



CARACTERÍSTICAS E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES
CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DIABETES
CARACTERÍSTICAS Y CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES

Luciana Maria Bernardo Nóbrega¹, Patrícia Simplicio de Oliveira², Carla Lidiane Jácome dos Santos³, Thalys Maynard Costa Ferreira⁴, Josefa Danielma Lopes Ferreira⁵, Wellyson Souza do Nascimento⁶, Marta Miriam Lopes Costa⁷

RESUMO

Objetivo: caracterizar as pessoas com Diabetes Mellitus, acompanhadas na Estratégia Saúde da Família, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal, com 39 usuários. Empregaram-se, para a coleta de dados, dois instrumentos. Apresentaram-se os resultados em forma de tabelas. **Resultados:** descreve-se que 71,8% eram do sexo feminino; 94,4% tinham >40 anos; 48,7% revelaram como renda entre 1-2 salários mínimos; 57% apresentaram sobrepeso/obesidade; 85,3% tinham risco para complicações cardiovasculares; 56,4% referiram ter, como tempo de diabetes, menos de cinco anos; a qualidade de vida foi afetada nos itens 13, 14, 15, 39 e Autopercepção da qualidade de vida"; houve associação significativa dos itens 14 e 15 com o tempo de diabetes ($p = 0,03$ e $p = 0,05$, respectivamente) e do item 15 com a renda familiar ($p = 0,03$). **Conclusão:** destaca-se que a maioria dos participantes possui baixa escolaridade, condições econômicas precárias, fatores de risco para doenças cardiovasculares e comorbidades associadas. Apresentou-se a qualidade de vida afetada, principalmente, na Dimensão 2. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Qualidade de Vida; Autocuidado; Enfermagem; Cuidado de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to characterize people with Diabetes Mellitus, accompanied by the Family Health Strategy, according to sociodemographic and clinical variables. **Method:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted with 39 users. Two instruments were used to perform the data collection. Results were presented in the form of tables. **Results:** it is described that 71.8% were female; 94.4% were > 40 years old; 48.7% showed income between 1-2 minimum wages; 57% were overweight / obese; 85.3% had a risk for cardiovascular complications; 56.4% reported having as diabetes time less than five years; quality of life was affected in items 13, 14, 15, 39 and Self-perception of quality of life"; there was a significant association between items 14 and 15 with diabetes time ($p = 0.03$ and $p = 0.05$, respectively) and item 15 with family income ($p = 0.03$). **Conclusion:** most of the participants had low educational level, poor economic conditions, risk factors for cardiovascular diseases and associated comorbidities. The quality of life was affected, mainly in Dimension 2. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Quality of life; Self-care; Nursing; Nursing Care; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar a las personas con Diabetes Mellitus, acompañadas en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), según las variables sociodemográficas y clínicas. **Método:** se trata de estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado con 39 usuarios. Se utilizaron para la realización de la recolección de datos, dos instrumentos. Se presentaron los resultados en forma de tablas. **Resultados:** se describe que 71,8% eran del sexo femenino; 94,4% tenían > 40 años; 48,7% revelaron como ingresos entre 1-2 salarios mínimos; El 57% presentó sobrepeso / obesidad; El 85,3% tenía riesgo para complicaciones cardiovasculares; El 56,4% mencionó tener, como tiempo de diabetes, menos de cinco años; la calidad de vida fue afectada en los ítems 13, 14, 15, 39 y Autopercepción de la calidad de vida"; se observó una asociación significativa de los ítems 14 y 15 con el tiempo de diabetes ($p = 0,03$ y $p = 0,05$, respectivamente) y del ítem 15 con la renta familiar ($p = 0,03$). **Conclusión:** se destaca que la mayoría de los participantes tienen baja escolaridad, condiciones económicas precarias, factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y comorbilidades asociadas. Se presentó la calidad de vida afectada, principalmente, en la Dimensión 2. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Calidad de Vida; Autocuidado; Enfermería; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud.

¹Enfermeira, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: luunnobrega@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1930-9764>; ²Mestra (doutoranda), Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: p_simplicio@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9964-4564>; ^{3,5}Mestras, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: carlalima2006@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5101-4408>; E-mail: danielma_jp@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4209-4781>; ⁴Mestrando, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: thalys_maynard@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8758-6937>; ⁶Enfermeiro, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. João Pessoa (PB). E-mail: wellysonrep@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3977-2556>; ⁷Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: marthamiryam@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4454-9348>

INTRODUÇÃO

Representam-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) uma importante parcela de preocupação dos serviços de saúde em relação à população. Destaca-se, dentre as condições crônicas de saúde, o Diabetes Mellitus (DM) nessa classificação, por ser considerado um dos causadores mais frequentes de morbimortalidade precoce, perda de qualidade de vida e impactos sociais e econômicos negativos na estrutura da sociedade e do sistema econômico do país.¹

Considera-se, atualmente, o DM como um problema de saúde pública devido aos seus altos índices de incidência e prevalência e, dentre os países da América do Sul e América Central, o Brasil possui o maior número de pessoas com Diabetes Mellitus (14,3 milhões), sendo que número de pessoas diagnosticadas com DM mundialmente, no ano de 2015, era de 415 milhões. Estima-se que, em 2040, serão 642 milhões de pessoas diagnosticadas com DM no mundo, sendo um a cada dez adultos.²

Define-se qualidade de vida, apesar de ser um termo subjetivo, como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".³ Interfere-se, pelo DM, juntamente com as complicações advindas da progressão da doença, negativamente na qualidade de vida (QV) dos pacientes. Entende-se que a dificuldade de integrar hábitos de vida que colaborem para a manutenção da normalidade dos níveis glicêmicos, tais como padrão alimentar, realização de atividades físicas e acompanhamento contínuo por profissionais de saúde, atrapalha o tratamento e repercute na vida diária dos pacientes, e estas repercussões negativas influenciam e impactam o funcionamento biopsicossocial do indivíduo, comprometendo a QV nos domínios físico, social e psicoemocional.⁴

Aborda-se o tema em pesquisas que comprovaram que pessoas com DM possuem níveis diminuídos de QV quando comparadas a indivíduos que não são diagnosticados com a doença. Pode-se influenciar, por algumas variáveis, de forma direta ou indireta, a QV: tipo de diabetes, uso de insulina, faixa etária, complicações crônicas advindas da doença, nível social, econômico e educacional, nível de assistência recebida, conhecimento sobre a patologia, entre outras.⁵

Podem-se desencadear, pelas dificuldades para incorporar alterações nos hábitos de vida, repercussões biopsicossociais que se

manifestam na vida diária da pessoa com DM. Reconhece-se que o diabetes é uma doença que, independentemente da faixa etária e da etiologia, causa impacto negativo que compromete a qualidade de vida, e a avaliação da qualidade de vida de indivíduos com condições crônicas tem sido objeto de investigação na área da saúde, sendo considerada importante indicador dos resultados terapêuticos em diferentes situações clínicas. Torna-se possível, mediante a avaliação dos mecanismos que incidem de forma negativa na qualidade de vida relacionada à saúde, o planejamento de intervenções psicossociais que levem ao maior bem-estar.⁴

Entende-se, diante do exposto, que o estudo das características sociodemográficas, clínicas e dos aspectos de vida afetados pelo Diabetes Mellitus, por meio da avaliação da QV, permitem a obtenção do conhecimento necessário acerca do impacto negativo sofrido na vida das pessoas com DM. Proporciona-se, além disso, por essa avaliação, a criação de novas estratégias que impliquem na melhoria do tratamento dos pacientes, pois se contemplam os aspectos biopsicossociais que estão relacionados no controle diário da doença.

OBJETIVOS

- Caracterizar as pessoas com Diabetes Mellitus, acompanhadas na Estratégia Saúde da Família, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Avaliar a qualidade de vida as pessoas com Diabetes Mellitus, acompanhadas na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado em Unidades de Saúde da Família (USF), do Distrito Sanitário III, localizadas no município de João Pessoa - PB. Sabe-se que as Unidades de Saúde da Família são a porta de entrada dos usuários à rede de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo estas formadas por equipes de saúde que possuem a função de realizar a prevenção, promoção e recuperação da saúde.¹

Tem-se, no município de João Pessoa, um total de cinco Distritos Sanitários, sendo o III o de maior dimensão, motivo pelo qual foi o selecionado. Formou-se a população deste estudo por usuários diagnosticados com Diabetes Mellitus tipos I e II, com idade a partir de 18 anos, das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário III, do município de João

Nóbrega LMB, Oliveira PS de, Santos CLJ dos et al.

Características e qualidade de vida de pessoas...

Pessoa, para o ano de 2014, que totaliza 50 USF's, envolvendo 4.432 pessoas.⁶

Considerou-se, para o cálculo do tamanho amostral, o nível de significância de 95%, sendo que o erro amostral utilizado para α foi de 5%, representado pela diferença entre o resultado amostral e o verdadeiro resultado populacional, e a prevalência, no Brasil, de Diabetes Mellitus utilizada foi de 6,9%.⁷

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot \left(\frac{Z_{\alpha}}{2}\right)^2}{p \cdot q \cdot \left(\frac{Z_{\alpha}}{2}\right)^2 + (N-1)E^2} = \frac{4.432 \cdot 0,069 \cdot (1-0,069) \cdot (1,96)^2}{0,069 \cdot (1-0,069) \cdot (1,96)^2 + (4.432-1) \cdot 0,05^2} = 96,6$$

Explica-se que N é o tamanho populacional, p é a prevalência de diabéticos, Z_{α} refere-se ao valor acumulado segundo a tabela de distribuição normal, considerando o nível de significância de 95%, e E é o erro amostral. Chegou-se, logo, a uma amostra de tamanho 97 neste estudo.

Consideraram-se, para a seleção dos participantes, duas etapas: na primeira etapa, foram determinadas as unidades de saúde do Distrito Sanitário III a serem incluídas no estudo; já na segunda etapa, foi determinado

$$p_1 = \frac{n_1}{N_1}, \dots, p_{26} = \frac{n_{26}}{N_{26}}$$

Informa-se que, para participar do estudo, os indivíduos precisavam apresentar diagnóstico médico para Diabetes Mellitus e ser acompanhados nas Unidades de Saúde da Família do Distrito III. Elencaram-se como critérios de inclusão: possuir diagnóstico médico para Diabetes Mellitus; ser maior de dezoito anos; ser acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família e estar na Unidade de Saúde da Família no momento da coleta de dados. Excluíram-se as gestantes diagnosticadas com diabetes gestacional e pessoas sem capacidades física e cognitiva para responder aos questionários.

Empregaram-se, para a realização da coleta de dados, dois instrumentos: o primeiro foi um formulário com variáveis sociodemográficas e clínicas, e o segundo instrumento utilizado foi o Diabetes-39 (D-39), sendo este específico para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus, versão adaptada para a população brasileira.⁸ Aplicaram-se os instrumentos por meio de entrevista individual, enquanto os pacientes aguardavam a consulta de Enfermagem e/ou médica, no local de espera nas unidades, nos turnos da manhã, de segunda a sexta-feira, durante os meses de janeiro a abril/2016.

Detalha-se que, durante a coleta de dados, ocorreram diversos imprevistos que ocasionaram o não alcance da coleta da

Utilizou-se a amostragem aleatória por conglomerados. Explica-se que, neste tipo de amostragem, as subpopulações que, neste caso, são representadas pelas unidades de saúde, possuem elementos internamente heterogêneos, chamados conglomerados (*clusters*).

Realizou-se o cálculo do tamanho amostral n com base nos seguintes cálculos:

o número de pacientes a ser coletado de cada uma das unidades de saúde selecionadas.

Representaram-se, para a escolha das USF, do total de 50, 26 unidades de saúde selecionadas por amostragem por N_1, \dots, N_{26} ; já o número de elementos selecionados em cada unidade de saúde foi representado por n_1, \dots, n_{26} ; cada subconjunto da população com o mesmo número de elementos tem a mesma chance de ser incluído na amostra, logo, considerou-se a proporção de cada subconjunto, ou seja, de cada unidade de saúde, dentre as selecionadas para o estudo:

amostra total, inicialmente determinada em 97 indivíduos. Impediu-se, pela falta de materiais básicos para a realização da consulta à pessoa com DM nas unidades de saúde, como o glicosímetro e fitas para a verificação da glicemia; a falta de profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, para a realização do atendimento individual e condições físicas precárias das unidades de saúde, como o alagamento de salas, o atendimento destes pacientes que, por conseguinte, não se direcionavam à unidade de saúde ou, quando compareciam, não permaneciam devido ao atendimento impossibilitado. Finalizou-se, logo, com o total de 39 indivíduos participantes do estudo.

Analisaram-se os dados pela estatística descritiva. Considerou-se, para a análise da QV dos pacientes com DM, utilizando o instrumento D-39, como se trata de uma escala tipo *Likert* de sete pontos, a amplitude de distribuição de respostas, e, para considerar a QV não afetada” e muito afetada”, o critério utilizado foi: para os participantes que marcaram os itens até o valor quatro da escala, a QV foi considerada como não afetada”; já os que escolheram entre os valores cinco e sete, a QV foi avaliada como afetada”.

Aplicou-se, para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas

com os itens do instrumento D-39, o teste qui-quadrado, sendo considerada a associação significativa quando $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Apoiou-se, com relação às normas éticas para a realização deste trabalho, na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que preceitua a pesquisa envolvendo seres humanos, com ênfase na utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido preenchido pelos participantes e no sigilo e confidencialidade dos dados coletados por parte do pesquisador.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade

Federal da Paraíba, segundo o número 0153/12, CAEE 03459112.1.0000.5188, como, também, autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde segundo o processo nº 06871/2013.

RESULTADOS

Compôs-se o estudo por 39 pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus, sendo 28 (71,8%) pertencentes ao sexo feminino; 37 (94,9%) tinham idade acima 40 anos; 22 (56,4%) possuem companheiros; 27 (69,2%) possuem o ensino fundamental; 24 (61,5%) são ativos economicamente; 19 (48,7%) informaram renda entre um e dois salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com as características sociodemográficas. João Pessoa (PB), Brasil, 2016. (N = 39)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	28	71,8
Masculino	11	28,2
Idade		
<40 ANOS	2	5,1
>40 ANOS	37	94,9
Estado civil		
Com companheiro	22	56,4
Sem companheiro	17	43,6
Escolaridade		
Analfabetismo	2	5,1
Ens. Fundamental	27	69,2
Ens. Médio	9	23,0
Ens. Sup. Completo	1	2,6
Ocupação		
Ativo	24	61,5
Inativo	17	38,5
Renda familiar*		
Menos de 1 SM**	3	7,7
1 SM	17	43,6
Entre 1 e 2 SM	19	48,7
Total	39	100

*Baseada no salário mínimo vigente: R\$ 880,00. **SM: Salário Mínimo

Identificou-se, em relação aos dados antropométricos, que 20 (57,1%) apresentam sobrepeso/obesidade e 29 (85,3%) apresentam

risco para complicações cardiovasculares (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com os dados antropométricos. João Pessoa (PB), Brasil, 2016. (N = 29)

Variáveis antropométricas	n	%
IMC* (n = 35)		
Baixo peso	2	5,7
Eutrófico	13	37,1
Sobrepeso/Obesidade	20	57,1
Circunferência da cintura (n = 34)		
Não apresenta risco para complicações cardiovasculares	5	14,7
Apresenta risco para complicações cardiovasculares	29	85,3

*IMC: Índice de Massa Corporal

Destaca-se que foram coletados dados para o cálculo do IMC de 35 pessoas, pois quatro pessoas não informaram peso e/ou altura. Realizou-se, da mesma forma, a medição da circunferência abdominal de 34 pessoas, pois cinco não permitiram a aferição.

Acrescenta-se, em relação às características clínicas dos participantes, que

22 (56,4%) informaram possuir diagnóstico de DM há menos de cinco anos; 19 (48,7%) não são tabagistas, contudo, 17 (43,6%) declararam ser ex-fumantes; 35 (89,7%) não fazem uso de bebida alcoólica; 27 (69,2%) informaram ter diagnóstico para hipertensão arterial e 21 (53,8%) apresentam níveis elevados de lipídeos no sangue (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com as características clínicas. João Pessoa (PB), Brasil. (N =39)

Variáveis	n	%
Tempo de DM		
<5 anos	22	56,4
5 anos e <10 anos	7	17,9
≥10 anos	10	25,6
Tabagismo		
Sim	3	7,7
Não	19	48,7
Ex-fumante	17	43,6
Etilismo		
Sim	4	10,3
Não	35	89,7
Hipertensão arterial		
Sim	27	69,2
Não	12	30,8
Dislipidemia		
Sim	21	53,8
Não	18	46,2
Total	39	100

Constatou-se, ao avaliar os itens do questionário D-39, que 21 (53,9%) pessoas com DM apresentaram QV afetada no item 13 - Não ser capaz de fazer o que quer, da Dimensão 1 (Energia e Mobilidade); na Dimensão 2 (Controle do Diabetes), no item 14 - Ter Diabetes, 15 - Perder o controle dos níveis de

açúcar e 39 - Diabetes em geral, verificou-se que 31 (79,5%), 24 (61,6%) e 25 (64,1%) pessoas com DM, respectivamente, apresentaram a QV afetada, e, no que se refere à Avaliação Geral, 21 (53,9%) pessoas referiram QV afetada quanto à autopercepção (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das pessoas com Diabetes Mellitus de acordo com as respostas aos itens das cinco dimensões e avaliação geral do D-39 - Dimensão 1: Energia e Mobilidade. João Pessoa - PB, Brasil, 2016. (N=39).

Itens	Escala			
	1 a 4		5 a 7	
	n	%	n	%
3. Diminuição ou falta de energia	24	61,5	15	38,5
7. Outros problemas de saúde além do diabetes	22	56,4	17	43,6
9. Sensação de fraqueza	26	66,7	13	33,3
10. Quando você consegue andar	28	71,7	11	28,3
11. Necessidade de realizar exercícios regularmente	27	69,2	12	30,8
12. Perda ou embaçamento da visão	25	64,1	14	35,9
13. Não ser capaz de fazer o que você quer	18	46,15	21	53,9
16. Outras doenças além do diabetes	23	59,0	16	41
25. Complicações devido ao diabetes	24	61,5	15	38,5
29. Não ser capaz de fazer atividades domésticas	30	77	9	23
32. Necessidade de descansar várias vezes no dia	28	71,7	11	28,3
33. Dificuldades em subir escadas	22	56,4	17	43,6
34. Dificuldades em cuidar de você mesmo	35	89,7	4	10,3
35. Sono agitado	26	66,7	13	33,3
36. Andar mais devagar que os outros	29	74,3	10	25,7

Dimensão 2: Controle do Diabetes				
1. Uso diário de medicação	31	79,4	8	20,6
4. Seguir tratamento prescrito	28	71,7	11	28,3
5. Restrições alimentares	22	56,4	17	43,6
14. Ter diabetes	8	20,5	31	79,5
15. Perder o controle dos níveis de açúcar	15	38,4	24	61,6
17. Ter que testar os níveis de açúcar	25	64,1	14	35,9
18. Tempo necessário para o controle	26	66,6	13	33,4
24. Tentar manter o diabetes controlado	27	69,2	12	30,8
27. Manter registro dos níveis de açúcar	32	82,0	7	8,0
28. Necessidade de comer em intervalos regulares	25	64,1	14	35,9
31. Ter rotina organizada em função do diabetes	29	74,3	10	25,7
39. Diabetes em geral	14	35,9	25	64,1
Dimensão 3: Ansiedade e Preocupação				
2. Preocupação relacionada com questões financeiras	26	66,7	13	33,3
6. Preocupações sobre seu futuro	27	69,2	12	30,8
8. Estresse ou pressão em sua vida	25	64,1	14	35,9
22. Sentimento de tristeza ou depressão	25	64,1	14	35,9
Dimensão 4: Sobrecarga Social				
19. Restrição do diabetes sobre família e amigos	29	74,3	10	25,7
20. Constrangimento por ter diabetes	30	76,9	9	23,1
26. Fazer coisas que família e amigos não fazem	25	64,1	14	35,9
37. Ser chamado de diabético	32	82,0	7	18,0
38. Ter o diabetes interferindo em sua vida familiar	28	71,9	11	28,1
Dimensão 5: Funcionamento Sexual				
21. Diabetes interfere na sua vida sexual	27	69,2	12	30,8
23. Problemas com sua função sexual	27	69,2	12	30,8
30. Diminuição do interesse pelo sexo	27	69,2	12	30,8
Avaliação Geral				
Autopercepção da qualidade de vida	18	46,1	21	53,9
Quão grave você acha que é seu diabetes?	24	61,5	15	38,5

Revela-se que, dentre as variáveis em que a qualidade de vida se mostrou afetada, o item 14 - Ter Diabetes e o item 15 - Perder o controle dos níveis de açúcar mostraram associação significativa com a variável Tempo de DM (Tabela 3), apresentando p-valor de 0,03 e 0,05, respectivamente; assim como o item 15 - Perder o controle dos níveis de açúcar apresentou associação significativa com a variável Renda Familiar (Tabela 1), com p-valor de 0,03.

DISCUSSÃO

Observa-se, em relação aos dados sociodemográficos, predominantemente, a maior porcentagem de participantes do sexo feminino no estudo, evento este que pode ser explicado pela maior procura de serviços de

saúde pelas mulheres, além da população feminina ser mundialmente superior à população masculina.⁵

Infere-se, com relação à idade, que houve predomínio de pessoas >40 anos, e esse fato ocorre devido ao aumento gradual da frequência do DM ao longo da vida e à associação dessa morbidade com o processo de envelhecimento.⁹

Levantou-se, no que se refere ao estado civil, que a maioria dos participantes possui companheiro. Pode-se considerar o estado conjugal um fator que contribui para o manejo do diabetes, pois indivíduos que perderam o (a) companheiro (a) têm maior tendência a apresentar alterações de saúde, como desânimo, depressão e perda da vontade de viver, o que pode interferir

diretamente na qualidade de vida da pessoa com diabetes.¹⁰

Apresentou-se, pelos participantes deste estudo, baixa escolaridade ou até mesmo analfabetismo completo, e esse resultado negativo tende a determinar a dificuldade de absorção de novos conhecimentos sobre o DM e ocasionar baixa adesão terapêutica medicamentosa, sendo que uma pesquisa brasileira mostra que a maioria das pessoas diagnosticadas com DM tem baixa escolaridade.¹¹

Mostrou-se, em relação à ocupação, que a maioria possui atividade remunerada, e esse resultado pode contribuir, de forma positiva, na qualidade, pois estudos mostram que pessoas que exercem algum tipo de atividade remunerada apresentam efeito positivo sobre o processo de envelhecimento, além da independência financeira em relação a aspectos importantes como a saúde.¹²

Apontou-se, sobre as condições econômicas apresentadas pelos participantes, renda familiar entre um e dois salários mínimos, e a avaliação desse ponto é importante para a qualidade de vida, pois grande parte dos aposentados no Brasil sustenta sua família, o que pode sugerir o uso restrito do dinheiro mensal para o tratamento do diabetes.¹²

Definiu-se, em relação às características clínicas dos pacientes, que a maioria dos participantes apresentou IMC equivalente a sobrepeso/obesidade, e o aumento da adiposidade pode indicar um potencial fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, levando à morbimortalidade e diminuição da qualidade de vida.¹³

Alerta-se que os participantes apresentaram risco para complicações cardiovasculares. Indica-se, pelas medidas de circunferência abdominal elevadas, risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, que aumentam a incidência e a prevalência da morbimortalidade em pacientes com DM.¹

Pontua-se, em relação ao tempo de DM, que os indivíduos apresentaram, em sua maioria, um tempo de diagnóstico menor que cinco anos. Deve-se levar o tempo de diagnóstico da doença em consideração, pois, eventualmente, quanto maior o tempo de diagnóstico, menor será a prevalência de adesão ao tratamento; além disso, um maior tempo de convivência com o diagnóstico da doença aumenta o risco de desenvolvimento de complicações relacionadas ao diabetes, em consequência ao controle ineficaz do metabolismo da glicose.¹⁴

Afirmou-se, no que se refere ao tabagismo, pela minoria, ser tabagista, contudo, um número considerável relatou ser ex-fumante. Contribuiu-se, pelo consumo de tabaco, para o aumento da morbimortalidade, devido à sua influência direta no desenvolvimento de doenças cardiovasculares.¹⁵

Relatou-se, em relação ao etilismo, por 89,7% dos entrevistados, o não uso de bebidas alcóolicas, e pacientes diabéticos podem consumir bebidas alcóolicas, desde que sigam um limite de doses recomendadas. Provocam-se, pelo etilismo, quando associado ao DM, disfunções no controle metabólico e/ou agravamento de complicações associadas ao diabetes, se seu uso for realizado de forma crônica.¹⁶

Expõe-se que, dentre os indivíduos entrevistados, 69,2% informaram diagnóstico para hipertensão arterial sistêmica (HAS). Causa-se efeito negativo na qualidade de vida do indivíduo diabético, pela associação entre DM e HAS, devido à potencialização das complicações clínicas em níveis micro e macrovascular, ocasionando morbimortalidade cardiocerebrovascular.¹⁶

Examinou-se, em relação aos itens sobre QV, que a maioria dos participantes mostrou que 13 - Não ser capaz de fazer o que quer” (Dimensão 1 - Energia e Mobilidade) afeta a qualidade de vida, e isso pode ser consequência da diminuição da potência do agir e pensar de pessoas com DM devido a complicações da patologia, além do desenvolvimento de sentimentos de desespero e aflição decorrentes da convivência com as limitações que a condição crônica impõe.¹⁷

Apurou-se, na Dimensão 2 - Controle do Diabetes, que os participantes apontaram que os itens 14 - Ter Diabetes, 15 - Perder o controle dos níveis de açúcar e 39 - Diabetes em geral afetam a qualidade de vida, o que pode estar relacionado à adesão ao tratamento da doença, que compreende o uso diário da medicação, a prática de atividade física e adesão a uma alimentação saudável, pois requer, da pessoa acometida, participação de até 90% nos cuidados à sua saúde para que se tenha o controle metabólico adequado.¹⁰

Acarreta-se, dentre os componentes de tratamento, pela adesão a uma dieta balanceada, a perda da autonomia da pessoa com DM em escolher o tipo de alimento, a quantidade e o momento de realizar as refeições como queria. Compreende-se essa mudança na rotina alimentar, por envolver disciplina e planejamento, como a maior dificuldade de adesão ao tratamento e, por conseguinte, fator que propicia a

descompensação da doença e a depreciação da qualidade de vida.¹⁸⁻⁹

Evidenciou-se, neste estudo, que as pessoas que possuíam menor tempo de DM apresentaram associação com a qualidade de vida afetada nos itens 14 - Ter Diabetes e 15 - Perder o controle dos níveis de açúcar, o que corrobora estudo realizado na Atenção Primária, em Fortaleza - CE, que mostrou que as pessoas com DM com melhores níveis de qualidade de vida são aquelas que convivem com a doença há mais tempo, pois, à medida que o tempo de convívio com a doença progride, a pessoa com DM obtém mais informações sobre a doença, além de melhor adaptação à sua condição crônica, permitindo que possua conhecimento e atitudes positivas para realizar atividades de autocuidado.¹⁸

Encontrou-se outra associação referente à QV afetada no item 15 - Perder o controle dos níveis de açúcar com a renda familiar. Verificou-se, em estudo realizado em Salvador - BA, que objetivou investigar os fatores associados à ausência do controle glicêmico em pessoas com DM da Atenção Primária, que a condição econômica é um fator que pode interferir no seguimento do tratamento, visto que seu custo é elevado, principalmente em relação à dieta, composta de alimentos específicos com preços diferenciados em relação aos que compõem a cesta básica.²⁰

Averiguou-se, no que se refere à Avaliação Geral, que as pessoas com DM apresentaram Autopercepção da qualidade de vida afetada, o que pode estar relacionado com as mudanças requeridas no estilo de vida e com o contexto econômico e social em que a pessoa com DM está inserida.²¹

Reconhece-se, nesse sentido, a importância da avaliação da qualidade de vida continuamente em pessoas com DM, pois essa atividade proporciona uma análise que reporta à visão holística do indivíduo, contemplando aspectos, muitas vezes, passivos de intervenções dos profissionais de saúde, principalmente, do enfermeiro.²²

Necessita-se, para que essa avaliação ocorra de forma ativa nos serviços de saúde, que haja um planejamento e uma implementação de ações de responsabilidade envolvendo o próprio governo, com a valorização de informações científicas por meio de políticas públicas que contemplem a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e a valorização dos profissionais de saúde que os acompanham.²³

Limitou-se o estudo pelo quantitativo de participantes, consequência da falta de insumos e *deficit* de recursos humanos, o que

contribuiu para que um número reduzido de pessoas com DM procurasse as USF durante o período de coleta.

CONCLUSÃO

Permitiu-se identificar, pelo estudo, que a maioria dos participantes possui baixa escolaridade, condições econômicas precárias, fatores de risco para doenças cardiovasculares e comorbidades associadas, assim como que a qualidade de vida se encontra afetada, principalmente, na Dimensão 2.

Constatou-se, além disso, que os itens em que os participantes apresentaram QV afetada obtiveram associações significativas com as variáveis sociodemográfica (renda) e clínica (tempo de DM). Ratifica-se, pelos resultados encontrados, que o cuidado à pessoa com DM deve ser holístico, considerando todos os aspectos da pessoa com DM e que, juntamente com a qualidade de vida, essas variáveis têm influência na adesão ao tratamento, devendo ser consideradas no planejamento do cuidado pela equipe de saúde, por terem impacto na morbimortalidade da doença.

Considera-se complexo avaliar a qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus, pois se faz necessária a utilização de um olhar integralizado sobre o ser humano, e é fundamental entender que a qualidade de vida é um termo subjetivo que pode ser influenciado pela associação de variáveis sociais, demográficas, emocionais, clínicas e laboratoriais.

Torna-se necessária, por conseguinte, a realização de mais estudos acerca da temática, pois há escassez de publicações sobre a qualidade de vida de pacientes com diabetes no Brasil, principalmente utilizando o instrumento D-39.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 Jan 12]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. International Diabetes Federation. Diabetes: facts and figures [Internet]. Brussels: IDF; 2015 [cited 2018 Jan 13]. Available from: <https://www.idf.org/about-diabetes/what-is-diabetes.html>
3. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://www.who.int/diabetes/en/>

4. Zulian LR, Santos MA, Veras VS, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Zanetti ML. Quality of life in patients with diabetes using the Diabetes 39 (D-39) instrument. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013 Sept; 34(3):138-46. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300018>
5. Faria HTG, Veras VS, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an educational program. *Rev esc enferm USP.* 2013 Apr; 47(2):348-59. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342013000200011>
6. Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2015. Distrito Sanitário III. João Pessoa: Secretária Municipal de Saúde; 2015.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 Jan 15]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf
8. Queiroz FA, Pace AE, Santos CB. Cross-cultural adaptation and validation of the instrument diabetes - 39 (d-39): brazilian version for type 2 diabetes mellitus patients - stage 1. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2009 Sept/Oct [cited 2018 Aug 18];17(5). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500018>
9. Vieira CPB, Furtado AS, Almeida PCD, Luz MHBA, Pereira AFM. Prevalence and characterization of chronic Wounds in elderly persons assisted in primary Care. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 July 14];31(3):e17397. Doi: [10.18471/rbe.v31i3.17397](http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17397)
10. Chibate CLP, Sabóia VM, Teixeira ER, Silva JLL. Quality of life of people with Diabetes Mellitus. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2014 Sept/Dec [cited 2018 July 22];28(3):235-43. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11909/8986>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 May 11]. Available from: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf
12. Santos, AL, Cecilio HPM, Marcon SS. Perception of people with type 2 diabetes mellitus concerning an educational health process. *Rev RENE.* 2015 Mar;3(1):39-44. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.02.007>
13. Oliveira PS, Lima CLJ, Ferreira JDL, Ferreira TMC, Lucena ALR, Acioly CMC, et al. Characterization of People with Diabetes Mellitus Assisted in an Outpatient Follow-up Clinic. *Int Arch Med.* 2017 Apr; 130(10). Doi: <https://doi.org/10.3823/2400>
14. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. *Acta paul enferm.* 2012; 25(2):284-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>
15. Magalhães FJ, Mendonça LBA, Rebouças CBA, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SC. Risk factors for cardiovascular diseases among nursing professionals: strategies for health promotion. *Rev Bras Enferm.* 2014 May/June;67(3):394-400. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140052>
16. Teixeira CRS, Arrelias CCA, Zanetti ACG, Gonela JT, Miyar L, Franco RC. Alcohol consumption and emotional problems related to diabetes mellitus. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.* 2014 Apr; 10(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i1p-11-16>
17. Petermann XB, Machado IS, Pimentel BN, Miolo SB, Martins LR, Fedosse E. Epidemiology and care in Diabetes Mellitus practiced in Primary Health Care: a narrative review. *Saúde (Santa Maria).* 2015 Jan/June; 41(1):49-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583414905>
18. Fernandes MC, Silva LMS, Silva MRF, Moreira TMM. Care management actions in the Family Health Strategy. *Rev RENE.* 2015 Sept/Oct; 16(5):639-48. Doi: [10.15253/2175-6783.2015000500007](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500007)
19. Valentim SA, Haddad MCL, Rossaneis MA. Difficulties experienced by diabetes mellitus carriers residents in rural district. *J Nurs UFPE on line.* 2015 Apr;9(4):7330-7. Doi: [10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201519](https://doi.org/10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201519)
20. Maia HF, Carmo ZR. Factors associated with lack of control in diabetic glycemic served in primary health units. *Rev Pesq Fisioter.* 2015 Dec;5(3):262-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v5i3.719>

21. Girardi CE, Heck R, Bobek ML, Benetti ERR, Stumm EMF, Colet CF. Quality of life of people in living groups with diabetes mellitus type 2. J Nurs UFPE on line. 2015 Apr;9(4):7239-46. Doi:

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i4a10484p7239-7246-2015>

22. Leal LB, Moura IH, Carvalho RBN, Leal NTB, Silva AQ, Silva ARV. Related quality of life health of people with type 2 diabetes mellitus. Rev RENE [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 17];15(4):672-82. Doi:

[10.15253/2175-6783.2014000400015](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400015)

23. Luengo CML, Mendonça ARA. Spirituality and quality of life in diabetic patients. Rev bioét. 2014 May/Aug;22(2):380-7. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222020>

Submissão: 11/11/2018

Aceito: 27/02/2019

Publicado: 01/05/2019

Correspondência

Luciana Maria Bernardo Nóbrega
Rua Oselmar de Castro Barreto, 116
Bairro José Américo
CEP: 58073-444 – João Pessoa (PB), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(5):1243-52, maio., 2019