

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR DIABETES MELLITUS

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS AFFECTED BY DIABETES MELLITUS

FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA DE INDIVIDUOS AFECTADOS POR DIABETES MELLITUS

Bruno Gonçalves de Oliveira¹
Eliane dos Santos Bomfim²
Icaro José Santos Ribeiro³
Erica Assunção Carmo⁴
Rita Narriman Silva de Oliveira Boery⁵
Eduardo Nagib Boery⁶

Como citar este artigo: Oliveira, BG, Bomfim ES, Ribeiro IJS, Carmo EA, Boery RNSO, Boery EN. Fatores associados à qualidade de vida de indivíduos acometidos por diabetes mellitus. Rev baiana enferm. 2017;31(4):e21481.

Objetivo: analisar os fatores associados à qualidade de vida de indivíduos acometidos por diabetes mellitus. **Método:** estudo epidemiológico, censitário, realizado com 101 indivíduos com o diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos em uma Unidade de Saúde da Família do município de Jequié-BA, Brasil. Foram utilizados os instrumentos de coleta de dados: sociodemográficos, estilo de vida, dados clínicos e o WHOQOL-bref. **Resultados:** evidenciou-se que as pessoas que fazem uso de álcool e tabaco apresentaram melhor percepção de qualidade de vida no domínio relações sociais. Verificou-se que os indivíduos sobre peso/obeso apresentaram pior percepção de qualidade de vida no domínio psicológico. Quanto ao tempo diagnóstico, observou-se pior percepção entre os indivíduos com diagnóstico > 5 anos de diabetes mellitus e o domínio relações sociais. **Conclusão:** o consumo de álcool e tabaco, índice de massa corporal e o tempo diagnóstico da doença interferem na qualidade de vida do indivíduo com diabetes.

Descritores: Diabetes mellitus. Estilo de vida. Qualidade de vida.

Objective: analyze factors associated with the quality of life of individuals affected by diabetes mellitus. Method: an epidemiological, census-based study of 101 individuals diagnosed with type 2 diabetes treated at a Family Health Unit in the city of Jequié, state of Bahia, Brazil. Data collection instruments were used: sociodemographic, lifestyle, clinical data, and WHOQOL-bref. Results: It was evidenced that people who drink and smoke had a better perception of quality of life in the social relations domain. It was seen that overweight/obese individuals had a lower perception of quality of life in the psychological domain. Regarding the moment of the diagnosis, a lower perception was noted among individuals who had had a diabetes mellitus diagnosis more than 5 years earlier and in the social relations domain. Conclusion: drinking and smoking, the body mass index, and the moment when the disease was diagnosed interfere in the individual's quality of life with diabetes.

Descriptors: Diabetes mellitus. Lifestyle. Quality of life.

¹ Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. brunoxrmf5@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

³ Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

⁴ Enfermeiro. Doutoranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

⁵ Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

⁶ Enfermeiro. Doutor; Docente do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Objetivo: analizar los factores asociados con la calidad de vida de individuos afectados por diabetes mellitus. Método: estudio epidemiológico, censatario, realizado con 101 individuos con diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en una Unidad de Salud de la Familia del municipio de Jequié-BA, Brasil. Fueron utilizados los instrumentos de recolección de datos: sociodemográficos, estilo de vida, datos clínicos y el WHOQOL-bref. Resultados: se evidenció que las personas que hacen uso de alcohol y tabaco presentaron mejor percepción de calidad de vida en el dominio relaciones sociales. Se verificó que los individuos con sobrepeso/obesidad presentaron peor percepción de calidad de vida en el dominio psicológico. En cuanto al tiempo diagnóstico, se observó peor percepción entre los individuos con diagnóstico >5 años de diabetes mellitus y el dominio relaciones sociales. Conclusión: el consumo de alcohol y tabaco, índice de masa corporal y el tiempo diagnóstico de la enfermedad interfieren en la calidad de vida del individuo con diabetes.

Descriptores: Diabetes Mellitus. Estilo de vida. Calidad de vida.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apontam um cenário de grande relevância na epidemiologia, por serem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo⁽¹⁾. Dentre as DCNT, destaca-se a diabetes mellitus (DM), classificada como uma doença multifatorial, progressiva e responsável por complicações metabólicas relacionadas ao infarto e ao acidente vascular encefálico (AVE). Estima-se que, até 2030, o número de indivíduos com DM no Brasil será de 11 milhões⁽²⁾.

Os indivíduos com o diagnóstico de DM, em particular, a tipo 2, demandam uma atenção especial em decorrência dessa doença. O estilo de vida associado à obesidade e à hipertensão arterial sistêmica (HAS) corrobora para o desenvolvimento de complicações. Nota-se que os agravos relacionados ao DM podem comprometer a qualidade de vida (QV) da pessoa, sobretudo, aquelas que não possuem acesso a uma orientação adequada quanto aos cuidados necessários acerca dos malefícios que as complicações da DM podem ocasionar.

A QV pode ser definida quanto à percepção que a pessoa possui acerca da sua condição física, afetiva e cognitiva por meio dos relacionamentos e papéis sociais adotados na vida, além dos aspectos diversos relacionados ao ambiente em que se convive⁽³⁾.

Tendo em vista a influência entre os fatores relacionados ao DM na QV, observa-se a importância da realização de políticas de saúde voltadas para promoção e prevenção, uma vez que poderá reduzir as possíveis complicações decorrentes da doença. Ademais, o trabalho

realizado com a prevenção auxilia na diminuição de despesas e sobrecarga nos serviços públicos de saúde, consequentemente, reduz o número de hospitalizações⁽⁴⁾.

Assim, ressalta-se que a melhoria da QV poderá auxiliar as pessoas com diabetes nos enfrentamentos da doença e de suas possíveis complicações. Além disso, os resultados desse estudo subsidiarão com informações acerca do estado atual da saúde e da QV desses sujeitos e, criarão possibilidades de contribuir para um melhor dimensionamento do cuidado quanto a DM.

Desse modo, o estudo tem como objetivo analisar os fatores associados à qualidade de vida de indivíduos acometidos por diabetes mellitus.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e censitário, realizado no período abril a maio de 2014, com 101 indivíduos com o diagnóstico de DM2 cadastrados no programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia) em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Jequié, BA, Brasil.

Consideraram-se como critérios de inclusão: pessoas de ambos os sexos, com o diagnóstico de DM2, cadastrados no programa Hiperdia e em acompanhamento pela equipe de saúde. Seis pessoas foram excluídas da pesquisa porque apresentaram um déficit cognitivo que os impedia de responder ou entender o instrumento, e quatro porque não foram localizados em seus domicílios após três visitas em horários alternados. Cinco pessoas não concordaram em participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente no domicílio dos participantes e tiveram duração entre 15 a 20 minutos. Para realizar o estudo nesse local, foi necessária a colaboração dos agentes comunitários de saúde no sentido de conduzir até o local da pesquisa. Desse modo, o contato era iniciado após a apresentação do pesquisador seguida da explicação sobre a natureza do estudo.

Posteriormente, ao concordarem em participar era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário contendo questões fechadas, o qual foi constituído por três blocos temáticos: perfil sociodemográfico, estilo de vida e dados clínicos e o inquérito sobre a QV.

O perfil sociodemográfico foi constituído das variáveis: sexo, faixa etária (em anos), escolaridade, situação conjugal, raça/cor e renda mensal. A variável raça/cor foi autorreferida e categorizada em negros (pretos e pardos) e não negros (brancos, amarelos e indígenas)⁽⁵⁾.

Quanto às características relacionadas ao estilo de vida e dados clínicos, avaliou-se: tabagismo categorizado como fumante e não fumante (ex-fumante foi incluído na categoria não fumante); consumo de bebidas alcoólicas categorizado em consumo atual e nunca ter consumido (a pessoa que não realiza mais o consumo foi incluído na categoria de pregresso); sedentarismo, definido a partir da adesão ou não da prática de atividade física, com as respostas distribuídas em sim ou não; glicemia capilar de jejum, classificada em $G < 100 \text{ mg/dl}$ e $G \geq 100 \text{ mg/dl}$ ⁽⁶⁾. O tempo diagnóstico da DM2 foi categorizado em ≤ 5 anos e > 5 anos.

Com relação à avaliação da pressão arterial (PA), ela foi medida por meio de aparelho esfigmomanômetro e estetoscópio ambos da marca PremiumTM. Após a aferição, foram estabelecidos como pontos de corte: pressão arterial sistólica $\geq 140 \text{ mmHg}$ e pressão arterial diastólica $\geq 90 \text{ mmHg}$ ⁽⁷⁾. Para a mensuração da massa corporal, utilizou-se balança portátil (*Tech Line*) e, para a altura (em centímetros),

um estadiômetro compacto (*E210-Wiso*). Após a realização dessas medidas foi calculado o índice de massa corporal (IMC), para o qual foi empregada a fórmula: $[\text{Peso}/\text{Altura}^2]$. Assim, foi possível classificar os indivíduos em eutrofia (IMC 18,5–24,9); sobrepeso (IMC 25–29,9) e obesidade (IMC $\geq 30,0$)⁽⁸⁾.

A QV foi avaliada pelo instrumento WHO-QOL-bref. Este instrumento consta de 26 questões, sendo duas gerais e as outras 24 divididas nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e o índice geral de QV (IGQV)⁽⁹⁾. A aplicação do instrumento avalia tanto populações saudáveis como populações acometidas por agravos e doenças crônicas.

Posteriormente, a aplicação dos instrumentos, os dados foram tabulados em planilha no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos). Realizou-se análise descritiva (frequência relativa e absoluta) para as variáveis categóricas e mediana e intervalo interquartilico para as variáveis contínuas. A normalidade dos dados foi analisada pelo teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov*. Foi aplicado o teste de *Mann-Whitney/Wilcoxon* para comparação de proporções entre os domínios da QV com o estilo de vida e dados clínicos dos indivíduos com DM. O nível de significância adotado foi o $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Este estudo obedeceu às normas éticas e legais estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob Protocolo nº 135/2008.

Resultados

Entre os 101 indivíduos com DM estudados, 55,4% eram do sexo feminino. A mediana da idade foi de 59 anos (IQ 52–70,5), estando 52,5% na faixa etária igual ou maior que 60 anos. Evidenciou-se que 75,2% tinham o tempo menor ou igual à escolaridade de 8 anos; 52,5% eram casados ou estavam com união estável; 78,2% autodeclararam-se negros e 51,5% tinham renda mensal de um salário mínimo (Tabela 1).

Constatou-se que o tabagismo foi identificado em 52,5% dos indivíduos e o consumo de bebidas alcoólicas foi verificado em 64,4% da população estudada. Observou-se que 61,4% dos indivíduos com DM eram sedentários, sendo que 67,3% se enquadravam como sobrepeso/obeso. Notou-se também que 82,2% possuíam a glicemia capilar de jejum ≥ 100 mg/dl. Com relação à PA, 86, 1% apresentaram alterações. Além disso, evidenciou-se que 70,5% apresentaram o diagnóstico de DM acima de 5 anos (Tabela 2).

Considerando as dimensões da QV da população investigada, observa-se, entre os indivíduos com DM, o domínio que apresentou a mediana mais elevada foi o domínio relações sociais, 75,0 (58,3–75,0) e a menor mediana foi verificado no domínio meio ambiente, 53,1 (46,8–62,5) (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta os dados dos domínios de QV, considerando a variável tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Evidenciou-se melhor percepção de QV, com diferença estatisticamente significativa, em: domínio relações sociais com as pessoas que realizam o consumo de tabaco ($p = 0,035$) e os que fazem o uso de bebidas alcoólicas ($p = 0,024$).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e laborais dos indivíduos acometidos por DM2. Jequié, Bahia, Brasil, 2014. (n =101)

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	45	44,6
Feminino	56	55,4
Faixa etária		
< 60 anos	48	47,5
≥ 60 anos	53	52,5
Escolaridade		
≤ 8 anos	76	75,2
> 8 anos	25	24,8
Situação conjugal		
Com companheiro(a)	53	52,5
Sem companheiro(a)	48	47,5
Raça/cor		
Negros	79	78,2
Não-negros	22	21,8
Renda mensal		
1 salário	52	51,5
> 1 salário	49	48,5

Fonte: Elaboração própria.

A relação aos domínios de QV e os dados clínicos foi observada na Tabela 5. Evidenciou-se pior percepção de QV entre os indivíduos sobrepeso/obeso e o domínio psicológico, apresentando diferença estatisticamente significativa ($p = 0,028$). Quanto ao tempo diagnóstico, observou-se pior percepção de QV entre os indivíduos com diagnóstico > 5 anos de DM e o domínio relações sociais apresentando diferença estatisticamente significativa ($p = 0,015$).

Tabela 2 – Características sobre o estilo de vida e dados clínicos dos indivíduos acometidos por DM2. Jequié, Bahia, Brasil, 2014. (n =101)

Variável	n	%
Tabagismo		
Atual/ex-fumante	53	52,5
Nunca	48	47,5
Consumo de bebidas alcoólicas		
Atual/progresso	65	64,4
Nunca	36	35,6
Sedentarismo		
Sim	62	61,4
Não	39	38,6
IMC		
Eutrofia	33	32,7
Sobrepeso/obeso	78	67,3
Glicemia de jejum		
< 100	18	17,8
≥ 100	83	82,2
PA		
Não elevada	14	13,9
Elevada	87	86,1
Tempo de diagnóstico da doença		
≤ 5 anos	30	29,7
> 5 anos	71	70,3

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 – Mediana e intervalo de interquartil (IQ) dos domínios da qualidade de vida dos indivíduos acometidos por DM2. Jequié, Bahia, Brasil, 2014. (n =101)

Domínios da QV	Mediana	IQ
Físico	57,1	(46,4–67,8)
Psicológico	70,8	(58,3–79,1)
Relações sociais	75,0	(58,3–75,0)
Meio ambiente	53,1	(46,8–62,5)
IGQV	62,5	(50,0–75,0)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 – Comparação dos domínios da qualidade de vida com os dados de estilo de vida dos indivíduos acometidos por DM2. Jequié, Bahia, Brasil, 2014. (n =101)

Domínios da QV	Tabagismo	Mediana/ IQ	p-valor	Consumo de bebidas alcoólicas	Mediana/ IQ	p-valor
Físico	Atual	57,1 (46,4–57,8)	0,747	Atual	57,1 (50,0–67,8)	0,731
	Nunca	57,1 (50,0–67,8)		Nunca	57,1 (42,8–67,8)	
Psicológico	Atual	70,8 (62,5–79,1)	0,285	Atual	70,8 (63,5–79,1)	0,135
	Nunca	66,6 (58,3–79,1)		Nunca	66,6 (54,1–75,0)	
Relações sociais	Atual	75,0 (58,3–75,0)	0,035*	Atual	75,0 (66,6–83,3)	0,024*
	Nunca	70,8 (58,3–79,1)		Nunca	70,8 (58,3–75,0)	
Meio Ambiente	Atual	53,1 (46,8–59,3)	0,914	Atual	53,1 (46,8–62,5)	0,129
	Nunca	53,1 (46,8–62,5)		Nunca	50,0 (46,8–56,2)	
IGQV	Atual	62,5 (50,0–75,0)	0,281	Atual	62,5 (50,0–75,0)	0,416
	Nunca	62,5 (50,0–62,5)		Nunca	62,5 (50,0–62,5)	

* Diferença estatisticamente significativa (p-valor \leq 0,05).

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5 – Comparação dos domínios da qualidade de vida com o IMC e o tempo diagnóstico dos indivíduos acometidos por DM2. Jequié, Bahia, Brasil, 2014. (n =101)

Domínios da QV	IMC	Mediana IQ	p-valor	Tempo diagnóstico	Mediana IQ	p-valor
Físico	Eutrofia	60,7 (50,0–71,4)	0,336	\leq 5 anos	60,7 (50,0–71,4)	0,140
	Sobrepeso/ obeso	57,1 (46,4–64,2)		$>$ 5 anos	57,1 (42,8–64,2)	
Psicológico	Eutrofia	75,0 (62,5–83,2)	0,028*	\leq 5 anos	66,6 (58,3–75,0)	0,496
	Sobrepeso/ obeso	66,6 (58,3–75,0)		$>$ 5 anos	70,8 (66,6–83,3)	
Relações sociais	Eutrofia	75,0 (58,3–83,3)	0,346	\leq 5 anos	75,0 (58,3–75,0)	0,015*
	Sobrepeso/ obeso	75,0 (58,3–75,0)		$>$ 5 anos	70,8 (58,3–75,0)	
Meio Ambiente	Eutrofia	56,2 (48,4–65,6)	0,087	\leq 5 anos	53,1 (50,0–62,5)	0,379
	Sobrepeso/ obeso	53,1 (46,8–59,3)		$>$ 5 anos	51,5 (46,8–61,7)	
IGQV	Eutrofia	62,5 (50,0–75,0)	0,258	\leq 5 anos	62,5 (50,0–75,0)	0,623
	Sobrepeso/ obeso	62,5 (50,0–75,0)		$>$ 5 anos	62,5 (50,0–75,0)	

* Diferença estatisticamente significativa (p-valor \leq 0,05).

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

A partir da caracterização dos participantes do estudo, notou-se as diferentes proporções entre homens e mulheres com DM, resultado que corrobora com os estudos realizados acerca da prevalência da população adulta com DM e seus fatores associados, e também os resultados verificados sobre prevalência de DM em idosos em São Paulo, em que as mulheres foram a maioria^(10,11). Evidenciou-se também no estudo a escolaridade e renda mensal relativamente baixa. Sabe-se que a caracterização sociodemográfica de uma população é primordial para o desenvolvimento de atividades acerca da promoção e prevenção da saúde, bem como o controle da DM⁽¹²⁾.

Com relação a faixa etária, percebe-se que a maioria dos indivíduos no estudo possuem a faixa etária maior igual a 60 anos. A realização de estudos sobre a DM em outros países como México e Uruguai evidenciou respectivamente a prevalência de 22,0% e 13,3% da população de idosos com a doença, o que demonstra o aumento crescente do número de pessoas com essa morbidade⁽¹³⁾. Além disso, com o avançar da idade, aumentam as chances dos indivíduos desenvolverem complicações devido a doença⁽¹⁴⁾. Pode-se inferir que as complicações impostas pela DM influenciam na QV do indivíduo e favorecem o aparecimento de limitações físicas, de problemas psicológicos e a necessidade da busca por melhores condições de saúde.

Quanto ao estilo de vida da população pesquisada, foi possível observar que a maioria faz uso de tabaco e álcool. Vale ressaltar que o consumo de tabaco é um dos principais fatores de risco para as complicações de DCNT. A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou que cerca de seis milhões de mortes ocorrem anualmente devido ao uso do tabaco. Dessa forma, políticas têm sido desenvolvidas no intuito de reduzir o tabagismo⁽¹⁵⁾. Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, ele é responsável por 2,3 milhões de mortes. O álcool é considerado uma substância tóxica que pode contribuir para o agravamento da DM e outras DCNT⁽⁸⁾.

Ademais, observou-se no estudo que os indivíduos com DM são considerados sedentários, com sobrepeso/obeso e apresentam alterações nos níveis de PA. Esses resultados corroboram os achados evidenciados a partir de estudos investigativos acerca do monitoramento da DM, sendo constatada a prevalência de população sobrepesa com o histórico de aumento dos níveis de PA^(16,17). Nota-se que o estilo de vida sedentário, sem a realização de atividades físicas associadas aos hábitos de vida relacionados ao consumo de álcool e de tabaco, favorece o desenvolvimento de DCNT⁽¹⁷⁾.

Em geral, os fatores modificáveis para as DCNT, entre os quais se incluem o sedentarismo e a obesidade, influenciam negativamente na QV dos indivíduos com DM. Além disso, deve-se atentar para mudanças no estilo de vida da população em relação às práticas de atividade física regularmente, controle na alimentação e cessação do tabagismo⁽¹⁷⁾. Assim, essas mudanças poderão contribuir para uma melhor percepção de QV com melhoria na saúde e nos aspectos emocionais para o indivíduo. Torna-se importante a estimulação de atividades de promoção da saúde por parte dos profissionais de saúde que atuam no serviço, a fim de estimular as mudanças comportamentais na vida da pessoa com DM evitando possíveis complicações⁽¹⁸⁾.

No que tange ao tempo do diagnóstico, observa-se que maioria da população convive com a doença a mais de 5 anos. O diagnóstico precoce favorece um melhor tratamento além de proporcionar melhoria da QV. As pessoas com DM podem conviver com a doença e evitar possíveis complicações, caso se atentem para as recomendações realizadas pelos profissionais do serviço de saúde. Contudo, quando o diagnóstico é realizado tardiamente ou quando a pessoa convive com a doença, porém não sabe, aumentam-se as chances de complicações, uma vez que a falta de insulina ou a incapacidade da insulina para exercer adequadamente seus efeitos favorecem a mudança do metabolismo da pessoa trazendo como consequências a hiperglicemia dentre outras alterações⁽¹⁹⁾.

Considerando algumas condições importantes relacionadas ao estilo de vida dessa população, constatou-se que os indivíduos com DM apresentaram melhor percepção de QV entre o domínio relações sociais com o tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Tal fato justifica-se pelo consumo de álcool e tabaco proporcionarem sensação de relaxamento diante das atividades realizadas no dia a dia⁽²⁰⁾. Além disso, observa-se também que as relações de amizade o convívio social, de forma geral podem influenciar no aspecto positivo para QV. Em contrapartida, por mais que esse estilo de vida seja prejudicial à saúde, nota-se que essas pessoas encontram na adoção dessas práticas uma forma de contato e interação com outras pessoas. Vale ressaltar que os malefícios dessas substâncias, seja para quem faz uso ou para quem já fez, são fatores de risco para complicações da DM⁽¹⁷⁾.

Ainda se destacam os resultados apresentados acerca da QV com o IMC e o tempo diagnóstico do DM. Embora se tenha evidenciado uma associação positiva entre as relações sociais e o estilo vida, observou-se no estudo que uma pior percepção de QV entre o domínio psicológico com as pessoas sobrepesas/obesas e o tempo diagnóstico de ≤ 5 anos de tempo de convívio com a doença. Nota-se que esses achados demonstram que as pessoas acima do peso não estão satisfeitas com a sua aparência e imagem corporal, tendo em vista que as pessoas têm limitações de realizar certas atividades em virtude do excesso de peso o que, de certa forma, influencia na autoestima e no psicológico do indivíduo, desencadeando uma série de sintomas psicossomáticos. Considera-se que as limitações impostas pelo excesso de peso associada a doença influenciam negativamente na QV, além de ser um fator que pode desencadear complicações cardiovasculares⁽²¹⁾.

Com relação ao tempo diagnóstico, pode-se inferir o impacto ocasionado pela revelação da doença, em que tal pessoa é acometida por DM. Assim, o fato de lidar inicialmente com a doença demonstra a dificuldade de o indivíduo adaptar-se com a mudança no estilo de vida, uma vez que o mesmo não aceita que possui uma doença que necessita de tratamento⁽²²⁾. Vale acrescentar

que essa pessoa passará a receber orientações acerca das mudanças na alimentação, fazer uso de medicamentos rotineiramente e ser acompanhada por um profissional de saúde. Ou seja, o impacto gerado pela mudança no cotidiano implica na deterioração aspecto emocional na vida da pessoa, conseqüentemente influenciando na percepção de QV^(22,23). Dessa forma, ter um apoio familiar e ser acompanhado por profissionais de saúde podem colaborar para uma melhor adesão ao tratamento e proporcionar melhor QV⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, é primordial o acompanhamento do familiar na fase de adesão ao tratamento bem como do profissional de saúde, sendo estes os pilares que servirão de fortalecimento para que o indivíduo possa aderir às novas condições impostas relacionadas ao diagnóstico da DM.

Deve-se considerar as limitações impostas ao realizar estudos de origem transversal, pois ele não permite atribuir necessariamente a causa das associações evidenciadas, uma vez que elas retratam uma situação epidemiológica de um momento específico da saúde. Outra limitação evidenciada no estudo foi a impossibilidade de fazer uma avaliação relacionada a influência da classe de medicamentos hipoglicemiantes na QV dos DM, sendo necessário coletar novas informações para que possa subsidiar novos estudos.

Conclusão

Conclui-se que prevaleceram pessoas com DM idosas, com baixo nível de escolaridade e que sobreviviam com a renda mensal de um salário mínimo. Esses fatores podem contribuir para que a população pesquisada tenha maior dificuldade em controlar o DM, bem como influenciar negativamente na QV. Além disso, percebe-se que indivíduos possuíam um estilo de vida prejudicial à saúde, principalmente pelo fato de fazerem o uso de tabaco e álcool. Outro fato destacado é a prevalência da população com excesso de peso, sedentários, com níveis de PA e glicemia alterados.

Em contrapartida das condições essenciais para evitar complicações relacionadas à DM, evidenciou-se que os indivíduos que fazem o uso

de álcool e tabaco possuem melhor percepção de QV no domínio relações sociais. Apesar de essas substâncias serem consideradas fatores de risco e de complicações para DCNT, não impactam negativamente as relações de convívio social. O que justifica as possíveis influências das amizades ou a falta de apoio familiar quanto à instrução sobre os malefícios que o consumo de álcool e tabaco poderá causar ao indivíduo com DM.

Contudo, mesmo que o estilo de vida não influencie negativamente na QV do indivíduo com DM, observa-se que os dados clínicos relacionados ao excesso de peso e ao diagnóstico recente sobre a doença impactaram negativamente na QV no domínio psicológico. Desse modo, constatou-se que a autoestima desses indivíduos pode estar abalada em virtude das privações acerca da realização de atividades do cotidiano influenciadas pelo excesso de peso. Ademais, o impacto ao receber o diagnóstico de DM também influencia para que o indivíduo tenha dificuldade em se adaptar com a doença.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Bruno Gonçalves de Oliveira, Eliane dos Santos Bomfim.

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Bruno Gonçalves de Oliveira, Eliane dos Santos Bomfim, Icaro José Santos Ribeiro, Erica Assunção Carmo.

3. aprovação final da versão a ser publicada: Bruno Gonçalves de Oliveira, Eliane dos Santos Bomfim, Icaro José Santos Ribeiro, Erica Assunção Carmo, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Eduardo Nagib Boery

Referências

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2013. *Diabetes Care*. 2013; 36(Suppl 1):S11-S66.
2. Mielczarski RG, Costa JSD, Olinto MTA. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):71-8.

3. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):580-8.
4. Faria HTG, Veras VV, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):348-54.
5. Araújo EM, Costa Mda C, Hogan VK, Mota EL, Araújo TM, Oliveira NF. Race/skin color differentials in potential years of life lost due to external causes. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):405-12.
6. Sociedade Brasileira De Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus 2015-2016. 2016 [2016 Dez 15]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(Supl 3):10-3.
8. Alessi A, Brandão AA, Coca A, Cordeiro AC, Nogueira AR, Diógenes de Magalhães F, et al. First Brazilian position on resistant hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(1):576-85.
9. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira GLS, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
10. Menezes TN, Sousa NDS, Moreira AS, Pedraza DF. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):829-39
11. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(4):953-65.
12. Boell JEW, Ribeiro RM, Silva DMGV. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. *Rev Eletr Enf*. 2014 abr/jun;16(2):386-93.
13. Andrade, F. Estimating diabetes and diabetes-free life expectancy in Mexico and seven major cities in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(1):9-16.
14. Cortez DN, Reis IA, Souza DA, Macedo MM, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(3):250-5.
15. Campos TS, Richter KP, Cupertino AP, Galil AGS, Banhato EFC, Colugnati FAA. Cigarette smoking

- among patients with chronic diseases. *Int J Cardiol.* 2014;174(3):808-10.
16. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública* 2012;46(Supl):126-34.
 17. Malta DC, Stopal SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior, JB, Reus AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18 supl 2:3-16.
 18. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Cienc Saúde Coletiva.* 2012;17(1):7-17.
 19. Oliveira DM, Schoeller SD, Hammers Chmidt KS, Vargas MA, Gironi JB. Conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(6):520-5.
 20. Audi CAF, Santiago SM, Andrede MGG, Francisco PMSB. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em servidores de instituição prisional: estudo transversal. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016;25(2):301-10.
 21. Malta DC, Bernal RTI, Nunes ML, Oliveira MM, Iser BPM, Andrade SSCA et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014;23(4):609-22.
 22. Turner A, Anderson JK, Wallace LM, Bourne C. An evaluation of a selfmanagement program for patients with long-term conditions. *Patient Educ Couns.* 2015; 98(1):213-9.
 23. Chibante, CLP, Sabóia VM, Teixeira ER, Silva JLL. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Baiana Enferm.* 2014;28(3):235-43.
 24. Faria HTG, Santos MA, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela JT, Teixeira CRS et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):257-63.

Recebido: 14 de fevereiro de 2017

Aprovado: 31 de outubro de 2017

Publicado: 20 de dezembro de 2017