



PROGRAMA EDUCATIVO EM SAÚDE QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2: ESTUDO COMPARATIVO

EDUCATIONAL PROGRAM IN HEALTH QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES: COMPARATIVE STUDY

PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD CALIDAD DE VIDA DE INDIVIDUOS CON DIABETES TIPO 2: ESTUDIO COMPARATIVO

Beatriz Carvalho Espindola¹, Vera Maria Sabóia², Geilsa Soraia Cavalcanti Valente³

RESUMO

Objetivo: descrever a qualidade de vida de indivíduos com diabetes tipo 2. **Método:** estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, com 50 adultos idosos. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento de caracterização de dados e o WHOQOL-Bref. A análise foi pela estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo n.º 274/11. **Resultados:** a educação em saúde com pessoas que vivem com diabetes mellitus é relevante para o seu tratamento, visto a contribuição que ela exerce na informação, na reflexão e na crítica, não se limitando a questões relativas à patologia, mas ampliando para questões mais abrangentes e contextuais, favorecendo a melhoria da qualidade de vida. **Conclusão:** embora indivíduos com diabetes mellitus possam ter um prejuízo quanto a sua Qualidade de Vida, a educação em saúde compõe uma das tecnologias assistenciais que possibilitam melhorias. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Qualidade de vida; Educação em Saúde; Enfermagem; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe the quality of life of individuals with type 2 diabetes. **Method:** exploratory and descriptive study, with a quantitative approach, with 50 older adults. To collect data, we used a data characterization tool and the WHOQOL-Bref. The analysis was performed by descriptive statistics. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol 274/11. **Results:** health education to people living with diabetes is relevant to their treatment, due to the contribution it exerts on information, reflection and criticism, not limited to issues related to pathology, but expanding to more comprehensive and contextual issues, favoring the improvement of quality of life. **Conclusion:** although individuals with diabetes mellitus may have a loss as to their quality of life, health education composes one of the care technologies that enable improvements. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Quality of life; Health Education; Nursing; Health Promotion.

RESUMO

Objetivo: describir la calidad de vida de individuos con diabetes tipo 2. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, de abordaje cuantitativo, con 50 adultos ancianos. Para la recolección de datos, se utilizó un instrumento de caracterización de datos y el WHOQOL-Bref. El análisis fue por la estadística descriptiva. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo n.º 274/11. **Resultados:** la educación en salud con personas que viven con diabetes mellitus es relevante para su tratamiento, una vez que la contribución que ella ejerce en la información, en la reflexión y en la crítica, no limitándose a cuestiones relativas a la patología, pero ampliando para cuestiones más amplias y contextuales, favoreciendo la mejoría de la calidad de vida. **Conclusión:** sin embargo individuos con diabetes mellitus puedan ter un prejuicio quanto su Calidad de Vida, la educación en salud componen una de las tecnologías asistenciales que posibilitan mejorías. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Calidad de vida; Educación en Salud; Enfermería; Promoción de la Salud.

¹Enfermeira, Licenciada em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: bia_carvalho11@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: verasaboia@uol.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: geilsavalente@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹ A qualidade de vida tem que ser entendida e analisada em seu contexto social, que se desdobra nas condições ambientais, na biologia humana, na qualidade dos serviços de saúde, que são componentes determinantes da saúde.²⁻³

A incidência das doenças não transmissíveis aumentou no mundo atual, como resultado da interação genética e envolvimento de fatores de risco que são determinantes da doença. O avanço tecnológico, desde o início do Século XX, criou a expectativa de que a cura das doenças ou os tratamentos eficientes e definitivos seriam realidade, porém, apesar dos progressos da medicina, torna-se claro que algumas doenças não são passíveis de cura.⁴ Entre elas, pode-se relacionar o Diabetes Mellitus.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde verificaram que o número de diabéticos mellitus em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. Trata-se de números alarmantes, atualmente, o diabetes mellitus configura-se como uma verdadeira pandemia, sendo um desafio para os sistemas de saúde pública.⁵

Mediante a sua ação, os enfermeiros se tornam corresponsáveis por propiciar condições ao processo de ensino-aprendizagem e assim favorecer possíveis mudanças, no tratamento de doenças e consequentemente melhoria na qualidade de vida. Assim, deve-se estabelecer a relação entre qualidade de vida e cuidado em saúde, o agir das enfermeiras como uma função essencial na promoção e prevenção da saúde dos indivíduos e da população.

OBJETIVOS

- Descrever a qualidade de vida da população acometida por Diabetes Mellitus tipo 2 que participa e a que não participa dos grupos educativos em saúde;
- Analisar a contribuição da educação em saúde na qualidade de vida da população acometida por Diabetes Mellitus tipo 2 nos grupos estudados;
- Comparar o impacto da participação em programas educativos na qualidade de vida dos grupos estudados.

MÉTODO

Pesquisa com abordagem quantitativa, de tipologia comparativa, descritiva e transversal. A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos. Esta pesquisa utiliza descrição matemática como uma linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre as variáveis.⁶

No que diz respeito ao método tipo transversal⁷, este é constituído por investigações, em que causa e efeito são detectados simultaneamente, ocorrendo em um único momento da situação estudada, em uma população. O estudo transversal envolve a coleta de dados em um ponto de tempo. Os fenômenos são obtidos durante o período de coleta de dados. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou a relação entre um fenômeno e um ponto fixo.⁸

O cenário do estudo foi o Grupo dos Diabéticos do Hospital Universitário Antonio Pedro - Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ, Brasil, após aprovação pelo Comitê de ética sob nº 274/11. A população foi constituída por 50 clientes adultos e idosos, diabéticos tipo 2, atendidos nos ambulatórios de consulta de enfermagem e de endocrinologia. A amostra foi selecionada por demanda livre, no período de outubro de 2011 a março de 2012. Os clientes foram divididos em dois grupos. No primeiro grupo (G1), 25 clientes que frequentam as consultas de enfermagem e/ou encontros no Grupo dos diabéticos do HUAP/UFF há um ano ou mais. No segundo grupo (G2), ficaram os outros 25 clientes que frequentam as consultas de endocrinologia, mas que nunca participaram do programa educativo do HUAP/UFF.

Para coleta de dados, foi empregado um instrumento adicional destinado à caracterização de dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, religião, perfil ocupacional e remuneração) e clínicos (tempo de participação no programa, motivo de permanência ou não participação, glicemia e/ou valor da última hemoglobina glicada, presença de complicações crônicas e agudas, outras doenças associadas, conhecimento a cerca da doença e hábitos de vida) e a escala WHOQOL-Bref, versão em português.

Espindola BC, Sabóia VM, Valente GSC.

O WHOQOL-Bref⁹ é composto por 26 questões e considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. Duas questões referem-se à percepção individual a respeito da qualidade de vida e as demais 24 estão subdivididas em quatro domínios e representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), tais como:

Domínio I - Físico, com ênfase nas seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho;

Domínio II - Psicológico, focalizando as seguintes facetas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais;

Domínio III - Relações sociais, abordando a facetas: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual;

Domínio IV - Meio ambiente, com as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte.

Quanto à análise dos dados, as informações quantitativas foram analisadas por meio de estatística descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos e do WHOQOL-Bref.⁹ Os dados sobre Qualidade de Vida foram analisados através do software Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para caracterização dos sujeitos deste estudo, em acompanhamento no ambulatório de consulta de enfermagem e consulta de endocrinologia do HUAP/UFF, foram analisadas as variáveis sociodemográficas, onde se observa um número total de 50 participantes (n=50), divididos nos grupos G1 e G2.

No Grupo G1, há um predomínio de indivíduos do sexo feminino (84%), com idade média de 63,5 anos, casados (52%), da religião católica (48%) e evangélica (48%), que não moram sozinhos (88%) e possuem o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 a uma média de 16,5 anos. No Grupo G2, o predomínio também é do sexo feminino (68%) e a idade média dos indivíduos é um pouco menor em

Programa educativo em saúde qualidade de vida de...

comparação com o Grupo G1 (58,8 anos), sendo também na maioria casados (56%), religião evangélica (48%) e que não moram sozinhos (84%). Outra diferença encontrada é no tempo médio de diagnóstico da doença que diminui de 16,5 anos para 11,2 anos.

Vários estudos comprovam o fato de que homens são mais vulneráveis às doenças, principalmente as graves e crônicas e que morrem mais precocemente do que as mulheres.⁹⁻¹⁰ Desta forma, observa-se que a respeito da vulnerabilidade masculina, há um aumento das taxas de morbimortalidade, onde o homem, diferentemente das mulheres, não busca os serviços de atenção primária. A figura masculina,¹¹ na maioria das vezes, entra no sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, agravando a morbidade, a ocorrência de uma determinada doença.

O Ministério da Saúde do Brasil afirma que grande parte da não adesão dos homens às medidas de atenção integral é devido à cultura, na qual o estereótipo do gênero potencializa práticas e valores do que é ser masculino. A doença acaba sendo considerada como uma fragilidade que os homens não reconhecem como sendo da sua condição biológica.¹²

Outra variável carregada de valores e pré-concepções culturais é o estado civil e o fato de viver ou não sozinho. Nota-se que a grande maioria dos sujeitos da pesquisa não mora sozinho, possuindo na maioria das vezes uma esposa ou companheira. Estes dados confirmam os achados na literatura os quais indicam a relação existente entre o estado civil e a morbidade e mortalidade, evidenciando o coeficiente mais elevado de mortalidade entre viúvos, divorciados e solteiros, sendo mais baixo entre os casados.¹³

Um estudo realizado por professores da Universidade Brigham Young, em Utah, nos Estados Unidos da América, concluiu que as relações sociais -amigos, família, vizinhos e colegas- aumentam as chances de viver mais em 50%. A pesquisa foi publicada na revista científica PLoS Medicine.¹⁴ Esta interação é benéfica não apenas para a saúde psicológica, como também reflete na saúde física. O indivíduo acaba se cuidando mais quando tem um suporte social, pois o vínculo com outros indivíduos permite este cuidado consigo, essa busca pela saúde.

Quanto aos dados clínicos, em relação ao conhecimento desses indivíduos, houve um predomínio no Grupo G1 a respeito de saber o que é Diabetes Mellitus (100%), ao uso de insulina (96%), a saber como administrar (80%), a fazer o rodízio (88%) e sobre conhecer

Espindola BC, Sabóia VM, Valente GSC.

a maneira correta de conservar e usar os materiais (56%).

Embora a dieta seja seguida com maior frequência no grupo G1 (72%) que no Grupo G2 (68%), há mais indivíduos obesos no primeiro grupo (48%) do que no segundo (28%). O uso do fumo não aparece no G1, tendo uma prevalência de 8% no G2. A bebida está presente nos dois grupos, 8% no G1 e 12% no G2. A prática de exercício físico é pouco prevalente nos dois grupos, porém, maior no primeiro grupo (32%) do que no segundo (20%).

Um item de grande importância, as complicações presentes nos indivíduos que convivem com a DM tipo 2, observa-se que há mais indivíduos com algum tipo de complicação no G2 (44%) do que no G1 (36%). Notamos uma íntima relação entre essas variáveis analisadas nos dados clínicos e a educação em saúde.

A OMS (2003) reconhece que é necessário que o indivíduo com DM adote habilidades de autocuidado que lhe permita controlar a doença e quanto maior o acesso à informação e ao conhecimento maior será sua capacidade de realizar uma ação de maneira competente e eficaz, aceitando medidas que lhe permita a adoção de uma nutrição saudável e a prática de atividade física diária.

A educação é parte essencial no controle do DM e consiste em um processo contínuo de alteração de hábitos de vida que requer tempo, espaço, planejamento, materiais didáticos e profissionais capacitados. Apenas seguir a prescrição corretamente não é o suficiente para a melhoria da QV desses indivíduos.¹⁵

Ao incentivar a reflexão e a crítica sobre os fatores relacionados com as condições de vida que interferem no aparecimento das doenças de um modo geral, inclusive o Diabetes Mellitus, encontra-se profícuo espaço para debater direitos de cidadania com a clientela. Com esse intuito, durante os encontros é enfatizada a relação existente entre saúde e condições de vida.¹⁶

A educação em saúde está inserida em um âmbito de conhecimento que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre condição de vida e de trabalho e a saúde e doença.¹⁷ É necessário que este indivíduo que convive com a diabetes conheça os elementos básicos que são relevantes na patologia, como a dieta, o uso adequado da insulina, o exercício físico, cuidado com pés, hipoglicemia. É necessária a percepção do enfermeiro para avaliar quais são os assuntos relevantes naquele exato momento para o paciente. A educação deve acontecer de

Programa educativo em saúde qualidade de vida de...

forma contínua, sendo um processo de aprendizagem, e não ser compartilhada de uma só vez com a clientela.

A educação em saúde desenvolvida no Grupo dos Diabéticos do HUAP/UFF³ procura orientar aos participantes do Grupo e da Consulta de Enfermagem quanto à importância da dieta balanceada, estimulando o cuidado de si, que contribui para minimizar e/ou evitar o aparecimento de complicações agudas e crônicas, incentivando-os a refletir sobre os fatores relacionados com as condições de vida que interferem no aparecimento das doenças de um modo geral, inclusive do diabetes mellitus, esclarecendo-os sobre seus direitos como cidadãos.

A educação é parte imprescindível do tratamento de pessoas que vivem com diabetes, associada ao controle metabólico adequado, atividade física e dieta. O maior nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações estão relacionadas a uma melhora da qualidade de vida, com redução do número de crises de hipoglicemia, menor número de internações hospitalares, melhor controle metabólico e maior aceitação da doença.¹⁸ Certamente o tratamento não será adequado, caso o diabético e seus familiares não souberem desses elementos, como a dieta, aplicação correta da insulina, como agir na hipoglicemia, o cuidado com os pés e outros fatores.³

A alimentação e o exercício parecem ser as atividades de autocuidado que os diabéticos tipo 2 mais possuem dificuldade em integrar na vida diária, com consequentes níveis de adesão mais baixos. Esta afirmação confirma os achados encontrados na pesquisa, em que há um baixo índice de pessoas que realizam atividade física, sendo o quantitativo de 32% para o grupo G1 e 20% para o grupo G2.¹⁹ As barreiras apontadas pelos indivíduos para a aderência à dieta e atividade física incluem a falta do apoio familiar, o estresse, o trabalho ou a ocupação, a segurança e o custo dos lugares para a realização dos exercícios.²⁰

O segundo instrumento utilizado e analisado foi o WHOQOL (Bref), que mensurou a Qualidade de Vida dos grupos estudados. Os escores foram agrupados conforme os domínios do WHOQOL (Bref) e das questões gerais. De acordo com os escores obtidos pela conversão dos escores brutos em escores transformados, utilizando-se a escala de transformação de 0-100, conforme o manual do WHOQOL-Bref.²¹ A partir da transformação, calculou-se a média dos domínios e quanto maior o escore, melhor será a qualidade de vida.

Espindola BC, Sabóia VM, Valente GSC.

Programa educativo em saúde qualidade de vida de...

O domínio que obteve um escore mais elevado foi o Domínio Relações Sociais. Como o desvio padrão foi relativamente alto (em relação ao escore máximo e mínimo), nota-se que o grupo não possui respostas tão homogêneas. O domínio mais próximo em relação à presença de respostas parecidas foi o Domínio Meio Ambiente (dp= 14,30). A variação do escore dos Domínios Psicológico e de Relações Sociais foi quantitativamente próxima (dp= 16,82 e dp= 16,08,

respectivamente). A maior discrepância do desvio das respostas foi encontrada no Domínio Físico (dp= 22,03).

Notou-se neste estudo que entre as mulheres há um desvio do padrão das respostas muito maior do que entre os homens, ou seja, há uma homogeneidade maior entre as respostas masculinas do que entre as respostas femininas, conforme figura 1.

WHOQOL (Bref) - Grupo G1				
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
N	25	25	25	25
Escore Médio	57,44	64,08	66,28	58,84
Escore Máximo	94	94	94	81
Escore Mínimo	19	31	25	31
Mediana	63	69	69	56
Desvio Padrão	22,03	16,82	16,08	14,30
Desvio Padrão da População Feminina	22,82	17,66	17,38	15,00
Desvio Padrão da População Masculina	19,92	16,25	11,84	13,42
Percentil de 0,25	38	56	69	50
Percentil de 0,50	63	69	69	56
Percentil de 0,75	75	75	75	75

Figura 1. Escores dos domínios do WHOQOL (Bref) dos indivíduos diabéticos tipo 2, participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no grupo G1, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012.

Em relação ao percentil, notou-se que o percentil 0,50 está acima da média dos escores, o que significa dizer que a maioria das pessoas participantes do grupo educativo está acima da média geral de escore da população e que um número maior de indivíduos está com respostas mais positivas do que negativas.

Na figura 2, encontram-se diversos dados a respeito dos escores dos domínios do WHOQOL (Bref), demonstrando o nível de qualidade de vida da população do grupo G2, ou seja, o grupo que não possui acompanhamento no

ambulatório de consulta de enfermagem. Com base na tabela, podem ser levantadas algumas considerações a respeito deste grupo.

O domínio que obteve um escore mais elevado foi o Domínio Psicológico. O desvio padrão foi relativamente menor em relação aos escores do grupo G1, notou-se que o grupo G2 possui respostas mais homogêneas. O domínio mais próximo em relação à presença de respostas próximas foi o Domínio Meio Ambiente (dp= 9,75). A maior discrepância do desvio das respostas foi encontrada no Domínio Físico (dp= 16,01).

WHOQOL (Bref) - Grupo G2				
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
N	25	25	25	25
Escore Médio	56,6	65,56	64,04	57,96
Escore Máximo	75	81	81	81
Escore Mínimo	19	25	25	38
Mediana	63	69	69	63
Desvio Padrão	16,01	13,65	14,72	9,75
Desvio Padrão da População Feminina	15,68	15,82	15,11	10,13
Desvio Padrão da População Masculina	17,21	9,11	15,75	10,07
Percentil de 0,25	50	56	56	50
Percentil de 0,50	63	69	69	63
Percentil de 0,75	69	75	75	63

Figura 2. Escores dos domínios do WHOQOL (Bref) dos indivíduos diabéticos tipo 2, não participantes de trabalho educativo em saúde, agrupados no grupo G2, HUAP. Niterói, outubro de 2011 a março de 2012.

Quando se analisou este mesmo desvio, porém separando a população feminina da população masculina, notou-se que entre as mulheres há um desvio do padrão maior das respostas dos domínios psicológico e meio ambiente do que entre os homens, e um desvio maior entre os homens nos domínios físico e relações sociais do que entre as mulheres.

O maior escore do Grupo G1 foi o Domínio Relações Sociais (média de 66,28), enquanto que no G2 a maior pontuação foi no Domínio Psicológico (média de 65,56). De forma geral, o Grupo G1 obteve maiores escores na maioria dos domínios. Isto demonstra que, para o grupo G1, os aspectos relações sociais são os que contribuíram mais positivamente à QV dos entrevistados, enquanto as questões psicológicas tiveram maior ênfase na QV do grupo G2.

Em relação ao grupo G1 obter maior escore no Domínio Relações Sociais, evidencia-se que a participação no “Grupo dos Diabéticos” contribui para aprimorar não apenas o conhecimento dos pacientes a respeito de sua patologia mas também para criação de vínculos com pessoas que compartilham a mesma problemática e com profissionais de saúde envolvidos no processo, favorecendo o enfrentamento de conflitos comuns e fortalecendo a autoestima e o autocuidado de tais sujeitos.

No grupo G2, o maior escore foi no Domínio Psicológico. Acreditamos que o fato de que apenas eram encaminhados para as consultas de enfermagem aqueles indivíduos que possuíam algum agravante visível, físico ou psicológico, ou seja, o grupo que participava apenas das consultas de endocrinologia não

possuíam visivelmente tais agravantes, o que o fizeram ter um escore mais elevado neste domínio.

Desta forma, embora que os indivíduos com DM possam ter um prejuízo quanto a sua qualidade de vida, notamos que a educação em saúde entra nesta perspectiva como uma das terapêuticas que possibilitam a melhora desta QV. A ação educativa é um elemento essencial presente durante a consulta de enfermagem e, assim sendo, durante a elaboração da pesquisa, esperava-se pelos resultados da qualidade de vida do grupo que participa das consultas de enfermagem e das consultas de endocrinologia do HUAP/UFF e do grupo que participa somente das consultas de endocrinologia a fim de analisarmos se a consulta de enfermagem desenvolvida no ambulatório contribui para que esta QV seja benéfica.

De forma geral, o grupo que participa da consulta de enfermagem (Grupo G1) obteve maiores escores em três dos quatro domínios presentes no WHOQOL-Bref (Domínio Físico, Domínio Relações Sociais e Domínio Meio Ambiente), atingindo uma diferença média de escores de 1,36 para cada domínio entre os dois grupos (G1 e G2).

No grupo G1, a média foi 57,44, máxima de 94 e mínima de 19, o desvio padrão das respostas foi relativamente alto, atingindo 22,03 e maior entre as mulheres (dp=22,82) do que entre os homens (dp= 19,92). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 38 e a mediana representa que metade da população está acima do escore médio geral. Enquanto isto, no grupo G2, a média foi 56,60, sendo a máxima 75 e a mínima de 19, o desvio padrão

Espindola BC, Sabóia VM, Valente GSC.

foi bem menor do que no grupo G1, 16,01, e maior entre os homens ($dp= 17,21$) do que entre as mulheres ($dp= 15,68$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 50. A mediana é a mesma que o grupo G1.

Sabe-se que alguns dos sintomas inespecíficos da DM incluem fadiga, fraqueza, letargia, dor, ansiedade, além de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia e doença cardiovascular e insuficiência renal crônica. A patologia é ainda responsável por um grande número de internações, amputações e cegueira. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, devido à perda da produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. Por se tratar de uma doença evolutiva, quase todos os pacientes requerem tratamento farmacológico. Todos esses pontos abordados possuem uma íntima relação com o domínio físico, sendo os responsáveis pelo prejuízo de tal domínio.

O domínio psicológico possui facetas a respeito de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

No grupo G1, a média foi 64,08, máxima de 94 e mínima de 31, o desvio padrão foi 16,83 e maior entre as mulheres ($dp=17,66$) do que entre os homens ($dp= 16,25$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 56 e a mediana (69) representa que metade da população esta acima do escore médio geral. Enquanto isso, no grupo G2, a média foi 65,56, sendo a máxima 81 e a mínima de 25, o desvio padrão foi menor do que no grupo G1, 13,65 e menor entre os homens ($dp= 9,11$) do que entre as mulheres ($dp= 15,82$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 56. A mediana é a mesma que o grupo G1.

A participação em grupos educativos contribui para os participantes aprofundarem seu conhecimento sobre o Diabetes Mellitus e como lidar melhor com a doença.¹⁶ A possibilidade de o indivíduo partilhar com outras pessoas com problemas semelhantes o leva a perceber que não é o único que sofre ou tem dificuldades e isso o faz crescer individualmente. O trabalho com grupos, portanto, pode ajudar as pessoas a se relacionar ou restabelecer vínculos perdidos numa sociedade cada vez mais individualista. Por meio da interação intersubjetiva, as pessoas aprendem umas com as outras a enfrentar os conflitos da vida cotidiana,

Programa educativo em saúde qualidade de vida de...

fortalecendo a autoestima e ampliando outras realidades em seu mundo.²²

O domínio relações sociais explora as facetas relações pessoais, suporte e apoio social e atividade sexual. O diabetes representa uma carga adicional à sociedade, diversos fatores físicos e emocionais podem alterar a sua relação social com amigos, familiares e companheiros.

No grupo G1, a média foi 66,28, máxima de 94 e mínima de 25, o desvio padrão das respostas foi de 16,08 e maior entre as mulheres ($dp=17,38$) do que entre os homens ($dp= 11,84$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 69 e a mediana (69) representa que metade da população esta acima do escore médio geral. Enquanto isso, no grupo G2, a média foi 64,04, sendo a máxima 81 e a mínima de 25, o desvio padrão foi menor do que no grupo G1, 14,72 e maior entre os homens ($dp= 15,75$) do que entre as mulheres ($dp= 15,11$). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 56. A mediana é a mesma que o grupo G1.

Há uma quantidade substancial de benefícios físicos e psicológicos do apoio social e que os sujeitos com apoio social se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos indutores de stress; se recuperam melhor e reduzem o risco de mortalidade a doenças específicas como é o caso do diabetes. Os diabéticos que são beneficiados de suporte social possuem uma qualidade de vida mais satisfatória.²³

O suporte social, especialmente representado pela família, demonstra ter um papel fundamental, colaborando na realização de algumas atividades de autocuidado, como a vigilância da glicemia, os cuidados aos pés e o preparo da medicação. A falta de compreensão por parte de familiares e amigos para o cumprimento do plano alimentar e de exercício foi referido pelos participantes como o aspecto menos positivo do apoio social.¹⁹

Em relação à atividade sexual, a impotência (incapacidade do pênis de ficar rígido e sustentar uma ereção adequada para a penetração) ocorre com maior frequência nos homens com diabetes do que em outros homens na mesma idade, isto ocorre devido à neuropatia diabética.⁵

A disfunção sexual atinge 40 a 50% dos indivíduos diabéticos com 10 anos de evolução, mas pode também manifestar-se logo após o diagnóstico.²⁴ Este é um problema que afeta a qualidade de vida e as relações estabelecidas, mas que pode usufruir de intervenções eficazes na sua resolução, seja a nível psicológico ou a nível farmacológico. É

Espindola BC, Sabóia VM, Valente GSC.

fundamental que se crie um ambiente terapêutico que proporcione um diálogo franco, isento de juízos de valor, que permita ao diabético e ao profissional de saúde abordar este assunto com naturalidade e encontrar as soluções mais indicadas para cada caso.

O último domínio é sobre o meio ambiente e engloba as seguintes facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Este domínio tem grande importância na percepção da qualidade de vida. Resultados positivos neste domínio indicam que a qualidade de vida está adequada. Existe uma relação direta entre a QV e as condições ambientais que permitam os comportamentos biológicos, sociais e psicológicos.

No grupo G1, a média foi 58,84, máxima de 81 e mínima de 31, o desvio padrão das respostas foi de 14,30 e maior entre as mulheres (dp=15,00) do que entre os homens (dp= 13,42). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 50 e a mediana (56) representa que metade da população está abaixo do escore médio geral. Enquanto isto, no grupo G2, a média foi 57,96, sendo a máxima 81 e a mínima de 38, o desvio padrão foi bem menor do que no grupo G1, 9,75 e maior entre as mulheres (dp= 10,13) do que entre os homens (dp= 10,07). O percentil 0,25 demonstra que 25% das pessoas estão com o escore abaixo de 50. A mediana (63) é maior que o grupo G1.

Em relação às duas questões gerais, a primeira fala a respeito de “como você avalia sua qualidade de vida”. No grupo G1, a resposta prevalente foi a QV considerada Boa (56%) e, no Grupo G2, foi a QV nem Ruim nem Boa (60 %). A segunda questão geral pergunta sobre “quão satisfeito você está com a sua saúde”. Tanto o primeiro grupo (48%) quanto o segundo (44%) responderam que estavam Insatisfeitos. A autopercepção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença. Os dados coletados indicam que há necessidade da realização de estudos que identifiquem os fatores responsáveis pela percepção negativa quanto à condição de saúde.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que o grupo participante das consultas de enfermagem desenvolvidas no ambulatório do HUAP/UFF possui um maior

Programa educativo em saúde qualidade de vida de...

conhecimento em relação a estes aspectos, o que corrobora a importância da implementação e desenvolvimento de práticas educativas.

A literatura afirma que a educação em saúde esta inserida em um âmbito de conhecimento que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre condição de vida e trabalho e entre saúde e doença.

A educação em saúde com pessoas que vivem com diabetes mellitus é relevante para o seu tratamento devido à contribuição que ela exerce na informação, na reflexão e na crítica, não se limitando a questões relativas à patologia, mas ampliando para questões mais abrangentes e contextuais, favorecendo, assim, a melhoria desta Qualidade de Vida.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar CCT, Vieira APG, Fernandes CAF, Montenegro-Junior RM. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2008 Aug [cited 2013 Aug 28];52(6):931-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000600004&lng=en
2. Teixeira ER, Lamas AR, Silva JC, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. Esc. Anna Nery [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 28]; 10(3):378-384. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715308004>.
3. Sabóia VM. A mão dupla do poder: a enfermeira e os idosos no grupo dos diabéticos do HUAP-UFF. Niterói(RJ): EdUFF; 1997. 115 p.
4. Ramos ATA, Crepaldi AL. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. J Pneumol [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 28]; 26(4):207-213. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3586200000400008.
5. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 2038 p.
6. Teixeira E. As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 5th ed. Petrópolis (RJ). 2008.
7. Yin R. Estudo de caso- planejamento e métodos. Porto Alegre(RS): Bookman. 2005.
8. Polit D et al. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 5th ed. Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 2009.
9. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e

Espindola BC, Sabóia VM, Valente GSC.

perspectivas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2000 [cited 2013 Aug 28];5(1):33-38. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100004&lng=en

10. Laurenti R, Mello Jorge MHP de, Gotlie SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Rev Ciência Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [cited 2013 Aug 28]; 10(1):35-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>.

11. Gutierrez DM D, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 June [cited 2013 Aug 28];15(Suppl 1):1497-508. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en

12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de atenção integral a saúde do homem. Secretaria de atenção a saúde. Brasília; 2008.

13. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. Rev Nutr [Internet]. 2002 [cited 2013 Aug 28];15(1):37-44. Available from: www.scielo.br/pdf/rn/v15n1/a05v15n1.pdf.

14. Pastore M. Relações sociais aumentam expectativa de vida [Internet]. [cited 2012 May 07]. Available from: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/773628-relacoes-sociais-aumentam-expectativa-de-vida.shtml>

15. Brito MMS. Tratamento do diabetes mellito tipo 1. In: Coronho V, Petroianu, Eds. Tratado de endocrinologia e metabologia e cirurgia endócrina. 2011. p. 935-938.

16. Sabóia VM, Valente GSC. A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos. Referência [Internet]. 2010 Dec [cited 2012 Oct 03];3(2):17-23. Available from: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2190&id_rev=9&id_edicao=34

17. Valla VV, Stoltz EN. Educação, saúde e cidadania. Petrópolis(RJ): Vozes; 1994.

18. Minayo MCS e Cols. Qualidade de vida: um debate necessário. Rev Ciência Saúde Coletiva [Internet]. 2000 [cited 2011 10];5(1):7-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>

19. Barbosa LR, Melo MRAC. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [cited 2011 10]; 61(2): 366-70. Available from:

Programa educativo em saúde qualidade de vida de...

www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf

20. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 Oct [cited 2013 Aug 28];45(5):1077-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500007&lng=en

21. World Health Organization (WHO). WHOQOL-BREF; Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva; 1996.

22. Araujo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2006 [cited 2011 Mar 20];27(1):117-23. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4409/2395>.

23. Ministério da Saúde (BR). Atenção Básica Hipertensão e Diabetes. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde [Internet]. 2006. [cited 2011 Mar 20]. Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hi.php>.

24. Nunes M. Apoio social na diabetes. Rev. Millenium do ISPV. 2005 [Internet]; 31(10):135-49. [cited 2012 May 03] Available from: www.ipv.pt/millennium/millennium31/10.pdf

25. Saraiva RJ, Rosas AMTF, Valente GSC, Cardoso MMVN, Santos CRGC, Lindolpho MC. A Integração entre graduandos e pós-graduandos no ensino da consulta de enfermagem ao idoso. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Mar/Apr [cited 2011 Mar 20];5(2):151-57. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1191/pdf_416

Submissão: 23/07/2013

Aceito: 06/12/2014

Publicado: 15/01/2015

Correspondência

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente.
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF
Rua Dr. Celestino, 74
Bairro Centro
CEP 24020-091 – Niterói (RJ), Brasil