas de Qualidade de Vida entre Homens e Mulheres em hemodiálise. *Rev Assoc Méd Brás*, v.53, n.6, p.506-9, 2007.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v.4, n. 3, p 5-18, 1996.

MEIJER, J.W; TRIP, J; JAERGERS, S.M; LINKS, T.P; SMITHS, A.J; GROOTHOFF, J.W; EISMA, W.H. Quality of Life in patients with diabetic foot ulcers. *Disabil Rehabil*, v.23, n.8, p.336-40, 2001.

MILLMAN, M.H.S.A; LEME, C.B.M.; BORELLI, D.T.; KATER, F.R.; BACCILI, E.C.D.C.; ROCHA, R.C.M. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no Conjunto hospitalar de Sorocaba. *Arq Brás Endocrinol Metabol*, v. 45, n.5, p. 447-51, 2001.

NABUURS-FRANSSSEN, M.H; HUIJBERTS, M.S; NIEUWENHUIJZEN-KRUSEMAN, A.C; WILLEMS, J; SCHAPER, N.C. Health-related quality of life of diabetes foot ulcer patients and their caregivers. *Diabetologia*, v.48, n. 9, p. 1906-10, 2005.

NASCIMENTO, O. A Neuropatia e o Pé Diabético. In: KUHN, P. **O PÉ DIABÉTICO**. São Paulo: Atheneu, 2006 p. 121-27, cap.9.

NEGRATO, C.A. Avaliação Clínica do Pé diabético. In: In: KUHN, P. **O PÉ DIABÉTICO**. São Paulo: Atheneu, 2006, p.17-31, cap.2 .

NUNES, M.A.P; RESENDE, K.F; CASTRO, A.A; PITTA, G.B; FIGUEIREDO, L.F.P; MIRANDA JUNIOR, F. Fatores predisponentes para amputação de membro inferior em pacientes diabéticos internados com pés ulcerados no estado de Sergipe. **J. Vasc. Bras.**, v. 5, n. 2, Porto Alegre, 2006.

OLIVEIRA, F. A. *et al.* Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 37, n.1, p. 33-6, 2004.

PARISI, M.C.R. **Úlceras no pé diabético**. In: JORGE, V.E.R. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003, p.279-86, cap.19.

PIETRO-FLORES, M.E; FERNANDEZ-MAJORALLAS, G; ROJO-PERES, F; LARDIÉS-BOSQUE, R; AHMED-MOHAMED, K; ROJO-ABUIM, J.M. Fatores sociodemográficos y de salud em el bienestar emocional como domínio de calidad de vida. **Rev Esp Salud Pública**, v.82, p.301-13, 2008.

REYBER, G.E. Epidemiologia das úlceras e Amputações do pé diabético. In: BOWKER, J.H; PFEIFER, MA. **O Pé Diabético**, ed. 6. Rio de Janeiro: Dilivros, 2001, p. 13-31, cap.2.

RIBU, L; HANESTAD, B.R; MOUN, T; BIRKELAND, K; RUSTOEN, T. A Comparison of the health-related of life in patients with diabetic foot ulcer with a diabetes group and a nondiabetes group from the general population. **Qual Life Res**, v. 16, n. 2, p. 179-89, 2007.

RIBU, L; HANESTAD, B.R; MOUN, T; BIRKELAND, K; RUSTOEN, T. The prevalence and occurrence of diabetic foot ulcer pain and its impact on health-related quality of life. **J Pain**, v. 7, n.4, p. 290-9, 2006.

ROBAZZI, M.L.C.C; MARTINS, J.T; LUCAS, L.S. Calidad de vida de los portadores de herida em miembros inferiores. **Ciencia y enfermería**, v.14, n.1, p.43-52, 2008.

ROCHA J.L.L; BAGGIO H.C.C; CUNHA C.A; NICLEWICS E.A; LEITE S.A.O; BAPTISTA M.I.D.K. Aspectos Relevantes da Interface entre Diabetes Mellitus e Infecção. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 46, n. 3, p. 221-29, 2002.

SAMANN, A; TAJIYEVA, O. MULLER, N; TSCAUNER, T; HOYER, H; WOLF, G; MULLER, U.A. Prevalence of the diabetic foot syndrome at the primary care level in Germany: a cross-sectional study. **Diabet Med**, v.25, n.5, p.557-63, 2008.

SANTOS, S.R; SANTOS, I.B.C; FERNANDES, M. G.M; HENRIQUES, M.E.R.M. Qualidade de Vida do Idoso: Aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.6, 2002.

SANTOS, V.L.C.G.; KIMURA, M. Qualidade de vida. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 453-75, cap. 22.

SCHARPER, N.C; PROMPERS, L.M; HUIJBERT, M.S.P. Treatment of Diabetic Foot Ulcer. *Immun.,Endoc.& Metab. Agents in Med. Chem*, v.7, p. 95-104, 2007.

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **HIPERDIA**. Pacientes cadastrados por distrito. Relatório dos meses: jul, ago e set, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. The Health's Concept. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.31, n.5, 1997.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.2, p.580-8, 2004.

SHERWIN, R.S. Diabetes melito. In: GOLDMAN, L.; ANSIELLO, D. *Cecil tratado de medicina interna*. 22.ed. v.2. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 1658-92, cap.242.

SILVA, I; PAIS-RIBEIRO, J; CARDOSO, H; RAMOS, H; CARVALHOSA, S.F; DIAS, S; GONÇALVES, A. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doença*, v.4,n.1,p.21-32, 2003.

SKYLER; J.S. Diabete Melito: Presupostos e novas realidades. In: BOWKER, JH; PFEIFER, MA. *O Pé Diabético*. 6 ed. Rio de Janeiro: Dilivros, 2001, p3-12, cap.1.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica-Brunner e Suddarth*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STEFANI, D.S.; BARROS, E. *Clínica médica: consulta rápida*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2002, p. 63-93, cap. 4.

SOUZA,T.T; SANTINI, I; WADA,S.A; VASCO,C.R; KIMURA,M. Qualidade de vida da pessoa diabética.*Rev Esc Enferm USP*, n.31, p. 150-64, 1997.

TANENBERG, R.J.; SCHUMER, M.P.; GREENE, D.A.; PHEIFER, M.A. Problemas neuropáticos das extremidades inferiores dos pacientes diabéticos. In: BOWKER, JH; PFEIFER, MA. *O Pé Diabético*. 6 ed. Rio de Janeiro: Dilivros, 2001, p34-65, cap.3.

TENNVALL, G.R; APELQVIST, J. Health – related quality of life in patients with diabetes mellitus foot ulcer. *Diabetes complication*,v.14, n.2, p. 235-41, 2000.

VALENSI, P; GIROD, I; BARON, F; MOREAU-DEFARGES, T; GUILLON, P. Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcer. *Diabetes metab*, v. 31, p.263-71, 2005.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, mai/jun. 2003.

VILEIKYTE, L; PRYROT, M; BUND,C; RUBIN, R.R; LEVENTHAL, H; MORA,P; SHAW,J.E; BAKER,P; BOULTON, A.J. The development and validation of a neuropaty-and foot ulcer-specific quality of life instrument. *Diabetes Care*, v.26, n.9, p.2549-55, 2003.

VILEIKYTE, L; RUBIN, R.R; LEVENTHAL, H. Psychological aspects of diabetic neuropathic foot complications: an overview. *Diabetes Metab Res Rev*, v.20, n.1, p. 13-8, 2004.

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R. KING, H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projection for 2030. *Diabetes care*, v. 27, p. 1047-1053, 2004.

WILLIRICH, A; PINZUR, M. McNEIL, M. JUKINELIS, D; LAVERY, L. Health related quality of life, cognitive function, and depression in diabetic patients whith foot ulcer or amputation. A preliminary study. *Foot Ankle Int*, v.26, n.2, p. 128-34, 2005.

YAMADA, B.F.A. *Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers: Construção e Validação da Versão Feridas*. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2006.

YAMADA, B.F.A; SANTOS, V.L.C.G. Conhecendo o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev Estima*. São Paulo. v. 4, n. 3, p. 42-45, 2006.

YAMADA, B.F.A. *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas*. São Paulo 2001. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

VINICK, A.I.; MASER, R.E.; MITCHEL, B.D.; FREMAN, R. Diabetic Autonomic Neuripaty. *Diabetes care*, v.26, n.5, p.1553-79, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a),

Solicito o seu consentimento para participar da nossa pesquisa cujo nome é: **QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO**”. Essa pesquisa tem como objetivo a avaliação da qualidade de vida de pessoas que tem feridas nos pés e não oferece qualquer risco a sua saúde.

As informações de seus dados e de sua saúde, necessárias para o preenchimento do questionário, serão obtidas através do seu prontuário, do médico e do Sr(a). Para preenchermos o questionário que avalia a qualidade de vida faremos uma entrevista diretamente com o Sr(a). Todas essas informações são absolutamente sigilosas, serão mantidas comigo e seu nome jamais será mencionado na divulgação dos resultados da pesquisa.

A sua participação é voluntária e caso não queira participar em nenhum momento o seu acompanhamento nessa instituição será prejudicado, podendo desistir de participar do estudo e solicitar suspensão do seu consentimento mesmo após ter sido realizada a entrevista.

Agradeço-lhe atenção e deixo o meu endereço e telefone para contato.

Selma B.Perdomo

Pesquisadora

End. Residencial:

Av. Visconde de Porto Seguro, 500 condomínio Ilha do Sol, casa 7, Pq. das Laranjeiras.

Tel:3236-7199

Manaus,...../...../.....

Consentimento do Paciente:.....

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0284.0.115.193-07, intitulado: **“Qualidade de Vida de Pessoas com Pé Diabético”**, tendo como Pesquisadora Responsável Selma Barboza Perdomo.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 08 de novembro de 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFAM

.....
Prof.^º Dr.^º Maria Rosa Lozano Borrás
Coordenadora

ANEXO B – Autorização da Autora do IQVFP-VF

São Paulo, 08 de outubro de 2007.

À Universidade Federal do Amazonas
A/c: Profa Dra Maria Cristina dos Santos
Selma Barboza Perdomo

É com grande satisfação que concedemos a autorização para aplicação do “Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers: versão feridas” na pesquisa intitulada **“Qualidade de vida em pessoas com pé diabético”**.

Embora a versão feridas tenha sido desenvolvida no Brasil, os direitos autorais sobre o instrumento é da Dra Carol Estwing Ferrans e Dra Marjorie J Powers. Assim, enfatizamos que as credenciais deverão ser mantidas no rodapé do instrumento, da maneira como se encontram. Além disso, nenhuma alteração poderá ser efetuada em qualquer dos itens componentes, tanto para aplicação quanto para publicação. Todavia, apreciaremos o encaminhamento de um relatório sobre dificuldades que possam surgir para o entendimento dos itens pelos sujeitos da pesquisa.

Sugerimos que a mestrande receba um treinamento prévio à aplicação do instrumento antes da realização do pré-teste.

Cordialmente,



Dra Beatriz F Yamada

ANEXO D – Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas

<p>Parte 1: Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as últimas quatro semanas. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido.</p> <p align="center">Não há respostas certas ou erradas.</p>						
Quanto você está satisfeito com:	Muito Insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito Satisfeito
	1	2	3	4	5	6
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente na ferida (<i>se tiver dor na ferida</i>)?	1	2	3	4	5	6
4. A intensidade de dor que você sente (<i>se tiver dor em qualquer lugar sem ser na ferida</i>)?	1	2	3	4	5	6
5. O tratamento que você recebe para aliviar (<i>passar, melhorar</i>) a dor?	1	2	3	4	5	6
6. O fato de estar com ferida?	1	2	3	4	5	6
7. O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	1	2	3	4	5	6
8. A drenagem (<i>“secreção”</i>) e/ou odor (<i>cheiro</i>) da(s) sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
9. A aparência (<i>aspecto</i>) de sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
10. A energia (<i>disposição, vigor, força</i>) que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
11. Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
12. O controle (<i>governa, manda</i>) que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
13. As mudanças que você precisa fazer na sua vida diária por causa da(s) sua (s) ferida (s) (<i>tais como fazer curativos, forma de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se</i>)?	1	2	3	4	5	6

Parte 1: Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o **quanto satisfeito** você está com aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as **últimas quatro semanas**. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido.

Não há respostas certas ou erradas.

Quanto você está satisfeito com:	Muito Insatisfeito	Moderadamente	Pouco Insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente	Muito Satisfeito
14. Sua capacidade de movimentar-se (<i>mudar/mexer o corpo de lugar</i>) e ou locomover-se (<i>ir de um lugar para o outro</i>)?	1	2	3	4	5	6
15. Sua possibilidade (<i>chance</i>) de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
16. Seus filhos [<i>se tiver filho(s)</i>] ?	1	2	3	4	5	6
17. O fato de não ter filhos [<i>se não tiver filho(s)</i>] ?	1	2	3	4	5	6
18. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
19. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
20. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
21. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
22. O seu sono?	1	2	3	4	5	6
23. A quantidade de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
24. Sua vizinhança (<i>vizinhos</i>)?	1	2	3	4	5	6
25. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
26. A maneira como você administra (<i>cuida, controla</i>) o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
27. As suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
28. Suas possibilidades (chances) de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
29. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
30. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
31. A realização de seus objetivos pessoais (<i>planos, sonhos</i>)?	1	2	3	4	5	6
32. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
35. Você mesmo(a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte 2: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o **quanto importante** é para você aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as **últimas quatro semanas**. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido.

Não há respostas certas ou erradas

Quanto é importante para você:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito Importante
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Não sentir dor na ferida? (<i>se tiver dor na ferida</i>)	1	2	3	4	5	6
4. Não sentir dor? (<i>se tiver dor sem ser na ferida</i>)	1	2	3	4	5	6
5. Receber tratamento para aliviar (<i>passar, melhorar</i>) a dor?	1	2	3	4	5	6
6. Não ter ferida?	1	2	3	4	5	6
7. Que a cicatrização de sua(s) ferida(s) ocorra em menor tempo possível?	1	2	3	4	5	6
8. Não ter drenagem (<i>“secreção”</i>) e/ou odor (<i>cheiro</i>) em sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
9. A aparência (<i>aspecto</i>) de sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
10. Ter energia (<i>disposição, vigor, força</i>) suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
11. Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
12. Ter controle (<i>governo, comando</i>) sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
13. Que a sua vida diária não precise ser mudada por causa da(s) sua(s) ferida(s) (<i>tais como fazer curativos, forma de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se</i>)?	1	2	3	4	5	6

<p>Parte 2: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto importante é para você aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as últimas quatro semanas. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido.</p> <p style="text-align: center;">Não há respostas certas ou erradas</p>						
Quanto é importante para você:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito Importante
14. Ser capaz de movimentar-se (<i>mudar/mover o corpo de lugar</i>) e ou locomover-se (<i>ir de um lugar para o outro</i>)?	1	2	3	4	5	6
15. Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
16. Seus filhos? [<i>se tiver filho(s)</i>]	1	2	3	4	5	6
17. Ter filhos? [<i>se não tiver filho(s)</i>]	1	2	3	4	5	6
18. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
19. Seus amigos	1	2	3	4	5	6
20. O apoio emocional que você recebe de sua família?	1	2	3	4	5	6
21. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
22. O seu sono?	1	2	3	4	5	6
23. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
24. Sua vizinhança (<i>vizinhos</i>)?	1	2	3	4	5	6
25. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
26. Ser capaz de administrar (cuidar, controlar) o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
27. Ter atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
28. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
29. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
30. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
31. Realizar seus objetivos pessoais (<i>planos, sonhos</i>)?	1	2	3	4	5	6
32. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33. Estar satisfeito(a) com a vida?	1	2	3	4	5	6
34. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
35. Ser você mesmo(a)?	1	2	3	4	5	6

