



## ARTIGO ORIGINAL

## Qualidade de vida de diabéticos assistidos em Estratégia de Saúde da Família na região metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil.

*Quality of life in diabetics assisted in Family Health Strategy in the metropolitan region of Porto Alegre, RS, Brazil.*

Etiane Brum Ferraz<sup>1</sup>, Fátima Helena Cechetto<sup>1,\*</sup>, Fernando Riegel<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Centro Universitário Cesuca. Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia, Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil.

### INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em 31 de março de 2020

Aceito em 16 de julho de 2020

#### Palavras-Chave

Diabetes mellitus  
Enfermagem  
Qualidade de vida  
Saúde pública

#### Keywords

Diabetes mellitus  
Nursing  
Public health  
Quality of life

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida (QV) de pacientes diabéticos utilizando o instrumento *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36). **Métodos:** estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado com 98 pacientes diabéticos assistidos em uma Estratégia de Saúde da Família da região metropolitana de Porto Alegre, Brasil, por meio de questionário sociodemográfico e do SF-36. **Resultados:** 59 (60,2%) eram do sexo feminino e a faixa etária entre 50 e 69 anos correspondia a 46,9% da amostra. O *diabetes mellitus* tipo 2 foi o mais prevalente (68,4%) e a maioria (80,6%) fazia uso exclusivo de hipoglicemiantes orais. As médias dos domínios do SF-36 variaram entre 42,6 ± 44,9 (Limitação por Aspectos Físicos) e 70,0 ± 30,1 (Aspectos Sociais). Os diabéticos participantes de atividade educativa apresentaram melhores escores de QV no domínio Dor (61,2 ± 24,8 vs. 45,4 ± 26,2; p = 0,015). **Conclusão:** os escores do SF-36 apresentaram-se medianos, sugerindo influência negativa do diabetes na qualidade de vida dos participantes. As atividades educativas em grupo mostraram-se associadas a pontuações médias mais elevadas dos domínios do escore de QV.

### ABSTRACT

**Objective:** Evaluate the quality of life (QOL) of diabetic patients using the *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36). **Methods:** quantitative, cross-sectional, and descriptive study, carried out with 98 diabetic patients assisted in a Family Health Strategy in the metropolitan region of Porto Alegre, Brazil, using a sociodemographic questionnaire and the SF-36. **Results:** 59 (60.2%) were female, and the age group between 50 and 69 corresponded to 46.9% of the sample. Type 2 diabetes mellitus was the most prevalent (68.4%), and the majority (80.6%) used exclusively oral hypoglycemic agents. The mean of the SF-36 domains varied between 42.6 ± 44.9 (Limitation due to Physical Aspects) and 70.0 ± 30.1 (Social Aspects). People with diabetes participating in educational activities had better QoL scores in the Pain domain (61.2 ± 24.8 vs. 45.4 ± 26.2; p = 0.015). **Conclusion:** SF-36 scores were median, suggesting a negative influence of diabetes on the participants' quality of life. Group educational activities were associated with higher mean scores in the domains of the QOL score.

#### \* Correspondência:

Rua: Silvério Manoel da Silva, 160 – Colinas, Cachoeirinha,  
Rio Grande do Sul, Brasil | CEP: 94935-630  
Tel: 0800 721 5844  
E-mail: fatimacecchetto@cesuca.edu.br

### Introdução

O *diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica que desencadeia alterações no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, devido à insuficiência da produção de insulina ou da ação deste hormônio no organismo, causando a condição de hiperglicemia persistente<sup>1</sup>.

Existem dois tipos de DM, conforme sua etiologia: o tipo 1, caracterizado pela deficiência na produção da insulina, decorrente da destruição autoimune das células β pancreáticas ou de natureza

idiopática, que acomete principalmente crianças e adolescentes e é a forma menos comum da DM, com prevalência entre 5 a 10%. O DM tipo 2 é a mais predominante na população, correspondendo entre 90 a 95% e possui etiologia multifatorial, envolvendo aspectos ambientais e genéticos, e tem como característica a resistência à ação da insulina em conjunto com a perda progressiva de secreção da mesma<sup>2,3</sup>. O conceito de Qualidade de Vida (QV) está relacionado em diversos aspectos nos pacientes portadores de doenças crônicas, contribuindo positiva ou negativamente em seus tratamentos<sup>4-6</sup>.

Devido às adversidades no enfrentamento da doença, o diabético pode ter sua QV prejudicada. Baseado na amplitude do termo em questão e na pluralidade dos fatores que envolvem a saúde, foi evidenciado o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), com o propósito de avaliar as limitações físicas ocasionadas pela doença, investigar dados subjetivos e o bem-estar de pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>7,8</sup>. A avaliação da QV dos diabéticos pode proporcionar um *feedback* das condições do paciente, da forma como está realizando o tratamento e da nova condição de vida imposta pela doença.

O papel do enfermeiro na atenção básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), é desenvolver meios para promover e auxiliar o paciente diabético no autocuidado, através da educação em saúde da comunidade, trabalhando com a prevenção dos fatores de risco modificáveis para as DCNT, que contribuem para o surgimento da DM, e realizar intervenções precoces, acompanhando os usuários com DM que já estão em tratamento e organizar estratégias que auxiliem esses pacientes no autocuidado<sup>9</sup>.

Desta forma, a justificativa para a mensuração da QV dos diabéticos está relacionada com a necessidade de identificar as fragilidades dos aspectos relacionados à saúde para promover estratégias de melhoria do cuidado com vistas ao seu bem-estar. O objetivo deste estudo, portanto, foi avaliar a QV de pacientes diabéticos atendidos na ESF, utilizando o instrumento *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva e quantitativa. O campo de estudo foi uma ESF situada no bairro Formosa, no município de Alvorada, Rio Grande do Sul, Brasil. Optou-se pela realização do estudo nessa ESF em razão da realização de práticas disciplinares neste serviço.

Estimou-se uma população diabética de aproximadamente 700 indivíduos na área adscrita desta ESF. Utilizando um erro amostral de 5%, com nível de confiança de 90%, e um percentual máximo de 20%, a amostra mínima para execução deste estudo foi de 98 pacientes. A amostra deste estudo foi selecionada por conveniência, sendo incluídos os usuários que buscaram atendimento na unidade por demanda espontânea e também através da realização de visitas domiciliares previamente agendadas. Os usuários diabéticos foram identificados por meio do cadastro Hipertensão e prontuário. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de

2019. Foram incluídos usuários com DM tipo 1 ou 2, com idade  $\geq 18$  anos e que realizavam o acompanhamento de saúde na unidade. Foram excluídos pacientes que apresentaram incapacidade de comunicação verbal, identificados pela pesquisadora no momento da aplicação do questionário.

O instrumento utilizado neste estudo foi o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, um questionário genérico, desenvolvido em 1992, traduzido e validado para o português, e de acesso livre aos pesquisadores. Possui como característica ser de fácil compreensão, aplicação rápida entre cinco a dez minutos e permite avaliar a QV através de 11 questões e 36 itens, divididos em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental<sup>4</sup>. O questionário inclui uma questão que compara as condições de saúde atuais com as de um ano atrás. O cálculo dos escores de cada domínio é feito com base em uma pontuação de zero a 100, sendo zero a pior QV e 100, a melhor. Na ocasião, foram utilizadas cópias impressas do instrumento para realização da coleta de dados, os quais foram arquivados e estão sob a guarda da pesquisadora responsável por 5 anos, período após o qual serão incinerados.

Foram utilizados dois questionários por meio de entrevista individual: primeiramente, foi aplicado um formulário semiestruturado pela pesquisadora para avaliação dos aspectos socioeconômicos (incluindo idade, gênero, estado civil, escolaridade e a renda familiar) e os aspectos relacionados à DM (incluindo o uso de medicamentos, dose e frequência). Em seguida foi aplicado o questionário SF-36 para avaliação da QV. O tempo médio de duração da aplicação dos questionários foi 1h30min.

Os dados obtidos foram organizados e distribuídos no *em planilha eletrônica* (Microsoft® Excel) e processados no programa estatístico SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp). As variáveis numéricas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias, o teste t de *Student* para amostras independentes foi aplicado. Na avaliação da associação entre as variáveis numéricas e ordinais foram utilizados os coeficientes de correlação linear de *Pearson* e de postos de *Spearman*, respectivamente. O nível de significância adotado foi de 5% e os resultados apresentados através de tabelas.

A realização deste estudo foi fundamentada com base na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que dispõe sobre a ética em pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando os direitos e deveres dos participantes que fizeram parte do mesmo, garantindo-lhes o anonimato e sua participação voluntária e consciente foi registrada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O desenvolvimento deste estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Alvorada, devido à ausência de Comitê de Ética em Pesquisa no município. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP da Faculdade Inedi – Cesuca, sendo aprovado em 26.03.2019, sob parecer nº 3.224.069

## Resultados

Participaram deste estudo 98 diabéticos, sendo 59 (60,2%) do sexo feminino. Quarenta e seis (46,9%) pacientes tinham idade entre 50 e 69 anos e 28 (28,6%), entre 70 e 79 anos. Observou-se o predomínio da raça/cor branca (n = 65; 66,3%). A maioria dos entrevistados era casado (n = 50; 51%) ou viúvo (n = 19; 18,6%). Sessenta (61,2%) possuíam ensino fundamental incompleto e 35 (35,7%) referiram a renda familiar de até um salário mínimo.

Constatou-se que o DM tipo 2 foi o mais prevalente (68,4% dos entrevistados). Entretanto, 26,5% dos pacientes não souberam informar qual o seu tipo de DM. O uso de hipoglicemiantes orais foi relatado por 72 indivíduos e a associação de insulino terapia e hipoglicemiantes orais, por 22. As doenças associadas foram a hipertensão arterial sistêmica (n = 79; 80,6%), dislipidemia (n = 33; 33,7%), depressão (n = 19; 18,6%) e outras (n = 36; 35,7%). Apenas três diabéticos relataram não ter comorbidades. As complicações do DM relatadas foram os distúrbios visuais (n = 34; 34,7%), doença cardiovascular (n = 21; 21,4%), pé diabético (n = 13; 13,3%) e 26 (26,5%) diabéticos afirmaram não ter nenhuma complicação. Uma pequena parcela (21,4%) informou ser participante de algum grupo ou atividade educativa em DM. Salienta-se que 35 (35,7%) pacientes relataram ter recebido orientações do(a) enfermeiro(a) da unidade sobre os cuidados com o DM.

A Tabela 1 mostra os resultados da aplicação do questionário SF-36, sendo possível constatar que os valores médios dos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e limitação por aspectos emocionais variaram entre 42,6 e 70,0. As dimensões que apresentaram os maiores escores foram aspectos sociais e saúde mental. A Tabela 2 apresenta a comparação entre os resultados dos escores dos domínios do SF-36 de acordo com a participação ou não de algum grupo/atividade educativa relacionado ao DM. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos domínios do SF-36 em relação ao recebimento auto-referido de orientações por parte do(a) enfermeiro(a) sobre os cuidados com a DM (Tabela 3).

As correlações entre idade, renda e escolaridade com os escores do SF-36 estão descritas na Tabela 4. Observou-se uma correlação negativa ( $r = -0,296$ ;  $p = 0,003$ ) entre o domínio Capacidade Funcional e idade, e correlações positivas entre o mesmo domínio e a renda ( $r = 0,296$ ;  $p = 0,003$ ) e a escolaridade ( $r = 0,372$ ;  $p < 0,001$ ). Logo, pacientes mais jovens, com uma maior renda e maior escolaridade, possuíam uma melhor QV relacionada à sua capacidade funciona. Percebeu-se também que o domínio Limitação por Aspectos Físicos esteve positivamente correlacionado com a renda ( $r = 0,282$ ;  $p = 0,005$ ) e a escolaridade ( $r = 0,234$ ;  $p = 0,021$ ).

**Tabela 1** – Resultados dos domínios do instrumento SF-36 na avaliação da qualidade de vida de 98 diabéticos usuários de Estratégia de Saúde da Família. Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

Domínios do SF-36	Média ± DP	Min – Max
Capacidade Funcional	55,4 ± 45,4	5-100
Limitação por Aspectos Físicos	42,6 ± 44,9	0-100
Dor	48,8 ± 26,6	10-100
Estado Geral de Saúde	53,6 ± 27,3	0-100
Aspectos Sociais	70,0 ± 30,1	0-100
Saúde Mental	59,1 ± 17,3	20-80
Vitalidade	54,2 ± 16,8	20-90
Limitação por Aspectos Emocionais	55,4 ± 45,4	0-100

DP: desvio-padrão.

## Discussão

Ao analisar o perfil socioeconômico dos diabéticos que caracterizaram a amostra deste estudo, observou-se o predomínio da baixa escolaridade, assim como evidenciado por estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul<sup>10</sup> em 2018, sendo este um dado preocupante, visto que está diretamente ligado ao autocuidado prejudicado.

**Tabela 2** – Comparação entre as médias dos domínios de qualidade de vida pelo SF-36 em relação à participação em grupo ou atividade educativa envolvendo a temática *diabetes mellitus*. Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

Domínios do SF 36	Participa	Não participa	p-valor*
Capacidade Funcional	59,8 ± 28,5	54,2 ± 30,3	0,446
Limitação Por Aspectos Físicos	44,9 ± 48,0	42,2 ± 44,3	0,869
Dor	61,2 ± 24,8	45,4 ± 26,2	0,015
Estado Geral de Saúde	62,6 ± 25,8	51,2 ± 27,4	0,090
Aspectos Sociais	75,6 ± 28,1	68,5 ± 30,7	0,342
Saúde Mental	60,8 ± 17,2	58,7 ± 17,4	0,631
Vitalidade	57,6 ± 17,1	53,2 ± 16,7	0,292
Limitação por Aspectos Emocionais	58,7 ± 47,0	54,5 ± 45,2	0,710

\*teste t de Student

**Tabela 3** – Comparação entre as médias dos domínios de qualidade de vida pelo SF-36 em relação à presença auto-referida de orientação por parte do enfermeiro(a). Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

Domínios do SF 36	Com orientação	Sem orientação	p-valor*
Capacidade Funcional	54,6 ± 27,2	55,9 ± 30,7	0,835
Limitação por Aspectos Físicos	34,3 ± 42,9	47,2 ± 45,6	0,173
Dor	49,0 ± 24,6	48,7 ± 27,8	0,962
Estado Geral de Saúde	54,2 ± 29,5	53,3 ± 26,3	0,879
Aspectos Sociais	64,6 ± 34,6	73,0 ± 27,1	0,222
Saúde Mental	57,7 ± 19,0	59,9 ± 16,3	0,545
Vitalidade	53,6 ± 17,8	54,5 ± 16,3	0,789
Limitação por Aspectos Emocionais	44,8 ± 45,7	61,4 ± 44,5	0,083

\*teste t de Student

**Tabela 4** – Análise de correlação entre idade, renda e escolaridade com os escores de qualidade de vida do SF-36. Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

Domínios do SF-36	Idade*		Renda†		Escolaridade†	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Capacidade Funcional	-0,296	0,003	0,296	0,003	0,372	<0,001
Limitação por Aspectos Físicos	-0,170	0,094	0,282	0,005	0,234	0,021
Dor	0,028	0,787	0,170	0,095	0,178	0,079
Estado Geral de Saúde	0,096	0,345	0,096	0,346	0,000	0,996
Aspectos Sociais	0,070	0,494	0,213	0,035	0,153	0,132
Saúde Mental	0,053	0,604	0,092	0,369	0,114	0,265
Vitalidade	0,141	0,167	0,215	0,033	0,082	0,420
Limitação por Aspectos Emocionais	-0,052	0,612	0,246	0,014	0,209	0,039

r: coeficiente de correlação. \*Correlação Linear de Pearson. †Correlação de postos de Spearman.

O perfil de diabéticos com baixa renda familiar foi evidenciado em pesquisa realizada em Minas Gerais<sup>11</sup>, em que 54% dos pacientes referiram renda entre um e dois salários mínimos e 18% renda menor que um salário mínimo. Neste estudo, foi observada correlação positiva das variáveis renda e escolaridade com as médias dos domínios Capacidade Funcional e Limitação por Aspectos Físicos, respectivamente, evidenciando que a renda e o nível educacional mais elevado influenciam positivamente na QVRS. O contexto social deve ser avaliado pela equipe de saúde com o intuito de avaliar as condições de vida dos usuários diabéticos, possibilitando o planejamento do cuidado singular desses pacientes.

Em relação às doenças associadas, verificou-se que a hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente, seguido da dislipidemia. Em estudo desenvolvido em São Paulo<sup>12</sup> identificou-se em 16,2% dos idosos brasileiros a prevalência simultânea de hipertensão arterial e da DM. No entanto, ressalta-se que pacientes com diagnóstico simultâneo das moléstias acima citadas apresentam um risco maior de complicações renais, cardiovasculares e cerebrais, elevando o risco de mortalidade. Nessa direção, deve-se buscar identificar diabéticos com má adesão ao

tratamento da hipertensão, a fim de prevenir complicações dessa ordem.

Os distúrbios visuais foram a complicação auto referida mais comum entre os diabéticos, assim como em estudo realizado no Piauí<sup>4</sup>, no qual 56,9% dos entrevistados referiram complicações oftalmológicas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, as doenças oculares são desenvolvidas mais precocemente em pessoas portadoras de DM, sendo a retinopatia diabética uma complicação exclusiva, resultante do mau controle glicêmico em conjunto com um longo tempo de evolução da doença. Trata-se de uma das principais causas de cegueira no mundo, ocorrendo em 90% dos pacientes portadores da DM tipo 1 e 60% dos pacientes com DM tipo 2, afetando diretamente suas QVs, limitando ou inviabilizando as atividades diárias, e prejudicando o autocuidado<sup>2</sup>. Sabendo disso, os profissionais que assistem o paciente com diagnóstico recente ou tardio de DM devem encaminha-lo para avaliação oftalmológica, a fim de prevenir complicações futuras que poderão impactar diretamente na QV desses indivíduos.

Assim, conhecer o usuário diabético como um todo, avaliando os indivíduos em sua totalidade, permite

identificar com maior precisão os escores dos domínios do SF-36 e, desta forma, proporcionar maior conhecimento da equipe em relação aos indivíduos sob seus cuidados, refletindo no planejamento individual da assistência a ser prestada.

Na caracterização da QVRS dos diabéticos, o domínio de Aspectos Sociais apresentou a maior média e o domínio Limitação por Aspectos Físicos, a menor. Estes resultados também foram encontrados em estudo realizado em Pernambuco<sup>13</sup>.

A maior parte dos diabéticos entrevistados referiu não participar de grupo ou atividade educativa relacionada com a DM. Entretanto, aqueles que referiram participação possuíam uma melhor autopercepção da saúde. Uma melhor QVRS foi observada no escore do domínio Dor, embora tenha ocorrido diferença estatisticamente não significativa nas médias nos demais domínios. Em estudo desenvolvido em São Paulo<sup>14</sup>, a QVRS avaliada antes e após participação num programa educativo com duração de cinco meses demonstrou melhora na QV em quatro domínios: Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Dor, porém a diferença estatística ocorreu somente no domínio Estado Geral de Saúde.

Frente a essa problemática, cabe destacar a importância do conhecimento do paciente diabético acerca da doença e do tratamento com o intuito de melhor prepará-lo para seu autoconhecimento e autocuidado, e isso será possível através da participação em atividades educativas, bem como da participação do paciente em grupos de diabéticos propostos por unidades básicas de saúde, podendo incluir grupos por meio de redes sociais, tais como *Facebook* ou *WhatsApp*, de modo a facilitar o acesso do usuário à informação sobre a DM.

A educação em diabetes através de atividades em grupo demonstra ser uma estratégia positiva para estimular o paciente para o autocuidado, pois favorece a troca de experiências e a formação de vínculo entre pacientes e equipe multiprofissional. Porém, é preciso conhecer o usuário e avaliar o seu conhecimento, ou seja, identificar o impacto das atividades educativas que devem estar adaptadas aos seus níveis de escolaridade e de compreensão.

Não houve influência positiva na QV dos pacientes que relataram ter recebido orientações do enfermeiro sobre os cuidados com a DM, quando analisados os valores médios dos domínios do SF-36. Esse achado nos remete à necessidade de avaliação do impacto e da satisfação dos usuários em relação às atividades educativas de modo que possam ser significativas e influenciadoras de maior QV dos usuários que convivem com a doença.

Em estudo realizado em Minas Gerais<sup>15</sup>, estimou-se a prevalência e os fatores associados à adesão aos hábitos saudáveis de vida, no qual identificou-se que mais da metade dos participantes relataram dificuldades em aderir ao aconselhamento dos profissionais de saúde. Dentre as justificativas, foram citadas a falta de tempo e condições financeiras, e dificuldade no entendimento das informações ofertadas. Contudo, a consulta de enfermagem deve ser efetiva no processo de educação em DM, evitando as complicações da doença que possam interferir na QV.

O aumento do sofrimento está relacionado à dor crônica, restrições na mobilidade física, bem como menor escolaridade e aumento do IMC, sendo um impacto notável na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes multimórbidos com DM tipo 2 observado nas práticas de cuidados na atenção primária à saúde<sup>16,17</sup>.

A principal limitação do presente estudo foi a ausência da investigação dos fatores modificáveis necessários para o bom controle metabólico (dieta alimentar e a prática de atividade física), o que permitiria conhecer os hábitos comportamentais e avaliar de forma mais abrangente a influência da doença na QVRS dos diabéticos. Em geral, a complexidade das comorbidades, associada à terapêutica da DM, prejudica a adesão ao tratamento pelos pacientes, que tendem a apresentar dificuldades para o autocuidado, favorecendo o surgimento das complicações. Sugere-se a inclusão destas variáveis na realização de novos estudos.

Deve-se considerar o paciente diabético como um ser integral e cuidá-lo para além das necessidades fisiológicas, incluindo os aspectos psicológicos e sociais, cabe destacar a importância de se compreender o paciente diabético como um ser humano singular. Além disso, deve-se levar em conta que cada indivíduo possui escores diferentes nos domínios de SF-36 e frente a isso os domínios do SF-36 com pior escores devem ser avaliados individualmente, a fim de se obter subsídios para o planejamento do cuidado com foco nas reais necessidades desses usuários.

Frente ao desafio de melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos percebe-se que realizar atividades educativas sem avaliar o impacto dessas na QVRS terminam por não contribuir para a melhoria da QV, o que também pode estar relacionado com a falta de compreensão e significância por parte dos pacientes. Faz-se necessário identificar as necessidades individuais de educação em saúde com foco na qualidade de vida individual com base na avaliação do SF-36. Sugere-se a inclusão de estratégias voltadas à qualidade de vida dos diabéticos possam ser incorporadas no âmbito das atividades da ESF.

Nessa direção, o processo de trabalho da ESF pode contribuir sobremaneira no que se refere à avaliação da QVRS dos pacientes diabéticos adscritos à essa unidade de saúde e em outras unidades do município em questão, contribuindo assim para o mapeamento e diagnóstico da doença, bem como para a análise do perfil de QV dessa população. Os resultados deste estudo poderão incrementar programas e atividades educativas em saúde aos pacientes com DM, sejam elas realizadas em grupos, em consultas individuais ou até mesmo através de visitas domiciliares.

## Conclusão

Os escores dos domínios do SF-36 apresentaram valores medianos, sugerindo influência negativa da DM na QVRS dos diabéticos. Destaca-se que o componente Limitação por Aspectos Físicos foi o mais afetado. Apesar da amostra deste estudo ter sido pequena, foi possível identificar problemas associados à presença do DM.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos da Atenção Básica, n.35. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2020 Ago 03]. Available from: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (BR) [Internet]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017. Available from: [www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf](http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf)
3. Menezes MM, Lopes CT, Nogueira LS. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. Rev Bras Enf. 2016;69(4):773-84. doi: [10.1590/0034-7167.2016690422i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690422i)
4. Leal LB, Moura IH, Carvalho RBN, Leal NTB, Silva AQ, Silva ARV. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Rev Rene. 2014. 15(4):676-82. Available from: [10.15253/2175-6783.2014000400015](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400015)
5. Gusmai LF, Novato TS, Nogueira LS. A influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento do paciente diabético: revisão sistemática. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2015 [cited 2020 Ago 04];49(5):839-46. Available from: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt\\_0080-6234-reeusp-49-05-0839.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0839.pdf)
6. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999 [cited 2020 Ago 04];21(1):19-28. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf)
7. Zulian LR, Santos MA, Veras VS, Rodrigues FFL, Arrelías CCA, Zanetti ML. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(3):138-46. doi: [10.1590/S1983-14472013000300018](https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300018)
8. Noronha DD, Martins AMEBL, Dias DS, Silveira MF, Paula AMB, Haikal DSA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. Cien Saude Colet. 2016;21(2):463-74. doi: [10.1590/1413-81232015212.01102015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.01102015)
9. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [cited 2020 Ago 04]. 64 p. Available from: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus\\_cab16.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf)
10. Moreschi C, Rempel C, Siqueira DF, Backes DS, Pissaiá LF, Grave MTQ. Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes. Rev Bras Enferm. 2018;71(6):3073-80. doi: [10.1590/0034-7167-2018-0037](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0037)
11. Lade CG, Marins JCB, Lima LM, Reis JS, Reis HHT, Caetano IT, et al. Análise de indicadores de saúde de pacientes com diabetes atendidos pelo Centro Hiperdia de Viçosa. Mundo Saúde. 2016 [cited 2020 Ago 04];40(3):283-92. Available from: [www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/155575/A02.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155575/A02.pdf)
12. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. Cien Saude Colet. 2018;23(11):3829-40. doi: [10.1590/1413-812320182311.29662016](https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016)
13. Duarte ENC, Marques APO, Leal MCC. Qualidade de vida em idosos diabéticos assistidos na estratégia de saúde da família. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2020 Ago 04];42(1):109-25. Available from: [pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970702](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970702)
14. Faria HTG, Veras VS, 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 [Internet]. 2013 [cited 2020 Ago 04];47(2):348-54. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/11.pdf)
15. Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. Rev Saúde Pública. 2013;47(3):540-8. doi: [10.1590/S0034-8910.2013047003936](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003936)
16. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8th Edition [Internet]. Brussels: IDF; 2017 [cited 2020 Ago 04]. Available from: [www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html](http://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html)
17. 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. 2017;12(1):e0170883. doi: [10.1371/journal.pone.0170883](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170883)

**Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.**

### Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: EBF, FHC, FR  
 Análise e interpretação dos dados: EBF, FHC, FR  
 Coleta de dados: EBF  
 Redação do manuscrito: EBF, FHC, FR  
 Revisão crítica do texto: EBF  
 Aprovação final do manuscrito: FHC, EBF, FR  
 Análise estatística: EBF, FHC, FR  
 Responsabilidade geral pelo estudo: FHC

**Informações sobre financiamento: Nenhuma.**