



Qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus*

Quality of life of people with diabetes mellitus

Calidad de vida de las personas con diabetes mellitus

Isabela Fernandes de Aguiar Tonetto¹, Marcelo Henrique Barbosa Baptista², Danielle dos Santos Gomides², Ana Emilia Pace³

Como citar este artigo:

Tonetto IFA, Baptista MHB, Gomides DS, Pace AE. Quality of life of people with diabetes mellitus. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03424. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018002803424>

* Extraído do trabalho de conclusão de projeto de iniciação científica: “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 nos três níveis de atenção à Saúde”, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2018.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Ribeirão Preto, SP, São Paulo, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life of people with type 2 diabetes mellitus in the three levels of the healthcare system. **Method:** A quantitative, cross-sectional and descriptive study carried out in primary, secondary and tertiary healthcare units with individuals in outpatient care. The validated Diabetes-39 instrument was used to evaluate quality of life. **Results:** The sample consisted of 53 people. There was a decreasing tendency in the quality of life impairment from the primary to the tertiary care levels. In the total sample, there were differences between domains of quality of life with the variables gender, insulin use and occupation, greater perception of quality of life impairment and disease severity in people with higher rates of glycated hemoglobin. **Conclusion:** Quality of life tends to worsen as the disease worsens. The results suggest that quality of life is related to sociodemographic and clinical variables, therefore, these should be considered in the care.

DESCRIPTORS

Diabetes Mellitus, Type 2; Quality of Life; Nursing Care; Primary Health Care; Health Status.

Autor correspondente:

Ana Emilia Pace
Avenida dos Bandeirantes, 3900,
Bairro Monte Alegre
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto, SP, Brasil
aepace@eerp.usp.br

Recebido: 21/02/2018
Aprovado: 15/08/2018

INTRODUÇÃO

Em 2017, estimou-se que 425 milhões de pessoas no mundo possuíam Diabetes Mellitus (DM), das quais 79% viviam em países em desenvolvimento⁽¹⁾. O Brasil ocupava o quarto lugar entre os 10 países com maior número de casos da doença⁽¹⁾, que acometia, aproximadamente, 12,5 milhões de pessoas e estava entre as cinco principais causas de morte, responsável por mais de 59 mil óbitos no ano de 2015⁽²⁾.

O estado crônico hiperglicêmico do DM está associado a complicações, como o acidente vascular encefálico, a doença cardiovascular, a insuficiência renal e a ferida crônica⁽³⁾, e, com o avançar da idade, a doença pode comprometer a Qualidade de Vida (QV)⁽⁴⁾.

No presente estudo será destacado o construto da QV, pela sua importância no cuidado da pessoa com DM, uma vez que a qualidade de vida pode contribuir para o agravamento da doença, ou dificultar o seu tratamento. A QV é definida como uma percepção do indivíduo, e sua posição no contexto dos sistemas de cultura e valor em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações⁽⁵⁾. Ao considerar que a QV se refere à percepção do bem-estar, estudos nessa área podem fornecer informações para o cuidado de pessoas com DM e auxiliar o planejamento do tratamento e cuidado dessa população⁽⁶⁾.

A literatura diferencia QV de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), pois esta última considera aspectos de saúde geral, funcionamento físico, sintomas físicos e toxicidade, funções emocional, cognitiva, social e sexual, além do bem-estar e questões existenciais, que podem influenciar determinados aspectos dos comportamentos e percepções da QV⁽⁷⁾.

Estudo transversal, com 495 alemães com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) atendidos em unidade primária de saúde mostrou baixa QVRS para o sexo feminino, baixa escolaridade, imobilidade física, dor crônica, sofrimento emocional relacionado ao DM e elevado índice de massa corporal e destacou que essas características da amostra estavam associadas à QVRS ($p < 0,05$)⁽⁸⁾.

Portanto, avaliar a QVRS em diferentes estágios da doença poderá subsidiar uma abordagem holística do cuidado, uma vez que alterações no metabolismo da glicose podem influenciar a QVRS desses indivíduos⁽⁹⁾.

Para o acompanhamento da pessoa com DM, é proposto o cuidado em um contexto hierarquizado e descentralizado do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja base é o nível primário, considerado “porta de entrada”; nível secundário, destinado a situações de maior complexidade e presença de comorbidades; e nível terciário destinado à assistência a situações da doença com alto grau de complexidade e risco de vida⁽¹⁰⁾.

O DM pode afetar a QVRS devido a fatores decorrentes do próprio diagnóstico⁽⁹⁾, tratamento⁽¹¹⁾, presença de complicações e morbidades associadas⁽⁸⁾, entre outros, assim como a própria alteração do metabolismo da glicose dos indivíduos portadores da doença ao longo do tempo⁽⁹⁾.

Dessa forma, os três níveis de atenção à saúde desempenham um papel estratégico no SUS, e, portanto, avaliar a QVRS das pessoas com DM, em diferentes momentos da doença, possibilitará identificar fatores que concorrem para o comprometimento da QV e subsidiar o planejamento do cuidado da pessoa com DM.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos analisar a QVRS de pessoas com DM2 nos três níveis de

atenção à saúde e verificar, na amostra total, a sua relação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado em Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Unidade de Atenção Secundária à Saúde (UASS) e Unidade de Atenção Terciária à Saúde (UATS), do interior paulista, no período de fevereiro a julho de 2015.

CENÁRIO

Para representar os níveis de atenção que compõem o SUS, selecionaram-se três unidades: uma da atenção primária, uma da secundária e uma da terciária, a fim de contemplar os diferentes momentos de tratamento e cuidado da pessoa com DM2.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Consideraram-se, como critérios de inclusão, pessoas com DM2, de ambos os sexos, com idade maior ou igual 30 anos, diagnóstico de DM2 maior ou igual a 1 ano e em seguimento em uma das unidades de saúde selecionadas. Foram excluídas as pessoas que faziam tratamento para o DM, concomitantemente, em outra unidade de saúde.

COLETA DE DADOS

A amostra do estudo foi constituída pelas pessoas com DM2, que compareceram às respectivas unidades durante o período para a coleta dos dados (maio a agosto de 2015), e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão propostos.

As pessoas foram convidadas a participar do estudo no momento do retorno às consultas ambulatoriais ou quando compareciam à unidade para a retirada de medicações. As variáveis sociodemográficas e de QVRS foram coletadas por meio de entrevista individual, e os dados clínicos e laboratoriais, obtidos por meio de consulta aos prontuários.

Compuseram o estudo as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade em anos completos e ocupação; clínicas: tempo de diagnóstico do DM2, Índice de Massa Corporal (IMC), Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), complicações da doença e presença de outras doenças não relacionadas ao DM2, resultados de Hemoglobina Glicada (HbA1c) e Glicemia Plasmática de Jejum (GJ).

INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta dos dados de QVRS, utilizou-se do instrumento Diabetes-39 (D-39)⁽¹²⁾, traduzido e validado para o Brasil⁽¹³⁾, constituído por 39 itens, distribuídos em cinco domínios: “Energia e Mobilidade” (15 itens), “Controle do Diabetes” (12 itens), “Ansiedade e Preocupação” (quatro itens), “Sobrecarga Social” (cinco itens) e “Funcionamento Sexual” (três itens), que avaliam o quanto a QVRS foi afetada no último mês, em uma escala de um a sete pontos, no qual o valor um representa “QV não afetada”, e sete “QV muito afetada”⁽¹²⁾. No estudo de validação, o D-39 apresentou boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,917 para o escore total e

variando de 0,581 a 0,848 para os domínios, mostrando-se um instrumento válido e confiável para mensurar a QVRS das pessoas com DM2⁽¹³⁾.

Esse instrumento possui ainda duas questões sobre a percepção geral da QVRS e sobre a gravidade do DM. Na questão sobre a percepção da QVRS, o escore é invertido, ou seja, o número “07” representa “maior qualidade” e o número “01”, “menor qualidade”⁽¹¹⁻¹²⁾.

Devido ao número de itens ser diferente entre os domínios, os escores totais, mínimos e máximos, de cada um deles, também diferem. Para o domínio “Energia e Mobilidade” (itens: 03, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 e 36), o escore pode variar de 15 a 105 pontos; domínio “Controle do Diabetes” (itens: 01, 04, 05, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 e 39), de 12 a 84; domínio “Ansiedade e Preocupação” (itens: 02, 06, 08 e 22), de quatro a 48; domínio “Sobrecarga Social” (itens: 19, 20, 26, 37 e 38), de cinco a 60; e domínio “Funcionamento Sexual” (itens: 21, 23 e 30), de três a 36, somado a duas questões, uma sobre a percepção individual de QV, e outra sobre a gravidade percebida da doença, ambas com escore de um a sete⁽¹⁴⁾.

No presente estudo, seguiu-se a orientação das autoras que validaram o D-39, transformado as pontuações obtidas em cada seção, a pontuação total e as classificações da autopercepção da QV e da gravidade do DM em um único escore, que varia de 0 a 100⁽¹³⁾, a fim de facilitar a comparação entre os domínios e as análises estatísticas.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram duplamente digitados no Programa Excel, validados, e transportados para o Programa Statistical Package for The Social Science (versão 21.0). Os resultados foram descritos em média (desvio-padrão) e frequências relativa e absoluta.

Para verificar as diferenças entre os grupos, utilizou-se dos testes Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Qui-quadrado, e para verificar a relação QV com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de exames laboratoriais, o Coeficiente de Correlação de Spearman. Adotou-se um alfa de 0,05.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente Projeto possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, parecer n. 841.962/2014 e atende à resolução n.º 466/12, referente às pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 53 pessoas, das quais 19 (40,42%) são da UAPS, 15 (31,91%) da UASS e 19 (40,42%) da UATS. Dezoito pessoas se recusaram a participar do estudo (cinco da UAPS, 11 da UASS e duas da UATS). O número da amostra das variáveis IMC, PAS, PAD, HbA1c e GJ, foram, em cada unidade: UAPS n=19, UASS n=12 e UATS n=16. Ressalta-se que a redução da amostra das variáveis ocorreu devido à indisponibilidade dos resultados desses exames nos prontuários.

Destacam-se a seguir os dados sociodemográficos, os quais serão apresentados na ordem da unidade de atenção primária a terciária de saúde na Tabela 1.

Os dados clínicos mostraram que, na UASS e na UATS, as pessoas estavam com sobrepeso (UASS: 27,17 kg/m² e UATS:

29,95 kg/m²) e na UAPS, com obesidade (32,21 kg/m²)⁽¹⁵⁾. A pressão arterial, sistólica e diastólica (UAPS: 122,10/81,36 mmHg, UASS: 136,00/84,66 mmHg e UATS: 135,68/78,52 mmHg), classificou os usuários como pré-hipertensos⁽¹⁶⁾, e os resultados da glicemia de jejum (UAPS: 165,05 mg/dL, UASS: 146,66 mg/dL e UATS: 169 mg/dL) e da HbA1c (UAPS: 13,37%, UASS: 8,14% e UATS: 8,77%) também estavam alterados⁽¹⁷⁾, nas três unidades (Tabela 1).

Com relação ao tratamento do DM com insulina, destaca-se que o seu uso foi referido por duas pessoas (14,1%) na UAPS, nove (60,0%) na UASS e 16 (84,2%) na UATS. Quanto aos tipos de insulina, duas pessoas da UAPS e seis da UASS fazem o uso de insulina NPH e 12 pessoas referiram usar associação das insulinas NPH com a Regular/Rápida na UATS.

Na variável QVRS, avaliada por meio do D-39, o domínio “Ansiedade e Preocupação” obteve a pontuação mais alta na UAPS e na UASS, e “Energia e Mobilidade” na UATS. A menor pontuação foi observada no domínio “Sobrecarga Social” nas três unidades estudadas. Na questão que aborda a percepção da QVRS, a menor pontuação foi obtida na UATS, e a maior na UAPS, ressalta-se que para esta questão, quanto maior a pontuação, melhor é a QVRS percebida. Na questão sobre “Gravidade Percebida do Diabetes”, observou-se menor pontuação na UAPS e maior na UATS, ou seja, pessoas atendidas na UAPS percebem o DM como uma doença de menor gravidade do que as atendidas na UATS (Tabela 2).

Quando comparados os escores dos domínios com os das questões, observou-se diferença entre os grupos estudados na questão “Gravidade do Diabetes Percebida”. Embora não haja diferença importante entre os grupos estudados para os demais domínios, ocorreu pontuação crescente nos seguintes domínios: “Energia e Mobilidade” e “Controle do Diabetes”, na “Classificação total”, e nas questões: “Qualidade de vida geral percebida” e “Gravidade do diabetes percebida”, mostrando que a QVRS tende a piorar conforme aumenta a complexidade dos níveis de atenção à saúde (Tabela 2).

Em decorrência do número reduzido de participantes da amostra do presente estudo, as análises estatísticas da relação da QVRS com as variáveis sociodemográficas e clínicas foram realizadas na amostra total, sem considerar os três níveis de atenção à saúde. Os resultados mostraram que a idade se relacionou de forma negativa com o domínio “Controle do Diabetes”, ou seja, quanto menor a idade, melhor a qualidade de vida relacionada ao controle do DM. A HbA1c relacionou-se de forma positiva com o domínio “Controle do Diabetes”, com o valor total do escore, e com a questão “Gravidade do diabetes percebida”, ou seja, quanto menores os valores da HbA1c, melhor a QV e percepção da gravidade do DM (Tabela 3).

Na comparação da QVRS com o sexo dos participantes, houve diferença nos resultados obtidos nos domínios “Energia e Mobilidade”, “Controle do Diabetes”, “Sobrecarga Social” e nas questões “Qualidade de Vida Geral” e “Gravidade do Diabetes Percebida”. As pontuações obtidas nestes itens foram maiores para o sexo feminino, resultados estes sugestivos de um maior comprometimento da QV dos participantes do sexo feminino. Quanto à ocupação, as pessoas que trabalham em casa atingiram maior pontuação no domínio “Controle do diabetes”, ou seja, essas pessoas apresentaram pior percepção do controle do DM (Tabela 4).

A comparação dos participantes quanto ao uso ou não de insulina com a QVRS mostrou que a pontuação das pessoas que fazem uso diário daquela foi maior nos domínios:

“Energia e Mobilidade” e “Controle do Diabetes”, na “QV total”, e na questão “Gravidade do Diabetes Percebida”, ou seja, as pessoas que utilizam a insulina apresentam pior QV quando comparadas àquelas que não a usam como tratamento do DM (Tabela 4).

Na comparação da QVRS entre as pessoas com presença ou não de morbidades/comorbidades na amostra estudada, observou-se diferença entre os escores de QVRS das que possuíam o diagnóstico de dislipidemia e de complicações relacionadas ao DM (nefropatia, retinopatia e neuropatia), com aquelas que não possuíam esses diagnósticos (Tabela 4).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e clínicos – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	Frequência (%) / Média (desvio-padrão)			*p-valor
	UAPS	UASS	UATS	
Sexo				
Masculino	10 (52,6%)	07 (46,7%)	06 (31,6%)	**1,805
Feminino	09 (47,4%)	08 (53,3%)	13 (68,4%)	
Idade (anos completos)	57,37 (15,81)	63,95 (7,96)	59,36 (9,11)	*0,259
Estado civil				
Sem companheiro	06 (31,6%)	09 (60,0%)	07 (36,8%)	**3,055
Com companheiro	13 (68,4)	06 (40,0%)	12 (63,2%)	
Escolaridade	6,0 (3,66)	5,80 (3,98)	6,21 (4,75)	*0,872
Ocupação				
Ativo	07 (36,8%)	03 (20,0%)	04 (21,0%)	**7,029
Aposentado c/ atividade remunerada	00 (0,0%)	03 (20,0%)	01 (5,3%)	
Aposentado/Pensionista	09 (47,4%)	08 (53,3%)	11 (57,9%)	
Trabalho em casa, s/ remuneração	01 (5,3%)	00 (0,0%)	01 (5,3%)	
Desempregado(a)/Afastado(a) do emprego	02 (10,5%)	01 (6,7)	02 (10,5%)	
IMC	32,21 (8,22)	27,17 (4,98)	29,95 (4,64)	*0,133
PAS	122,10 (12,39)	136,00 (25,01)	135,68 (21,55)	*0,046
PAD	81,36 (23,18)	84,66 (9,15)	78,52 (10,07)	*0,088
GJ	165,05 (99,34)	146,66 (73,91)	169,61 (81,52)	*0,495
HbA1c	13,37 (19,54)	8,14 (1,94)	8,77 (1,95)	*0,561

*Teste Kruskal-Wallis; **Testes Qui-quadrado.

Tabela 2 – QVRS da amostra estudada por domínios do instrumento D-39, nos três níveis de atenção à saúde – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	Média (desvio-padrão)			P-valor*
	UAPS (n= 19)	UASS (n= 15)	UATS (n=19)	
Energia e mobilidade	35,14 (29,64)	41,40 (21,28)	48,12 (26,69)	0,220
Controle do diabetes	30,62 (25,59)	32,03 (22,36)	36,47 (22,99)	0,659
Ansiedade e preocupação	44,07 (29,50)	43,33 (26,80)	47,58 (30,91)	0,782
Sobrecarga social	23,15 (30,27)	14,66 (14,29)	24,21 (29,60)	0,857
Funcionamento sexual	30,70 (37,33)	35,92 (40,32)	34,50 (29,25)	0,734
Classificação total	32,79 (25,26)	34,87 (18,66)	40,37 (22,44)	0,465
QV geral percebida	67,54 (28,58)	65,55 (31,15)	68,42 (26,58)	0,954
Gravidade do DM percebida	47,36 (32,51)	50,0 (38,31)	76,31 (32,54)	0,024*

Tabela 3 – Relação da Qualidade de Vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra estudada – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	Qualidade de Vida (Diabetes-39)							
	Energia e Mobilidade	Controle do Diabetes	Ansiedade e Preocupação	Sobrecarga Social	Funcionamento sexual	QV total	QV Geral	Gravidade Diabetes
	Valor da estatística para o Coeficiente de Spearman (p-valor)							
Idade	-0,13 (0,35)	-0,32 (0,01)	-0,21 (0,11)	-0,25 (0,06)	-0,19 (0,16)	-0,23 (0,08)	-0,02 (0,87)	-0,17 (0,21)
Tempo de DM	0,12 (0,36)	-0,02 (0,87)	0,11 (0,44)	-0,09 (0,48)	-0,12 (0,37)	0,04 (0,72)	0,04 (0,76)	0,22 (0,11)
Escolaridade	0,04 (0,72)	0,05 (0,68)	0,06 (0,62)	-0,05 (0,67)	-0,04 (0,74)	0,02 (0,87)	-0,17 (0,19)	-0,06 (0,63)
IMC	0,14 (0,32)	0,04 (0,76)	0,08 (0,57)	0,00 (0,94)	-0,10 (0,47)	0,06 (0,66)	0,00 (0,99)	0,04 (0,74)
HbA1C	0,20 (0,16)	0,49 (0,00)	0,22 (0,13)	0,20 (0,16)	0,02 (0,88)	0,35 (0,01)	0,18 (0,21)	0,38 (0,00)

Tabela 4 – Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde com as variáveis sociodemográficas e clínicas – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	Qualidade de Vida (Diabetes – 39)																
	Energi. Mobili.	p-valor	Contro. Diabetes	p-valor	Ansie. Preocupa.	p-valor	Sobrec. Social	p-valor	Funcio. sexual	p-valor	QV total	p-valor	QV geral	p-valor	Gravi. Diabet.	p-valor	
Média (DP)																	
Sexo																	
Masculino	30,77 (24,52)	0,009 ¹	25,90 (23,39)	0,028 ¹	32,60 (24,02)	0,006 ¹	15,94 (15,69)	0,857	43,47 (36,53)	0,056	28,53 (21,10)	0,024 ¹	74,63 (21,82)	0,157	47,10 (33,57)	0,038 ¹	
Feminino	49,85 (25,34)		38,65 (22,49)		54,72 (28,79)		25,11 (31,89)		25,92 (32,24)		41,89 (21,88)		61,66 (31,30)		67,22 (36,22)		
Insulina																	
Sim	49,79 (23,31)	0,013 ¹	39,03 (21,17)	0,027 ¹	48,45 (26,63)	0,269	22,59 (26,21)	0,356	36,62 (34,35)	0,428	41,92 (19,58)	0,019 ¹	66,66 (29,59)	0,927	75,30 (31,47)	0,001 ¹	
Não	33,03 (26,11)		26,70 (24,55)		41,66 (31,02)		19,61 (26,85)		30,34 (35,94)		30,04 (23,80)		67,94 (27,04)		41,02 (32,73)		
Estado Civil																	
C/ Companheiro	45,98 (29,86)	0,190	35,30 (26,65)	0,626	45,02 (32,08)	0,942	25,80 (30,80)	0,643	39,96 (35,29)	0,106	39,55 (26,35)	0,343	72,04 (66,66)	0,127	60,21 (38,89)	0,519	
S/ Companheiro	35,35 (19,97)		30,05 (18,45)		45,26 (24,13)		14,54 (16,79)		24,49 (33,14)		31,23 (14,27)		60,60 (29,79)		56,06 (32,75)		
Ocupação																	
Ativo	37,61 (27,24)		32,14 (25,82)		47,32 (29,71)		24,04 (25,18)		36,50 (39,02)		35,10 (25,11)		69,04 (26,84)		51,19 (37,81)		
Aposentado c/ atividade	59,72 (22,32)		45,13 (17,58)		57,29 (34,42)		20,83 (13,70)		59,72 (41,91)		50,00 (17,18)		70,83 (34,35)		83,33 (19,24)		
Aposentado/ Pensionista	38,29 (25,44)	0,353	25,79 (18,52)	0,038 ²	37,79 (25,53)	0,194	13,80 (18,95)	0,180	27,38 (29,51)	0,690	30,41 (18,06)	0,097	66,66 (29,04)	0,973	53,58 (36,95)	0,242	
Do lar/sem remuneração	61,11 (28,28)		63,88 (17,67)		81,25 (8,83)		60,00 (47,14)		36,11 (11,78)		61,96 (22,36)		58,33 (11,78)		83,33 (23,57)		
Desempregado/Alastado	48,66 (32,84)		55,00 (28,60)		55,83 (35,55)		38,66 (47,70)		37,77 (51,87)		49,23 (30,51)		66,66 (35,35)		76,66 (32,48)		
HAS																	
Sim	40,35 (29,29)	0,627	31,69 (25,86)	0,538	45,23 (31,78)	0,927	23,69 (30,06)	0,775	41,46 (35,44)	0,111	36,14 (25,49)	0,920	72,02 (25,27)	0,289	63,09 (34,35)	0,373	
Não	43,19 (24,03)		34,66 (21,51)		44,61 (26,16)		18,61 (22,02)		25,69 (33,12)		36,21 (19,16)		61,80 (31,26)		54,16 (38,77)		
DLP																	
Sim	46,17 (28,42)	0,392	37,26 (24,25)	0,322	47,91 (31,77)	0,550	26,11 (30,76)	0,328	30,86 (30,62)	0,761	39,86 (24,98)	0,447	62,96 (30,54)	0,383	76,85 (31,38)	0,008 ¹	
Não	39,28 (25,98)		30,84 (23,57)		43,38 (27,86)		18,82 (24,10)		35,94 (37,38)		34,22 (21,32)		69,60 (27,36)		40,50 (35,64)		
Outras doenças																	
Sim	44,08 (29,49)	0,450	33,46 (24,73)	0,985	47,04 (31,53)	0,525	23,87 (29,76)	0,750	35,66 (35,36)	0,561	37,88 (24,97)	0,595	70,96 (27,87)	0,269	63,97 (36,02)	0,205	
Não	38,09 (22,37)		32,47 (22,85)		41,86 (25,36)		17,61 (21,00)		32,01 (35,13)		33,65 (18,68)		61,90 (28,93)		51,58 (36,47)		
Complicações do DM																	
Sim	48,49 (24,91)	0,163	35,78 (21,54)	0,453	47,05 (30,46)	0,618	20,58 (86,67)	0,969	30,39 (29,60)	0,803	39,46 (20,58)	0,354	66,66 (28,25)	0,794	76,41 (33,08)	0,003 ¹	
Não	38,34 (27,36)		31,74 (24,97)		43,92 (28,73)		21,71 (27,21)		36,03 (37,56)		34,57 (23,60)		67,61 (28,85)		49,04 (34,04)		

1= Teste de Mann-Whitney; 2= Teste Kruskal-Wallis.

DISCUSSÃO

A QVRS, no presente estudo, foi investigada a partir da percepção sobre as possíveis influências do DM no cotidiano da pessoa, em cinco diferentes domínios, incluindo duas questões sobre a QV vida geral e gravidade do DM, que compõem o instrumento D-39.

A literatura mostra que, para o controle do DM, *a priori*, é necessário seguir as recomendações dietéticas e exercícios físicos regulares, entretanto, quando esses cuidados se tornam insuficientes para a manutenção do controle glicêmico, inicia-se a terapêutica com antidiabéticos orais, combinada ou não com outros fármacos orais, ou mesmo com insulino-terapia⁽¹⁷⁾. No entanto, para o sucesso do tratamento, são necessárias mudanças comportamentais e desenvolvimento de habilidades para os cuidados, tais como, monitorar a glicemia capilar, preparar e administrar a insulina, examinar os pés, entre outras.

O tempo da doença e o mau controle glicêmico favorecem o desenvolvimento de comorbidades que contribuem para o agravamento da saúde, o que demanda outras terapêuticas e cuidados e/ou tratamentos especializados. Como consequência, a pessoa é encaminhada para unidades de saúde de maior complexidade tecnológica, a fim de receber o tratamento condizente ao grau de complexidade de seu quadro de saúde.

Apesar de não haver diferença significativa ao considerar o valor de $p < 0,05$, os resultados indicam uma tendência de piora da QV à medida que aumenta a complexidade no nível de atenção à saúde. Resultados esses já mostrados em estudo com pessoas atendidas no nível de atenção terciário à saúde, onde percebem sua doença com maior gravidade ($p < 0,05$). Esses resultados, de acordo com as características dos atendimentos neste nível de atenção, são esperados. Conforme aumenta a complexidade do DM, mais especializado é o nível de atenção em que o paciente faz acompanhamento⁽¹⁷⁾.

Não foram identificados na literatura estudos que compararam a QVRS entre os níveis de atenção, o que dificultou a discussão desses dados, no entanto, estudo longitudinal mostrou que a QVRS tende a piorar com o agravamento do metabolismo da glicose⁽⁹⁾ e consequentemente os níveis de complexidade da atenção também se intensificam.

Com relação à associação da QVRS e os dados clínicos, sociodemográficos e de exames laboratoriais, no presente estudo observou-se diferença entre o sexo, a ocupação, o tratamento e a presença de complicações crônicas. Para as maiores taxas de HbA1c, ocorreu maior percepção do comprometimento da QV e da gravidade da doença.

Na Arábia Saudita, estudo transversal realizado com amostra de 283 pacientes com DM2, de um hospital terciário em Riade, que utilizou o questionário *36-item Short-Form* (SF-36), mostrou que o aumento das complicações relacionadas ao DM, o sexo e a condição econômica contribuem para uma pior QVRS⁽¹⁸⁾.

Estudo transversal, realizado no México, cujo objetivo foi avaliar a QVRS por meio do D-39 em 198 pessoas com DM2, de ambos os sexos, com média de idade de 55 anos (DP=9,7), em seguimento ambulatorial nos centros de saúde

da região metropolitana, mostrou resultados semelhantes aos do presente estudo, com maior pontuação no item “Gravidade do diabetes percebida”⁽¹⁹⁾.

Outro estudo transversal, multicêntrico, desenvolvido na Alemanha, Reino Unido, Noruega, Austrália, Estados Unidos e Canadá, com o intuito de disponibilizar o D-39 como um questionário de Multiutilidade Atribuída (MAU), realizado com 924 pessoas que se autodeclararam portadoras da DM e usuárias dos respectivos serviços de saúde, mostrou que os homens possuem maior QVRS e que as mulheres obtiveram pior QVRS nos domínios: “Controle do Diabetes”, “Energia e mobilidade” e “Ansiedade e preocupação”⁽²⁰⁾.

Esses resultados foram semelhantes ao do presente estudo, no qual as mulheres também obtiveram pior QVRS nos domínios “Energia e mobilidade”, “Controle do diabetes”, “Ansiedade e preocupação”, além da “Qualidade de vida total” e na questão “Gravidade do diabetes percebida”.

No presente estudo também foi encontrada diferença na QVRS entre as pessoas que fazem uso ou não de insulina. Aquelas que fazem uso apresentaram pior QVRS nos domínios “Energia e Mobilidade”, “Controle do Diabetes”, na “Qualidade de vida total” e na questão “Gravidade do diabetes percebida”.

Estudo transversal, realizado em unidades privadas de Buenos Aires, Argentina, em amostra de 183 adultos com DM2, 93 dos quais tratados com insulina NPH e 90 com insulina glargina, mostrou, por meio da aplicação do questionário *Audit of Diabetes Dependent Quality of Life* (ADDQoL), que os domínios mais afetados foram: “Preocupações com o Futuro”, “Liberdade para Comer”, “Condições de Vida”, “Vida Sexual” e “Vida Familiar”. Esse estudo destacou ainda que, independentemente de variáveis sociodemográficas e clínicas, o uso de insulina pode afetar a QV dos pacientes com DM2⁽¹¹⁾.

A HbA1c é um importante parâmetro de controle glicêmico. Os resultados do presente estudo mostraram que, quanto mais altos os valores de HbA1c (controle glicêmico inadequado), piores foram os valores da QVRS no domínio “Controle do diabetes”, na “Qualidade de vida total” e na questão sobre “Percepção da gravidade do diabetes”.

Estudo descritivo, com 102 pessoas, entre 30 e 75 anos e com no mínimo 1 ano de diagnóstico de DM2, realizado em unidade ambulatorial de um centro especializado em diabetes no Irã, cujo objetivo foi avaliar a relação da QV com a glicemia e os lipídeos plasmáticos, mostrou que o aumento da HbA1c pode estar relacionado à pior QV, pois as pessoas com HbA1c $< 6,1\%$ tiveram escore de 54,6, e aquelas com HbA1c $> 6,1$ o escore foi de 1,2, embora sem diferença estatística ($p=0,573$). O instrumento utilizado foi o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref), versão abreviada, no qual o escore varia de 0 a 100⁽⁶⁾.

Na Inglaterra, 510 adultos, de 40 a 69 anos, foram avaliados por meio do programa de triagem elaborado por Cambridge (ADDITION – Cambridge), para avaliar a influência das variações glicêmicas na QV de pessoas com DM2, em 4 anos. Os resultados mostraram que a QV específica para o DM, avaliada por meio do ADDQoL, é

sensível a alterações glicêmicas, mesmo que a doença seja bem controlada⁽⁴⁾.

A variável idade relacionou-se com a QV no domínio “Controle do diabetes”, ou seja, quanto mais jovem o indivíduo, melhor a percepção da QV relacionada ao controle do DM. Resultado semelhante foi encontrado em estudo de coorte, cuja amostra foi composta de 1.158 pessoas com DM2, realizado por meio do projeto de Investigação Estratégica do DM2, na Dinamarca. Esse estudo objetivou avaliar a resposta do paciente à monoterapia, à terapia combinada ou à ausência de intervenção farmacológica para o tratamento do DM2, em seu primeiro ano de diagnóstico, e evidenciou que pacientes mais jovens demonstraram melhor capacidade de controle e manutenção da glicemia, dentro dos parâmetros de normalidade, nos três tipos de abordagens terapêuticas propostas⁽²¹⁾.

Como limitação do presente estudo, destaca-se o tamanho amostral, que inviabilizou análises estatísticas da relação da QV com as variáveis sociodemográficas e clínicas, nos três níveis de atenção à saúde. Destaca-se ainda a dificuldade em discutir os dados, pois há poucos estudos publicados que utilizaram o instrumento D-39.

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, nos três níveis de atenção à saúde. **Método:** Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado em unidades de atenção primária, secundária e terciária à saúde com pessoas em atendimento ambulatorial. Utilizou-se do instrumento validado Diabetes-39 para avaliar a qualidade de vida. **Resultados:** A amostra foi constituída por 53 pessoas. Observou-se tendência crescente no comprometimento da qualidade de vida do nível de atenção primária a terciária. Na amostra total, houve diferenças entre domínios da qualidade de vida com as variáveis sexo, uso de insulina e ocupação, maior percepção do comprometimento da qualidade de vida e gravidade da doença nas pessoas com maiores taxas de hemoglobina glicada. **Conclusão:** A qualidade de vida tende a piorar à medida que a doença se agrava. Os resultados sugerem que a qualidade de vida se relaciona com as variáveis sociodemográficas e clínicas, portanto, essas devem ser consideradas no cuidado.

DESCRIPTORIOS

Diabetes Mellitus Tipo 2; Qualidade de Vida; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Nível de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida de personas con diabetes *mellitus* tipo 2, en los tres niveles de atención sanitaria. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, realizado en unidades de atención primaria, secundaria y terciaria de salud con personas en atención ambulatoria. Se utilizó el instrumento validado Diabetes-39 para evaluar la calidad de vida. **Resultados:** La muestra estuvo constituida de 53 personas. Se observó tendencia creciente en el compromiso de la calidad de vida del nivel de atención primaria a terciaria. En la muestra total, hubo diferencias entre dominios de la calidad de vida con las variables sexo, uso de insulina y ocupación, mayor decepción del compromiso con la calidad de vida y severidad de la enfermedad en la personas con mayores tasas de hemoglobina glicada. **Conclusión:** La calidad de vida tiende a empeorar a medida que se agrava la enfermedad. Los resultados sugieren que la calidad de vida se relaciona con la variables sociodemográficas y clínicas, por lo tanto, esas deben considerarse en el cuidado.

DESCRIPTORIOS

Diabetes Mellitus Tipo 2; Calidad de Vida; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Estado de Salud.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Brussels: IDF; 2017 [cited 2017 Nov 14]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde – Mortalidade [Internet]. Brasília: MS; 2015 [citado 2017 fev. 02]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
3. Stryker LS. Modifying risk factors: strategies that work diabetes mellitus. J Arthroplasty. 2016;31(8):1625-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2016.02.084>.
4. Kuznetsov L, Long GH, Griffin SJ, Simmons RK. Are changes in glycaemic control associated with diabetes-specific quality of life and health status in screen-detected type 2 diabetes patients? Four-year follow up of the ADDITION-Cambridge cohort. Diabetes Metab Res Rev. 2015;31(1):69-75. DOI: 10.1002/dmrr.2559
5. World Health Organization. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment 1998. Psychol Med. 1998;28(3): 551-8.
6. Parsa P, Ahmadiania-Tabeshb R, Mohammadi Y, Khoramid N. Investigating the relationship between quality of life with lipid and glucose levels in Iranian diabetic patients. Diabetes Metab Syndr. 2017;11 Suppl 2:S789-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.07.009>

7. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons; 2000.
8. Kamradt M, Krisam J, Kiel M, Qreini M, Besier W, Szecsenyi J, et al. Health-related quality of life in primary care: which aspects matter in multimorbid patients with type 2 diabetes mellitus in a community setting? PLoS One [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 26];12(1): e0170883. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5268781/>
9. Hunger M, Holle R, Meisinger C, Rathmann W, Peters A, Schunk M. Longitudinal changes in health-related quality of life in normal glucose tolerance, prediabetes and type 2 diabetes: results from the KORA S4/F4 cohort study. Qual Life Res. 2014;23(9):2515-20. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0689-5>.
10. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes [Internet]. Ribeirão Preto: SMS; 2011 [citado 2011 mar. 31]. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/prot-hipertensao.pdf>
11. Pichon-Riviere A, Irazola V, Beratarrechea A, Alcaraz A, Carrara C. Quality of life in type 2 diabetes mellitus patients requiring insulin treatment in Buenos Aires, Argentina: a cross-sectional study. Int J Health Policy Manag. 2015;4(7):475-80. DOI: 10.15171/ijhpm.2015.80
12. Boyer JG, Earp JA. The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes (diabetes 39). Med Care. 1997;35(5):440-53.
13. Queiroz FA, Pace AE, Santos CB. Cross-cultural adaptation and validation of quality of life instrument Diabetes 39 (D-39): Brazilian version for type 2 diabetes mellitus patients-stage. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2013 Sept 20];17(5):708-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500018
14. Zulian LR, Santos MA, Veras VS, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Zanetti ML. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [citado 2015 set. 15];34(3):138-146. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300018
15. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry [Internet] Geneva: WHO; 1995 [cited 1995 Nov 03]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 [citado 2016 set. 03];107(3):1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
17. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016 [Internet]. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica; 2016 [citado 2017 abr. 19]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
18. Al Hayek AA, Robert AA, Al Saeed A, Alzaid AA, Al Sabaan FS. Factors associated with health-related quality of life among saudi patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional survey. Diabetes Metab J [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 13];38(3):220-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4083029/>
19. Estrada JGS, Strauss AMG, Beltrán CA, Baltazar RG, Moreno MP. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). Salud Uninorte [Internet]. 2012 [citado 2017 nov. 05];28(2):264-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957009>
20. Chen G, Iezzi A, Mckie J, Khan MA, Richardson J. Diabetes and quality of life: comparing results from utility instruments and Diabetes-39. Diabetes Res Clin Pract. 2015;109(2):326-33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2015.05.011>
21. Mor A, Berencsi K, Svensson E, Rungby J, Nielsen JS, Friborg S, et al. Prescribing practices and clinical predictors of glucose-lowering therapy within the first year in people with newly diagnosed type 2 diabetes. Diabet Med. 2015;32(12):1546-54. DOI: 10.1111/dme.12819

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
Bolsa de Iniciação Científica, Protocolo n° 102901/2015-5.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.