

Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes

Family Health Strategies: Profile/quality of life of people with diabetes
Estrategias Salud de la Familia: perfil/calidad de vida de personas con diabetes

**Claudete Moreschi¹, Claudete Rempel¹, Daiana Foggiao de Siqueira²,
Dirce Stein Backes³, Luis Felipe Pissaia¹, Magali Teresinha Quevedo Grave¹**

¹ Universidade do Vale do Taquari-UNIVATES. Lajeado-RS, Brasil.

² Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Santiago-RS, Brasil.

³ Centro Universitário Franciscano. Santa Maria-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Moreschi C, Rempel C, Siqueira DF, Backes DS, Pissaia LF, Grave MTQ. Family Health Strategies: Profile/quality of life of people with diabetes. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(6):2899-906. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0037>

Submissão: 30-01-2018

Aprovação: 24-03-2018

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e analisar o perfil epidemiológico de pessoas com diabetes atendidas em Estratégias Saúde da Família. **Método:** Estudo transversal, realizado com 350 pessoas com diabetes. **Resultados:** As pessoas com diabetes, em sua maioria, são mulheres, idosas, casadas, brancas, com baixo nível instrucional, aposentadas/pensionistas, renda familiar de até dois salários mínimos. À medida que aumenta o tempo das pessoas com a doença, diminui a sua qualidade de vida. As pessoas que possuem complicações decorrentes do diabetes possuem uma qualidade de vida menor, com diferença estatística significativa. **Conclusão:** O conhecimento das características sociodemográficas, de avaliação clínica e da qualidade de vida das pessoas com diabetes pode melhorar o processo de cuidado prestado a esta população.

Descritores: Diabetes Mellitus; Prevalência; Qualidade de Vida; Saúde Pública; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life and to analyze the epidemiological profile of people with diabetes treated in Family Health Strategies. **Method:** A cross-sectional study carried out with 350 people with diabetes. **Results:** Most people with diabetes are women, elderly, married, white, with low educational level, retired/pensioners, family income of up to two minimum wages. As the time of people with the disease increases, their quality of life decreases. People with complications from diabetes have a lower quality of life, with a statistically significant difference. **Conclusion:** Knowledge of the sociodemographic characteristics, clinical evaluation and quality of life of people with diabetes can improve the care process provided to this population.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Prevalence; Quality of Life; Public Health; Health Management.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida y analizar el perfil epidemiológico de las personas con diabetes atendidas en Estrategias Salud de la Familia. **Método:** Estudio transversal, realizado con 350 personas con diabetes. **Resultados:** Las personas con diabetes, en su mayoría, son mujeres, ancianas, casadas, blancas, con bajo nivel instruccional, jubiladas/pensionistas, renta familiar de hasta dos salarios mínimos. A medida que aumenta el tiempo de las personas con la enfermedad, disminuye su calidad de vida. Las personas que tienen complicaciones derivadas de la diabetes tienen una calidad de vida menor, con diferencia estadística significativa. **Conclusión:** El conocimiento de las características sociodemográficas, de evaluación clínica y de la calidad de vida de las personas con diabetes puede mejorar el proceso de cuidado prestado a esta población.

Descriptor: Diabetes Mellitus; Prevalencia; Calidad de Vida; Salud Pública; Gestión de la Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Claudete Moreschi

E-mail: clau_moreschi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Verifica-se, atualmente, um aumento significativo da prevalência de doenças crônicas, no Brasil, as quais aumentam as taxas de óbitos decorrentes de agravos, sobretudo, da população em processo de envelhecimento e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾. Dentre as doenças crônicas mais comuns, destaca-se a Diabetes Mellitus (DM), cuja etiologia desencadeia modificações no contexto social da pessoa acometida, ao passo que exige alterações no estilo de vida, podendo influenciar diretamente na qualidade de vida populacional. Estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035⁽²⁾. Estudo realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apurou que a diabetes acomete 8,0% da população adulta brasileira⁽³⁾.

A prevalência de DM na população brasileira entre os 30 e 69 anos é de 7,6%, enquanto que acima dos 70 anos de idade, as taxas aumentam para 20% e, destes indivíduos, 50% desconhecem seu diagnóstico e 25% das pessoas com DM não realizam o tratamento preconizado⁽⁴⁾. O tratamento da DM baseia-se em medidas preventivas e paliativas, visando à diminuição e retardo dos agravos, por meio de tratamento farmacológico e modificações no estilo de vida, bem como estímulo à alimentação saudável e prática de exercícios físicos⁽⁵⁾. O diagnóstico de DM reflete diretamente no contexto da Qualidade de Vida (QV) do indivíduo e de seu grupo familiar, sendo necessário um apoio efetivo por parte da Atenção Primária à Saúde (APS) em ações que promovam a educação em saúde⁽⁶⁾.

Neste sendo, a principal fonte de apoio às pessoas com DM advém das Estratégias Saúde da Família (ESF) que, desde a sua incorporação na Atenção Primária à Saúde (APS), reorganizam o modelo curativista tradicional, em ascensão na década de 80, para um modelo baseado na clínica ampliada⁽⁷⁾. A equipe de ESF estabelece o vínculo profissional-usuário por meio de práticas de educação em saúde e intervenções de acompanhamento das pessoas com DM⁽⁸⁾.

OBJETIVO

Analisar o perfil epidemiológico e avaliar a qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus atendidas em quatorze Estratégias Saúde da Família de um município de médio porte do Rio Grande do Sul/RS.

MÉTODO

Aspectos éticos

Os procedimentos éticos foram seguidos, conforme a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Para a realização do estudo, obteve-se o termo de autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, realizado em 14 ESF de um município de médio porte do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a setembro do ano de 2015.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A amostra do estudo foi de 350 pessoas com DM, atendidas pelas 14 ESF do referido município. Ao considerar que as ESF possuem, aproximadamente, o mesmo número de pessoas com DM atendidas em seu território de abrangência, selecionou-se aleatoriamente 25 participantes de cada ESF. O tamanho da amostra do estudo (350) foi determinado levando em consideração que no ano de 2013 foram cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB do município do estudo 1.125 pessoas com DM de 18 anos ou mais, portanto, para uma amostra com 95% de confiança e 4,4% de erro. Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: pessoas com DM, atendidas nas ESF e com mais de 18 anos. Foram excluídas as pessoas que não possuíam condições mentais de responder aos questionários.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados por meio de um questionário com variáveis sociodemográficas e de avaliação clínica e também por meio da aplicação do questionário *Whoqol-bref*. Este é a versão abreviada do WHOQOL-100 realizado pelo grupo de QV da OMS⁽⁹⁾. As variáveis sociodemográficas contempladas no questionário foram: idade, sexo, cor, ocupação (trabalho), nível de escolaridade, estado civil, religião, renda mensal familiar, composição de pessoas com DM que vivem em sua casa. As variáveis clínicas foram: tempo da doença, comorbidades, antecedentes familiares, fatores de risco, complicações e tipo de tratamento.

Análise dos resultados e estatística

As respostas dos questionários foram tabuladas em planilha Excel. Foi realizada a análise estatística descritiva e inferencial por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 21. As variáveis quantitativas estão descritas através de média e desvio padrão e as variáveis qualitativas, através de frequência absoluta e relativa. Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos.

Os dados do questionário WHOQOL-Bref foram analisados conforme sintaxe prevista pelo grupo de estudos que realizou a tradução do documento. Para melhor compreensão da QV das pessoas com DM, foi utilizada a escala Likert, dividida em cinco classes de igual tamanho: muito ruim (0-20); ruim (21-40); nem ruim nem boa (41-60); boa (61-80); muito boa (80-100).

Na estatística inferencial, foi realizada a ANOVA (com teste pos-hoc de Tukey) para comparação de médias entre grupos de variáveis paramétricas, e Kruskal-Wallis para as variáveis não paramétricas. A correlação de Pearson foi utilizada para comparação da associação entre variáveis analisadas e os escores de QV. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra da coleta de dados constituiu-se em 25 pessoas de cada uma das 14 ESF do município, totalizando 350 pessoas com DM. As variáveis sociodemográficas das pessoas com DM que participaram do estudo serão apresentadas por meio da Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas nas Estratégias Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

| Variáveis | Categorias | n | % |
|----------------|-------------------------------|-----|------|
| Sexo | Masculino | 112 | 32,0 |
| | Feminino | 238 | 68,0 |
| Idade | 0 a 39 | 9 | 2,6 |
| | 40 a 49 | 22 | 6,3 |
| | 50 a 59 | 66 | 18,8 |
| | 60 a 69 | 128 | 36,6 |
| | 70 a 79 | 93 | 26,6 |
| | 80 ou mais | 32 | 9,1 |
| | Total | 350 | 100 |
| Estado Civil | Solteiro | 21 | 6,0 |
| | Casado | 227 | 64,9 |
| | Viúvo | 81 | 23,1 |
| | Divorciado | 21 | 6,0 |
| Escolaridade | Não sabe ler nem escrever | 41 | 11,7 |
| | Ensino fundamental incompleto | 240 | 68,6 |
| | Ensino fundamental completo | 14 | 4,0 |
| | Ensino médio incompleto | 33 | 9,4 |
| | Ensino médio completo | 16 | 4,6 |
| | Ensino superior incompleto | 5 | 1,4 |
| | Ensino superior completo | 1 | 0,3 |
| Ocupação | Aposentado ou pensionista | 241 | 75,2 |
| | Do lar | 34 | 9,7 |
| | Autônomo | 14 | 4,0 |
| | Outras | 39 | 11,1 |
| Cor | Branca | 300 | 85,7 |
| | Preta | 24 | 6,9 |
| | Parda | 25 | 7,1 |
| | Amarela | 1 | 0,3 |
| Renda familiar | Até 1 salário | 76 | 21,7 |
| | Entre 1 e 2 salários | 161 | 46,0 |
| | Entre 2 e 4 salários | 100 | 28,6 |
| | Entre 4 e 10 salários | 13 | 3,7 |

As variáveis referentes à avaliação clínica dos participantes serão elucidadas na Tabela 2.

A avaliação da QV das 350 pessoas com DM ocorreu por meio da aplicação do questionário Whoqol-bref. Através da análise dos dados, verificou-se que a média geral de QV das 350 pessoas com DM atendidas nas ESF que participaram da pesquisa foi de 67,6 (DP = 18,1).

Ao analisar as questões em seus respectivos domínios, verificou-se que no domínio “físico” a média de QV é de 59,9 (DP = 19,4). O domínio “psicológico” apresentou uma média de QV de 70,1 (DP = 18,2). No domínio “relações sociais”, a média de QV foi de 69,4 (DP = 20,2). O domínio “meio

Tabela 2 – Variáveis de avaliação clínica das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas nas Estratégias Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

| Variáveis | Categorias | n | % |
|-----------------------|--|-----|------|
| Tipo de diabetes | Tipo 1 | 11 | 3,1 |
| | Tipo 2 | 336 | 96,0 |
| | Gestacional | 3 | 0,9 |
| Pessoas da família DM | 1 | 258 | 73,7 |
| | 2 | 84 | 24,0 |
| | 3 | 8 | 2,3 |
| Tempo da doença | 0-5 | 142 | 40,6 |
| | 6-10 | 92 | 26,3 |
| | 11-15 | 62 | 17,7 |
| | 16 anos > | 54 | 15,4 |
| | Total | 350 | 100 |
| Comorbidades | Hipertensão | 312 | 89,1 |
| | Dislipidemia | 230 | 65,7 |
| | Obesidade | 171 | 48,9 |
| | Enfermidade do coração | 118 | 33,7 |
| Fatores de risco | Antecedentes familiares cardiovasculares | 221 | 63,1 |
| | Tabagismo | 71 | 20,3 |
| | Sedentarismo | 224 | 64,0 |
| | Sobrepeso/obesidade | 178 | 50,9 |
| | Hipertensão | 312 | 89,1 |
| Complicações | Sim | 261 | 74,6 |
| | Não | 89 | 25,4 |
| Complicações agudas | Hipoglicemia | 164 | 46,9 |
| | Coma hiperosmolar | 31 | 8,9 |
| | Cetoacidose | 19 | 5,4 |
| | Hiperglicemia | 306 | 87,4 |
| Complicações crônicas | Retinopatia | 131 | 37,4 |
| | Neuropatia | 45 | 12,9 |
| | Pé diabético | 33 | 9,4 |
| | Nefropatia | 30 | 8,6 |
| | Cardiopatia | 25 | 7,1 |
| Tipo de tratamento | Dieta | 1 | 0,3 |
| | Dieta e antidiabéticos orais | 276 | 78,9 |
| | Dieta e insulina | 13 | 3,7 |
| | Dieta, antidiabético oral e insulina | 60 | 17,1 |

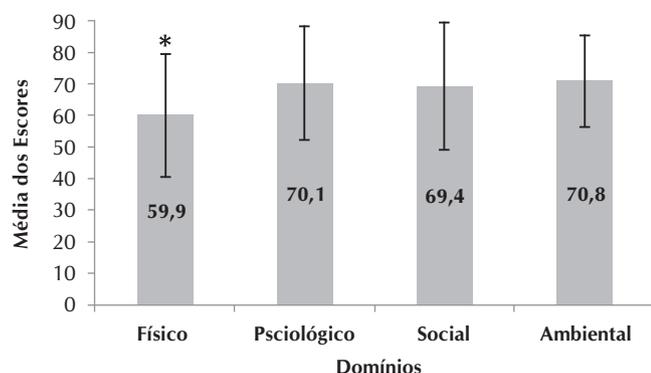
Nota: DM - Diabetes Mellitus.

ambiente” apresentou uma média de QV de 70,8 (DP = 14,7). A média do domínio físico difere estatisticamente dos demais domínios pelo teste de Tukey $p < 0,01$ (Figura 1).

O domínio “físico” apresentou uma QV nem ruim nem boa, e os demais domínios (psicológico, relações sociais e meio ambiente) apresentaram uma QV boa. Na média geral de QV das pessoas com diabetes, incluindo todos os domínios, teve uma QV boa.

A média de QV das 350 pessoas com diabetes avaliada, conforme questionário *Whoqol-bref*, foi relacionada com a idade, o sexo, o tempo de doença, as complicações e a participação em grupos de educação em diabetes. Ao correlacionar

a média de QV das pessoas com diabetes e a idade, conforme correlação de Pearson, houve correlação fraca, negativa e significativa, ($r = -0,1827$; $p = 0,0007$), mostrando que, conforme a idade das pessoas vai aumentando, sua QV diminui de forma significativa (fraca).



Nota: * A média com asterisco difere estatisticamente dos demais domínios pelo teste de Tukey $p < 0,01$.

Figura 1 – Média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida das pessoas com diabetes participantes da pesquisa

Em relação ao sexo das pessoas com diabetes e a média de sua QV, no teste t, não houve diferença significativa entre a média das mulheres (67,4) e dos homens (68,0), ($t = -0,3604$; $p = 0,7192$). Quanto à média de QV das pessoas com diabetes e o tempo que elas possuem a doença, houve correlação fraca, negativa e significativa. A partir disso, evidencia-se que, à medida que aumenta o tempo das pessoas com a doença, diminui a QV ($r = -0,1704$; $p = 0,0016$).

A média de QV das pessoas com diabetes que possuem complicações, e as que não têm complicações difere significativamente ($t = 3,78$; $p = 0,0002$). Quem apresenta complicações tem uma média de QV (65,8) menor do que as pessoas que não apresentam complicações (72,6).

DISCUSSÃO

Os resultados sociodemográficos do perfil das pessoas que frequentam as 14 ESF do município estudado permitiram evidenciar que há predomínio de pessoas com DM do sexo feminino (68,0%). Estudos epidemiológicos desenvolvidos em outros estados (Pará, São Paulo e Amapá) também evidenciam maior prevalência de DM em mulheres⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A média de idade desta população foi de 64,4 anos de idade. Boas et al. (2011)⁽¹³⁾ encontraram média de 59,4 (DP = 8,02) anos de idade na população com DM estudada. Quanto à faixa etária, houve maior prevalência de participantes com idade de 60 a 69 anos (36,6%). Estudo realizado com pacientes com DM de uma Unidade Básica de Saúde de Macapá, AP/BR constatou que a maioria tem 60 anos ou mais de idade⁽¹⁴⁾.

A prevalência de DM, em sua maioria, acomete indivíduos casados (64,9%). Este resultado é semelhante ao estudo que descreveu a prevalência de DM em usuários acompanhados

por uma ESF do município de João Pessoa/PB, o qual também constatou que a maioria dos entrevistados estava casado ou em união estável (64,3%)⁽¹¹⁾. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes deste estudo possui baixo nível instrucional, sendo que 68,6% possuem o ensino fundamental incompleto e 11,7% são analfabetos. Dados semelhantes foram evidenciados em estudo realizado com a população diabética no estado de Pernambuco, que encontrou 13,1% de analfabetos e a maioria tinha apenas o ensino fundamental⁽¹⁴⁾. Outros estudos também evidenciaram predominância de baixo nível de escolaridade dos pacientes com DM^(11-12,15-16).

A renda familiar das pessoas com DM está concentrada, em sua maioria, entre 1-2 salários mínimos (46,0%). Almeida e Cardenas (2013)⁽¹³⁾ também constaram que a maioria dos sujeitos com DM (55,9%) possui renda familiar entre 1-2 salários mínimos. Quanto à ocupação, a maioria das pessoas com DM é aposentada ou pensionista (75,2%), percentual este que difere do estudo de Boas et al. (2011)⁽¹⁴⁾, que encontraram 41,4% da população de diabéticos aposentada ou pensionista. Outro estudo mostrou 36,8% desta população referiu ser aposentado ou pensionista⁽¹²⁾.

As variáveis de avaliação clínica das pessoas com DM, quanto ao tipo de DM, deste estudo, permite a constatação de que a maioria dos participantes possui o DM Tipo 2 (96,0%), seguido do DM Tipo 1 com 3,1%. A DM Tipo 1 representa em torno de 5% a 10% do total de casos. Já, o Tipo 2 é mais frequente, compreendendo cerca de 90% a 95% do total de casos. Ao comparar estes percentuais, percebe-se que, neste estudo, o percentual do DM Tipo 1 é menor e o DM Tipo 2 é maior que as prevalências previstas pelas sociedades citadas. Esta pesquisa desconhece o motivo do percentual ser diferente do previsto⁽⁴⁾.

Quanto ao número de membros da família que possuem DM, verifica-se que 24,0% têm outro familiar que também possuem esta doença, percentual semelhante ao achado do estudo desenvolvido em Colatina-ES, que constatou que 25,0% dos participantes possuem familiares de 1º grau com DM e, 31,0%, familiares de 2º grau⁽¹⁷⁾. A respeito do tempo da doença, constatou-se uma média de 9,2 anos, com maior prevalência de pessoas possuindo a doença de dois a cinco anos. Estudo realizado na cidade de São Paulo, que avaliou características sociodemográficas e clínicas de pessoas com DM Tipo 2, identificou que o tempo médio de diagnóstico do DM foi de 14,8 anos⁽¹³⁾. Outro estudo que objetivou descrever a prevalência de fatores de risco e complicações do DM Tipo 2 em usuários acompanhados em uma Unidade de Saúde da Família no município de João Pessoa/PB evidenciou que aproximadamente metade (45,7%) tinha o diagnóstico há oito anos ou mais⁽¹¹⁾.

Ao analisar as comorbidades e os fatores de riscos, verificou-se que 89,1% das pessoas com DM possuem hipertensão arterial, 65,7% têm dislipidemia, 48,9% são obesos, 64% são sedentários, 63,1% possuem antecedentes familiares com doenças cardiovasculares, 33,7 possuem alguma enfermidade do coração e 20,3% são fumantes. Percebe-se que a maioria dos participantes possui a hipertensão associada ao DM. Um estudo que investigou a prevalência de DM em uma população adulta do sertão de Pernambuco identificou que 68,0% dos diabéticos eram hipertensos⁽¹⁴⁾. No estado de São Paulo, um

estudo constatou prevalência de 87,7% de hipertensão em pessoas com DM⁽¹³⁾.

Constatou-se também predominância de pessoas com DM dislipidêmicas. Boas et al. (2011)⁽¹³⁾ encontraram que 72,8% dos indivíduos diabéticos apresentam dislipidemia. Outro estudo desenvolvido no estado do Pará demonstrou que 56,49% das pessoas com DM apresentavam alguma alteração em seus níveis de colesterol total ou triglicérides⁽¹²⁾.

Quanto à obesidade, evidenciou-se que cerca da metade das pessoas com DM deste estudo é obesa (50,9%). Outros estudos apontaram que a maioria da população com DM estava com sobrepeso ou obesidade. Estudo realizado em São Paulo encontrou prevalência de 46,3% da população diabética com obesidade⁽¹³⁾.

Identificou-se também que a maioria das pessoas com DM é sedentária (64,0%). Estudo que traçou o perfil socio-sanitário e estilo de vida da população hipertensa e/ou diabética do município de Teixeira/MG, encontrou que 67,4% de sedentários⁽¹⁵⁾. Estudo desenvolvido com usuários acompanhados pelas ESF no município de João Pessoa/PB, encontrou que a maioria desta população (71,4%) era sedentária⁽¹¹⁾.

Em relação ao tabagismo, houve uma prevalência de 20,3% fumantes entre as pessoas com DM deste estudo, resultado semelhante ao estudo de Cotta et al. (2009)⁽¹⁵⁾, que encontrou 19,6% de tabagistas dos indivíduos com DM. Já, Lyra et al. (2010)⁽¹⁴⁾, em estudo desenvolvido com indivíduos diabéticos, evidenciaram que 28,2% destes eram fumantes. O tabagismo é prejudicial nas complicações diabéticas, sobretudo em casos de nefropatias e na morbidade e mortalidade macrovascular. O cigarro aumenta as concentrações de colesterol total e LDL, diminui o HDL e aumenta a resistência à insulina⁽¹⁸⁾.

Quanto às complicações, a maioria (74,6%) referiu apresentar complicações decorrentes do DM. Dentre as complicações agudas, a hiperglicemia apresentou maior percentual com 87,4% da população. A hiperglicemia é o fator primário desencadeador de outras complicações do DM⁽¹⁹⁾. A hipoglicemia é uma complicação aguda que pode desencadear limitações ao tratamento do DM. Pode envolver custos elevados no seu tratamento e prevenção, também pode provocar implicações na qualidade de vida do indivíduo e da sua família⁽¹⁸⁾.

Destaca-se que, no Brasil, em 2010, sucederam 3.741 óbitos em virtude de complicações agudas do DM. Este valor equivale a 6,8% dos 54.857 óbitos por DM como causa básica no país. Os óbitos se distribuíram de maneira semelhante entre coma e cetoacidose sem menção de coma. Após correções e padronizações, a taxa de mortalidade por complicações agudas do DM no país, foi de 2,45 óbitos por 100 mil habitantes⁽²⁰⁾.

No que diz respeito às complicações crônicas, 37,4% apresentaram retinopatia. Outro estudo encontrou prevalência de 30,0% da retinopatia diabética⁽¹¹⁾. Estudo realizado por Almeida (2013)⁽¹²⁾ detectou que 48,5% apresentaram alterações visuais. Em pessoas com DM, é necessário que o acompanhamento oftalmológico seja sistematizado e rigorosamente cumprido, com a finalidade de que ocorra o tratamento adequado da retinopatia antes que apareçam consequências irreversíveis. Isto demonstra a importância da atenção por parte dos serviços públicos na prevenção, orientação e tratamento das pessoas com DM, fazendo o diagnóstico precoce e prevenindo a doença^(4,21).

Estudo que objetivou determinar a prevalência de neuropatia periférica diabética em pessoas com DM Tipo 2 atendidas em uma unidade de medicina familiar no México, evidenciou que a prevalência geral de neuropatia neste grupo de pacientes foi de 69%⁽²²⁾. No entanto, este estudo constatou percentual menor, 12,9% da população estudada referiu já ter apresentado a complicação de neuropatia em decorrência do DM. Este estudo encontrou que 8,6% das pessoas com DM referiram possuir nefropatia. Estudo desenvolvido por Almeida (2013)⁽¹²⁾ constatou que 10,3% apresentaram alterações renais.

Outra complicação crônica investigada foi a presença de pé diabético na população estudada (9,4%). Um estudo que buscou descrever a prevalência de fatores de risco e complicações do DM Tipo 2 em usuários acompanhados por uma Unidade de Saúde da Família, constatou que 12,9% dos pacientes possuem pé diabético⁽¹¹⁾. É importante implementar estratégias que visem favorecer o diagnóstico e tratamento em unidades de medicina de família, tais como o treinamento dos pacientes no autocuidado com os pés e formação médica familiar na avaliação do pé. Sem dúvida, o atendimento oportuno irá impedir ou retardar as complicações inerentes à condição, reduzir os elevados custos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes⁽²²⁾.

Ao considerar a evolução em longo prazo, o DM pode causar diversas consequências, que incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, além de ser um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares^(11,18). Detectou-se que a maioria dos participantes possui antecedentes familiares com doenças cardiovasculares e 33,7% dos participantes autorreferiram possuir alguma enfermidade do coração associada ao DM. Estudo que avaliou a adesão à dieta e ao exercício das pessoas com DM encontrou que 52,5% dos participantes possuíam algum tipo de doenças cardiovasculares⁽¹³⁾. Existe uma relação direta entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular⁽²³⁾.

Os dados relativos ao tipo de tratamento evidenciaram que 78,9% fazem dieta e utilizam antidiabéticos orais. A maioria faz uso de tratamento medicamentoso (95,7%). Estudo realizado por Rodrigues et al. (2011)⁽¹¹⁾ também constatou que a maioria dos sujeitos realizava tratamento medicamentoso (95,7%) e 74,3% realizavam algum tipo de dieta. Outro estudo evidenciou que todas as pessoas com DM faziam o tratamento medicamentoso⁽¹²⁾. Pesquisa desenvolvida em Minas Gerais também evidenciou que o tratamento do DM é basicamente medicamentoso (96,6%)⁽¹⁵⁾.

Ao avaliar a média geral de QV das pessoas com DM atendidas nas ESF, incluindo todos os domínios, constatou-se que a mesma é boa. Em relação aos domínios avaliados no *Whoqol-bref*, as pessoas com DM apresentaram melhor média de QV no domínio "meio ambiente" e menor média no domínio "físico". Ao discutir sobre a menor média encontrada, no domínio "físico", este apresentou uma QV nem ruim, nem boa. Farias et al. (2014)⁽²⁴⁾ também encontraram uma QV nem ruim nem boa no domínio "físico". O organismo de uma pessoa com DM sofre distúrbios inerentes às dificuldades do fluxo sanguíneo, principalmente nas extremidades, onde é comum ocorrerem lesões ulcerosas e amputações, além da sensação de fadiga e síndromes depressivas. Diante disso, percebe-se que esse

domínio é o mais comprometido nas pessoas acometidas pela doença, interferindo na QV.

Constatou-se que as pessoas com DM atendidas nas ESF estão satisfeitas com seu ambiente, com média de 70,8 (DP = 14,7). Em Alagoas, Farias et al. (2014)⁽²⁴⁾ encontraram média de 54,27. (SD = 13,67) no domínio “meio ambiente”. Em Pelotas/RS, Azevedo et al. (2013)⁽²⁵⁾ encontraram média de 59,0 (DP = 14,2) no domínio “meio ambiente”. A média de QV no domínio “meio ambiente” é maior do que a média encontrada na literatura, evidenciando que as pessoas desse estudo estão satisfeitas com as dimensões avaliadas nesse domínio.

Em relação ao domínio “psicológico”, os participantes deste estudo apresentaram uma QV boa, com média de 70,1 (DP = 18,2). Estudo desenvolvido por Farias et al. (2014)⁽²⁴⁾ evidenciou média de 61,43 (SD = 16,71) das pessoas com DM, no domínio “psicológico”. Vale referir que o DM pode causar modificações severas no comportamento da população, devido ao alto grau de autocuidado que é exigido. Essas situações podem acarretar sofrimentos nos indivíduos, principalmente quando seu nível de compreensão diminui, como no caso dos idosos, que possuem, em alguns casos, doenças mentais degenerativas associadas⁽²⁶⁾.

No domínio “relações sociais”, evidenciou-se uma QV boa, com média de 69,4 (DP = 20,2). Achados semelhantes a esses foram evidenciados em pesquisa realizada em Alagoas, que teve média de 68,2 (SD = 17,47)⁽²⁴⁾. Nesse sentido, também se destaca outra pesquisa desenvolvida em Pelotas/RS, que teve média de 71,3 (DP = 17,7)⁽²⁵⁾. Os achados deste estudo convergem com os resultados dos estudos anteriores, sinalizando que as pessoas com DM apresentam uma QV boa no aspecto social. Destaca-se que a maioria dos participantes deste estudo (70%) apresentou QV boa ou muito boa.

Quando a avaliação do domínio “relações sociais” é boa, é possível afirmar que as pessoas possuem boas relações pessoais e percebem que são amparadas socialmente. Isso demonstra que, apesar dos desafios relativos ao enfrentamento da doença, é possível que as pessoas tenham uma boa QV no domínio das relações sociais. O amparo social dignifica o ser humano, inserindo-o num contexto em que possui uma função e um sentido para existir, sendo que a comunidade torna-se apoiadora de boas práticas⁽²⁷⁾.

Em relação ao sexo das pessoas com diabetes e a média de sua QV, não houve diferença significativa entre a média das mulheres e dos homens. Esse resultado difere dos achados do estudo realizado em Pelotas/RS por Azevedo et al. (2013)⁽²⁵⁾ o qual avaliou a QV de usuários com DM e constatou diferença significativa de QV entre mulheres e homens, sendo inferior em mulheres.

Ao correlacionar a média de QV das pessoas com diabetes e a idade, conforme correlação de *Pearson*, houve correlação fraca, negativa e significativa, mostrando que, conforme a idade das pessoas aumenta, diminui a QV de forma significativa (fraca). Um estudo que avaliou a QV em usuários com doenças crônicas que buscam atendimento nas UBS da Universidade Católica de Pelotas/RS evidenciou que a QV foi menor em pessoas mais velhas⁽²⁵⁾, o que foi ao encontro dos achados deste estudo.

Quanto à média de QV das pessoas com diabetes e o tempo que elas possuem a doença, houve correlação fraca, negativa e significativa. Evidenciou-se que, à medida que aumenta o tempo das pessoas com a doença, diminui sua QV.

A DM é uma doença considerada crônica, portanto, seus sinais e sintomas acompanham o indivíduo em todos os ciclos vitais. No entanto, os sentimentos variam conforme a aceitação de cada pessoa e a adaptação ao tratamento proposto. O aumento da idade traz consigo características peculiares à etapa vital, como a demência e as debilidades físicas que influenciam a autonomia do próprio indivíduo, sendo necessário o apoio de um cuidador⁽¹⁸⁾. A QV depende muito das percepções de cada indivíduo, sendo que a extenuante rotina de cuidados com a saúde, em alguns casos, pode causar sofrimento, principalmente transtornos psiquiátricos, como a ansiedade⁽⁹⁾.

Outra associação encontrada foi que a média de QV das pessoas com diabetes que possuem complicações e as que não têm complicações difere significativamente. Evidenciou-se que quem apresentou complicações tem uma média de QV menor do que as pessoas que não apresentam complicações. A DM é considerada um problema de saúde pública devido a diversos fatores, entre eles, o significativo comprometimento da QV em virtude das complicações⁽²⁸⁾.

Ao refletir sobre as complicações, recomenda-se que um profissional da equipe multiprofissional da ESF possa assumir o papel de articulador do processo educativo dentro da equipe, e que esse processo vise encorajar os usuários a realizarem o autocuidado e a tomarem decisões necessárias acerca do tratamento da doença. A educação em saúde voltada às pessoas com DM é relevante para controlar a doença, prevenir complicações agudas e crônicas, reduzir o número de internações e melhorar da QV⁽⁶⁾.

A DM, quando bem controlada, não impede que o sujeito viva um dia a dia normal⁽¹²⁾. Portanto, a melhora da QV está relacionada com uma maior satisfação da pessoa que possui a doença, a qual envolve o tratamento aderido, bem como o comprometimento da pessoa em seu autocuidado. A QV de quem possui DM está relacionada ao fato de que estes indivíduos precisam conhecer e perceber suas necessidades em relação ao controle da doença, desenvolvendo atitudes e convicções sobre manejo apropriado e autocuidado⁽²⁸⁾.

Limitações do estudo

A limitação do presente estudo pauta-se no fato do cenário de coleta de dados ter sido delimitado em um município do estado do RS.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

É importante considerar as características sociodemográficas e de avaliação clínica desta população que visam melhorar o processo de cuidado prestado às pessoas com DM. Estes dados são subsídios científicos relevantes para refletir e, se necessário, repensar as estratégias de intervenção em saúde, bem como delinear políticas públicas que atendam as condições locais e regionais de saúde, tanto em âmbito individual, quanto coletivo.

Destaca-se que conhecer a média de QV das pessoas com DM atendidas nas ESF e as dimensões que apresentam melhores médias e a mais comprometida possibilita o planejamento de ações de promoção da saúde e a prevenção de complicações dos indivíduos com DM atendidos na Atenção Básica. Os

profissionais da saúde, dentre eles, os da Enfermagem, precisam ficar atentos às facetas avaliadas nos domínios “físico”, “relações sociais”, “psicológico” e “meio ambiente”, pois são fatores que podem interferir na QV e na qualidade do tratamento. Sugere-se que essas variáveis sejam trabalhadas no decorrer do tratamento, visando contribuir para a eficiência das intervenções e para a promoção de saúde das pessoas com DM atendidas nas ESF.

CONCLUSÃO

A análise do perfil epidemiológico das pessoas com DM atendidas nas ESF de um município do Estado do Rio Grande do Sul constatou que a maioria são mulheres, idosos, casados, brancos, na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade, possuem baixo nível de escolaridade e são aposentados ou pensionistas. Evidenciou-se

que a média geral de QV das pessoas com DM atendidas nas ESF é boa. Quanto às complicações, quem refere apresentá-las possui uma QV menor do que as pessoas que não possuem complicações, com diferença estatística significativa. Conforme a idade das pessoas aumenta, sua QV diminui de forma significativa. As prevalências encontradas neste estudo, sobretudo, as relacionadas aos fatores de risco, comorbidades e complicações, sinalizam necessidade de intervenções preventivas impulsionadoras de mudanças de hábitos e estilo de vida de cada indivíduo.

FOMENTO

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pela concessão de bolsa de doutorado para a primeira autora do presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2012[cited 2017 May 15];46(1):126-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas[Internet]. 6a ed. Brussels: International Diabetes Federation[Internet].2014[cited 2017 May 11]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes-SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. In: Milech A, Oliveira JEP, Vencio S, (Org.). São Paulo: A.C. Farmacêutica[Internet]. 2016[cited 2017 May 11]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/diretrizes-sbd-2015-2016.pdf>
5. Silva LAA, Soder RM, Leite MT, Hildebrandt LM, Oliveira IC, Petry L. Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas. *Saúde*[Internet]. 2016[cited 2017 May 12];42(1):67-74. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19558>
6. Ribeiro KAA, Cristiane M, Figueira S, Jacob LSM. Visita Domiciliária: percepções no espaço da prática. *Rev Bras Educ Saúde*[Internet]. 2016[cited 2017 May 12];6(1):1-4. Available from: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3819>
7. Sousa NPD, Rehem TCMSB, Santos WS, Santos CED. Hospitalizations sensitive to primary health care at a regional hospital in the Federal District. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 May 12];69(1):118-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0118.pdf
8. Gonçalves J, Sampaio J. O acompanhamento de indicadores de saúde no monitoramento e avaliação da atenção básica: uma experiência no distrito sanitário de João Pessoa/PB. *Rev Bras Ciênc Saúde*[Internet]. 2016[cited 2017 May 12];19(1):55-60. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/18179>
9. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2000[cited 2017 May 12];5(1):33-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>
10. Rossaneis MA, Haddad MCFL, Mathias TAF, Marcon SS. Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2016[cited 2017 May 12];24(1):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02761.pdf>
11. Rodrigues DF, Brito GEG, Sousa NM, Rufino TMS, Carvalho TD. Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Ciênc Saúde*[Internet]. 2011[cited 2017 May 12];15(1):277-86. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/10565/6826>
12. Almeida ANF, Cárdenas AMC. Caracterização epidemiológica de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 de uma Unidade Básica de Saúde de Macapá - AP – Brasil. *Rev Ciênc Amazônia*. 2013;1(1):74.
13. Boas LCGV, Foss MC, Freitas MCF, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2011[cited 2017 May 12];20(1):272-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2>
14. Lyra R, Silva RS, Montenegro RMJ, Matos MVC, César NJB, Silva LM. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em

- população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab*[Internet]. 2010[cited 2017 May 12];54(1):560-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n6/09.pdf>
15. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GADG, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2009[cited 2017 May 12];14(1):1251-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a26v14n4.pdf>
 16. Moreschi C, Rempel C, Carreno I, Silva DS, Pombo CNF, Cano MRL. Prevalence and profile of people with diabetes registered at the primary care information system (SIAB). *Rev Bras Promoç Saúde*[Internet]. 2015[cited 2017 May 12];28(1):184-90. Available from: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3598/pdf_1
 17. Bruno A, Pereira LR, Almeida HS. Avaliação da prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 em pacientes da Clínica Unesc Saúde. *Demetra*[Internet]. 2015[cited 2014 May 12];9(1):661-80. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/10659/10924>
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 19. Fernandes V, Ramalho J, Santos MJ, Oliveira N, Pereira ML. Diabetes e hiperglicemia: fatores de prognóstico na pneumonia adquirida na comunidade. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*[Internet]. 2015[cited 2018 Mar 15];10(2):133-40. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343915000085>
 20. Klafke A, Duncan BB, Rosa RS, Moura L, Malta DC, Schmidt MI, et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2014[cited 2017 May 12];23(1):455-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00455.pdf>
 21. Cunha-Vaz J, Ashton P, Iezzi R, Ciulla T, Boyer D, Holz FG, et al. Sustained delivery fluocinolone acetonide vitreous implants: longterm benefit in patients with chronic diabetic macular edema. *Ophthalmology*[Internet]. 2014[cited 2018 May 15];121(10):1892-903. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459216>
 22. Ibarra RCT, Rocha LJJ, Hernández OR, Nieves RRE, Rafael LJ. Prevalencia de neuropatía periférica en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención. *Rev Med Chile*[Internet]. 2012[cited 2017 May 12];140(1):1126-31. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n9/art04.pdf>
 23. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes de 2014. *Diabetes Care*[Internet]. 2014[cited 2017 May 12];37(Suppl-1):s14-s80. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.long
 24. Faria HT, Santos MA, Arrelias CC, Rodrigues FF, Gonela JT, Teixeira CR, et al. Adherence to diabetes mellitus treatments in family health strategy units. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2014[cited 2017 May 12];48(2):257-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf>
 25. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Chronic diseases and quality of life in primary health care. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2013[cited 2017 May 12];29(9):1774-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a17v29n9.pdf>
 26. Radigond AB, Souza RKT, Cordon RL, Silva AMR. Assessment of the follow-up of adult patients with arterial hypertension and/or diabetes mellitus by the Family Health Strategy and identification of associated factors in the City of Cambé, Brazil, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2016[cited 2017 May 12];25(1):115-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00115.pdf>
 27. Strehlow BR, Dahmer L, Oliveira TB, Fontana RT. Patients' perception of groups on health education of pet health surveillance. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*[Internet]. 2016[cited 2017 May 12];8(2):4243-54. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4243/pdf_1865
 28. Araújo RO, Silva DC, Souto RQ, Marconato AMP, Costa IK, Torres G. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. *Aquichan*[Internet]. 2016[cited 2017 May 12];16(1):56-66. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n1/v16n1a07.pdf>
-