

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NO CENTRO DE DIABETES E HIPERTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FRANCIELY BUBOLS MONTE<sup>1</sup>; RENATA TORRES ABIB<sup>2</sup>; MARIANA SILVEIRA  
MELLO SOLVA<sup>3</sup>; CAROLINA VICTORIA MARTINS BRANDÃO<sup>4</sup>; TAIANE  
SOUZA KNEIP<sup>5</sup>; LÚCIA ROTA BORGES<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas - [francielybubolsmonte@gmail.com](mailto:francielybubolsmonte@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas - [renata.abib@ymail.com](mailto:renata.abib@ymail.com)

<sup>3</sup> Universidade Federal de Pelotas – [marianamello-s@hotmail.com](mailto:marianamello-s@hotmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Federal de Pelotas

<sup>5</sup> Universidade Federal de Pelotas

<sup>6</sup> Universidade Federal de Pelotas - [luciarotaborges@yahoo.com.br](mailto:luciarotaborges@yahoo.com.br)

### 1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo, dentre elas destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), cujo controle exige alterações de comportamento em relação à dieta e ao estilo de vida, podendo comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem desta patologia (LAU, D. T; NAU, D. P,2004).

Pacientes com DM enfrentam mudanças significativas no seu estilo de vida, como alterações nos hábitos alimentares e adesão a esquemas terapêuticos restritivos. Além disso, por se tratar de uma doença progressiva, os indivíduos acometidos tendem a deteriorar seu estado de saúde com o passar do tempo, quando começam a aparecer as complicações derivadas do mau controle glicêmico (BRASIL, 2006). Essa situação pode acarretar uma depreciação da qualidade de vida (QV), pois reflete em seus diferentes aspectos, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dificuldades no relacionamento social, instabilidade emocional, bem como os aspectos envolvendo custos sociais (AGUIAR et. al., 2005).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos atendidos em um centro de referência do município de Pelotas, RS.

### 2. METODOLOGIA

Estudo transversal descritivo, onde foram convidados a participar pacientes diabéticos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos no Centro de Diabetes e Hipertensão da Universidade Federal de Pelotas.

Para caracterizar o perfil clínico e sócio demográfico dos pacientes, foram coletadas as variáveis: idade, sexo, cor, estado civil (com companheiro e sem companheiro), procedência, tabagismo, etilismo e prática de atividade física (WHO, 2003).

Para analisar o perfil socioeconômico foi utilizado o questionário proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) classificando o indivíduo em cinco classes, variando de maior poder aquisitivo (A) ao de menor poder (E). Este critério baseia-se na presença, dentro da residência, de bens domésticos de consumo, presença de empregados, escolaridade do chefe da família e serviços públicos (ABEP, 2016).

Para a avaliação do estado nutricional foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e utilizada a classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 1995).

A QV foi avaliada por meio do instrumento WHOQOL-bref. As respostas para todas as questões foram obtidas por intermédio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos (FLECK et.al. 2000).

As análises estatísticas foram realizadas no programa STATA® versão 12.0. A análise descritiva das variáveis foi apresentada por meio de proporções para variáveis categóricas e por médias e desvios-padrão (DP) para variáveis contínuas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (CEP/FAMED/UFPel), sob o número 1.659.342. O TCLE foi entregue ao paciente no início da pesquisa.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 88 pacientes, sendo 28,5% DM tipo 1 e 71,5% tipo 2, com média de idade de  $55 \pm 15,8$  anos e predomínio do sexo feminino (65,9%). A maioria dos indivíduos eram brancos (81,8%), possuíam companheiro (62,5%), eram naturais da cidade de Pelotas (59%) e pertenciam a classe social C (48,8%).

Em relação ao estado nutricional (Tabela 1), os pacientes apresentaram peso médio de  $77,1 \pm 16,9$  kg. Entre os homens este valor foi de  $85,6 \pm 14,5$  kg e entre as mulheres foi  $72,7 \pm 16,4$  kg, com diferença estatística significativa entre os sexos ( $p < 0,005$ ). A maioria apresentou excesso de peso, com IMC médio de  $29,8 \pm 6,11$  kg/m<sup>2</sup>.

**Tabela 1.** Características antropométricas e estado nutricional dos pacientes diabéticos atendidos no Centro de Diabetes e Hipertensão da UFPel/Pelotas-RS 2016 (n=88).

Variáveis	Média	DP*
<b>Peso(kg)</b>	77,1	16,9
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	29,8	6,11
<b>Classificação IMC**</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Peso adequado	22	25,0
Excesso de peso	66	75,0

\*DP=desvio padrão

\*\*IMC= índice de massa corporal

Quanto à qualidade de vida (Tabela 2), o domínio Físico foi o que apresentou menor escore e o domínio relações sociais foi o que apresentou maior escore. Os domínios psicológico e meio ambiente apresentaram valores próximos à média. Não houve associação significativa entre os domínios de QV e as características clínicas e sócio demográficas dos pacientes.

**Tabela 2.** Qualidade de vida dos pacientes diabéticos atendidos no Centro de Diabetes e Hipertensão da UFPel/Pelotas-RS 2016 (n=88).

Domínios de Qualidade de Vida	Média	DP*
Domínio Físico	57,5	16,9
Domínio Psicológico	62,6	17,8
Domínio Social	68,0	16,6
Domínio Ambiental	57,8	11,9
Qualidade de vida geral	61,3	12,2

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com os achados de KOEHNLEIN et al. (2008), VICTOR et al. (2009) e OLIVEIRA et al. (2014).

Segundo os autores, o maior percentual de mulheres nos estudos pode ser explicado pelas diferenças de atitude entre os gêneros, sendo que os homens são, geralmente, mais resistentes à procura por serviços de saúde e as mulheres apresentam uma preocupação maior com sua própria saúde.

Quanto às variáveis clínicas a maioria apresentou diagnóstico de DM tipo 2. Estes números estão aumentando principalmente em virtude do crescimento e envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, que também vai de encontro com os resultados obtidos com a variável estado nutricional, onde a maioria dos pacientes apresentou excesso de peso (SBD2016).

Quanto a avaliação dos domínios de QV, o domínio relações sociais foi o que mais contribuiu para a melhor qualidade de vida dos pacientes, apresentando maiores escores. O domínio social engloba questões relacionadas aos relacionamentos pessoais, apoio social e atividade sexual, de acordo com o presente estudo os pacientes possuem boas relações pessoais e sentem que são apoiados socialmente. Isto é de grande relevância, pois aponta a possibilidade dessas pessoas conseguirem uma boa qualidade de vida no domínio das relações sociais, apesar da doença e do tratamento.

O domínio físico foi o que apresentou o menor escore, assim como no estudo de FERREIRA et al. (2009). O domínio físico avalia a presença das limitações físicas e como estas interferem na capacidade física dos indivíduos. Contudo fica evidente que os pacientes apresentam dificuldade considerável para a realização de atividades que exigem maior esforço físico. Avaliam-se também, na dimensão aspectos físicos, as limitações na forma e quantidade de trabalho e como tais limitações interferem nas atividades diárias dos pacientes.

Os domínios psicológico e ambiental ficaram mais perto da média e estão relacionados aos sentimentos, o modo de pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidades de adquirir novas informações, habilidades, oportunidades de lazer, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

MIRANZI et al. (2008), demonstram quanto à QV, que em uma escala de zero a 100, os valores para os domínios relações sociais, físico, psicológico e meio ambiente apresentaram valores acima de 50. Assim pode-se considerar que esses valores expressam uma percepção positiva para a QV.

#### 4. CONCLUSÕES

A avaliação da QV foi referida como positiva na maioria dos aspectos mensurados. O domínio relações sociais foi o que obteve o maior escore médio entre os domínios, sendo o que mais contribuiu para uma melhor QV entre os entrevistados, evidenciando que os pacientes referem boas relações pessoais e sentem-se apoiados socialmente.

Conhecer os domínios da QV mais afetados ou que apresentam os menores escores é de suma importância, pois auxilia no planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de complicações. Assim, é interessante recomendar ao ambulatório a implantação de uma equipe multiprofissional, que acompanhe estes pacientes, proporcionando uma melhora na qualidade do tratamento e, principalmente, na vida destes pacientes, incluindo acompanhamento a avaliação da sua qualidade de vida.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR C. C. T. et. al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arq Bras Endocrinol Metab.**;52(6):931-39, 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP) 2016. Critério de classificação econômica Brasil. Acesso em: 12 de maio de 2016. Disponível em, [www.abep.org](http://www.abep.org) .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36);
- FERREIRA F. S. et. al., Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe Saúde da Família, **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 17(3):406-11, 2009.
- FLECK M. P. A. et.al., Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, 34 (2): 178-83, 2000
- KOEHNLEIN E. A. et al., Avaliação do estudo nutricional de pacientes em hemodiálise. **Acta Sci Health Sci**; 30:65-71, 2008.
- LAU, D. T; NAU, D. P. Oral antihyperglycemic medication nonadherence and subsequent hospitalization among individuals with type 2 diabetes. **Diabetes Care, Michigan**, v.27, n.9,p. 2149-2153, June 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): MS; 2001.
- MIRANZI S. S. et. al., Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n.4, 672 – 9, 2008.
- OLIVEIRA T. R. P. R. et al., Perfil de Pacientes que Procuram a Clínica de Nutrição da PUC MINAS e Satisfação quanto ao Atendimento, v. 4, n. 8, jul./dez. 2014.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: [http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4\\_sup pl 2\\_final.pdf](http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup pl 2_final.pdf)
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015-2016.
- SOUSA, V. D. et al. Psychometrics properties of the Portuguese version of the depressive cognition scale in Brazilian adults with diabetes mellitus. **J. Nurs. Measure**, New York, v. 16, n. 2, p. 125-135, 2008.
- VICTOR, J. F et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p. 49-54, 2009
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2003 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO TRS 916.pdf>.