



## QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE DIABÉTICOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM MARINGÁ, PARANÁ

Sonia Maria Marques Gomes Bertolini<sup>1</sup>, Mayara Cristina Barteli<sup>2</sup>, Priscila Almeida Inhoti<sup>3</sup>, Soraya Delefrate Muradas<sup>3</sup>

1 Professora Doutora do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar ([sonia.bertolini@unicesumar.edu.br](mailto:sonia.bertolini@unicesumar.edu.br)), Maringá, Paraná, Brasil

2 Bacharel em Educação Física pela Universidade Estadual de Maringá

3 Fisioterapeuta Mestranda em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Cesumar

Recebido em: 30/09/2014 – Aprovado em: 15/11/2014 – Publicado em: 01/12/2014

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e o nível de atividade física dos indivíduos diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde, bem como verificar a relação do sexo com essas variáveis. Foram utilizados os questionários SF-36 para avaliar a percepção de qualidade de vida e o IPAC para conhecer o nível de atividade física da amostra. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo transversal, que contou com a participação de 55 sujeitos com diabetes, 25,6% homens e 74,5% mulheres, com média de  $62,90 \pm 9,58$  anos de idade. Em relação à qualidade de vida, os homens apresentaram melhores escores nos domínios de capacidade funcional ( $p=0,01$ ) e dor ( $p=0,043$ ). Houve correlação positiva e estatisticamente significativa na maioria dos domínios analisados. O domínio que revelou maior comprometimento foi o estado geral de saúde. Quando considerado o nível de atividade física, em ambos os sexos houve predomínio do nível ativo. Esses resultados sugerem implementação de ações que possam de forma efetiva melhorar a qualidade de vida, principalmente no que se refere à saúde geral da amostra estudada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes mellitus. Nível de atividade física. Qualidade de vida.

### EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND PHYSICAL ACTIVITY LEVEL OF DIABETIC OF A BASIC HEALTH UNIT OF MARINGÁ / PARANÁ

#### ABSTRACT

The aim of this study was to assess quality of life and level of physical activity among diabetics in a Basic Health Unit, as well as to verify the relation between sex and these variables. The SF-36 questionnaires were used to assess the perceived quality of life and IPAC to meet the physical activity level of the sample. This is a descriptive, cross-sectional, which saw the participation of 55 subjects with diabetes, 25.6% men and 74.5% women, with a mean of  $62.90 \pm 9.58$  years old. Regarding quality of life, men had higher scores in functional capacity ( $p = 0.01$ ) and pain ( $p = 0.043$ ). A positive, statistically significant correlation in most areas analyzed. The domain which showed more commitment was the general state of health. When considering the

level of physical activity in both sexes predominated active level. These results suggest implementation of actions that can effectively improve the quality of life, especially with regard to the overall health of the group HIPERDIA evaluated.

**KEYWORDS:** Diabetes mellitus. Level of physical activities. Life quality.

## INTRODUÇÃO

Alguns distúrbios metabólicos como obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia podem ocorrer em indivíduos propensos geneticamente, assim como, naqueles que possuem um estilo de vida inadequado durante muitos anos (MENDES et al., 2011). Frequentemente como consequência desse estilo de vida, surge uma doença que vem crescendo epidemiologicamente, o Diabetes Mellitus (DM). O DM é uma condição prevalente na população em várias regiões do mundo, atingindo todas as camadas sociais e indivíduos de diferentes faixas etárias, podendo ser de altíssimo custo pessoal, social e financeiro (DULLIUS, 2007).

O diabetes é definido como uma doença crônica, caracterizada pela ausência de produção de insulina pelo pâncreas ou quando o organismo não consegue utilizá-la de forma eficaz. De acordo com este conceito, existem dois tipos básicos de diabetes. O DM tipo 1 é aquele em que ocorre uma diminuição ou falta na produção de insulina, indivíduos com este tipo de diabetes são insulinos dependentes. Já o DM tipo 2 é aquele em que o organismo é resistente a insulina, ou seja, não consegue utilizá-la de forma eficaz, pessoas com este tipo de diabetes não são insulinos dependentes (OMS, 2003).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (DAMACENO, 2012), existiam no Brasil no ano de 2012 cerca de 12 milhões de pessoas acometidas por essa doença, sendo aproximadamente 90% possuidores do Diabetes Tipo 2. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) e a International Diabetes Federation (IDF), essa patologia deverá ser uma das maiores causas de morbimortalidade do próximo século (DULLIUS, 2007). Estima-se que em 2030 o número de diabéticos duplicará, atingindo por volta de 366 milhões de pessoas em todo mundo (OMS, 2003). Ainda de acordo com esta organização, o Brasil ocupa a oitava posição no ranking dos dez países com maior número de diabéticos.

O Estado, através de algumas políticas públicas, realiza o controle de epidemias como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Exemplo disso é o acompanhamento realizado em todo país de forma gratuita, através do Sistema Único de Saúde, para os portadores de patologias como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, através das reuniões de Hiperdia vinculado ao Programa Saúde da Família. Essas equipes são compostas por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos) e agentes comunitários. A população que frequenta esses grupos recebem orientações sobre o universo que envolve a doença, a medicação utilizada para controlá-la, bem como um acompanhamento domiciliar (MINAS GERAIS, 2006).

O índice de mortalidade devido a complicações ocasionadas pelo DM chegou a 3,2 milhões de pessoas no ano de 2012. Em alguns países como os do Oriente Médio e Pacífico, cuja prevalência desta patologia é elevada, um quarto das mortes de adultos na faixa etária dos 35 aos 64 anos é devido ao DM. Esta condição aumenta o risco de doenças cardiovasculares, sendo estas responsáveis por cerca de 50 a 80% das mortes (OMS, 2003).

Com a epidemia da obesidade, o número de pacientes em idade fértil com DM tipo 2 está aumentando, assim como o número de mulheres grávidas com DM tipo 2 e sem diagnóstico desta patologia. Enfatizando a importância de novos hábitos de vida. Pacientes não considerados obesos, mas que possuem obesidade central podem desenvolver insulino-resistência e, conseqüentemente o DM2. A resistência à insulina melhora com a perda de peso. Esta forma de diabetes é silenciosa e pode permanecer sem diagnóstico durante anos, isso porque a hiperglicemia se desenvolve gradualmente, havendo poucos sintomas nas fases iniciais. Estes pacientes também têm maior risco de desenvolver complicações micro e macrovasculares, sendo a cetoacidose muito rara neste tipo de diabetes. (SUPLICY & FIORIN, 2012).

O tratamento do DM busca a manutenção do controle metabólico e deverá contemplar terapia não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física. A terapia nutricional poderá ser baseada na orientação e na organização de um plano alimentar individualizado, em paralelo à prática de exercício físico, estas são consideradas terapias mais eficazes para o controle do DM e seus efeitos benéficos têm sido evidenciadas na literatura (BOAS et al. 2011).

A qualidade de vida, segundo ARAUJO et al. (2008) deve ser vista de forma multidimensional, incluindo desde aspectos psicoemocionais, socioeconômicos, culturais, políticos, ambientais como também os individuais, ou seja, ela também é subjetiva. Em um estudo realizado por MIRANZI et al. (2008) sobre a qualidade de vida de indivíduos com diabetes e hipertensão, 20% de sua amostra relatou-se insatisfeito com a sua saúde e 46,67% classificaram sua qualidade de vida como nem boa e nem ruim.

Vale ressaltar que o sedentarismo é um importante fator de risco para o surgimento ou agravamento das doenças crônicas, o que pode influenciar a qualidade de vida, o que justifica a necessidade de se conhecer o nível de atividade física dos diabéticos que participam dessas reuniões. Os efeitos da atividade física podem aparecer de forma aguda (após uma única sessão de exercícios) e também de forma crônica (através de um programa contínuo, intervalado e sistematizado). O que pode gerar sobre a saúde do indivíduo que a pratica, adaptações significativas em níveis metabólicos e cardiovasculares, podendo então ser indicada tanto para tratamento como prevenção de fatores de risco de diversas patologias (DULLIUS, 2007).

Além disso, a prática regular de exercícios físicos pode causar alterações no comportamento de indivíduos diabéticos, fazendo com que o cuidado, a automonitoração e o autocontrole sejam favorecidos melhorando assim, a qualidade de vida desses indivíduos (COSTA et al., 2009).

Torna-se imprescindível, desta forma, que o profissional que irá prescrever exercícios para esse indivíduo, tenha conhecimento suficiente para levar em consideração características específicas (biológicas, psicológicas e sociais) de seu aluno, para assim, evitar riscos, gerar benefícios e de fato contribuir para o tratamento da patologia. Em contrapartida, também é essencial que haja um comprometimento por parte do paciente, da sua família, da equipe de saúde que realiza o seu acompanhamento, dos gestores municipais, estaduais e federais, no que diz respeito ao tratamento e recuperação de sua saúde e, principalmente, à promoção da qualidade de vida (BOAS et al., 2011). Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e o nível de atividade física dos indivíduos diabéticos de

uma Unidade Básica de Saúde, bem como verificar a relação do sexo com essas variáveis.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Tratou-se de um estudo descritivo-observacional do tipo inquérito transversal, com abordagem quantitativa. A amostra estudada pertenceu à Unidade Básica de Saúde Grevíleas de Maringá. A unidade possui duas Equipes de Saúde da Família (Equipe 42 e 43) onde segundo o relatório mensal de outubro (2012), foram cadastrados 283 diabéticos na área, sendo acompanhados nos grupos de Hiperdia aproximadamente 273 indivíduos em ambas às equipes. Da população acompanhada pela UBS, foram coletados dados de 55 diabéticos de ambos os sexos.

Para coleta de dados foram aplicados os questionários IPAC e SF36 na amostra selecionada da Unidade Básica de Saúde. O IPAC (Questionário Internacional de Atividade Física versão curta) mede o nível de atividade física de um indivíduo praticada em situações do dia a dia, levando em consideração apenas a última semana, mensurando a frequência realizada de caminhadas; atividades moderadas e vigorosas, por no mínimo 10 minutos contínuos e o tempo total gasto para essa atividade durante um dia. Ou seja, atividades que aumentem a respiração de forma ligeira ou acentuada e aumento nos batimentos cardíacos, assim como mensura a prática de exercício físico em si, por fim, também informa quanto tempo a pessoa permanece em repouso durante um dia da semana (também nos finais de semana), e quantas horas de sono ela costuma ter.

Para medir qualidade de vida, foi utilizado a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF36). Sendo 11 questões de múltipla escolha, onde após ser respondido indicou oito domínios a serem estudados: Capacidade funcional (10 itens), Limitação por Aspectos Físicos (4 itens), Dor (2 itens), Estado Geral de Saúde (5 itens), Vitalidade (4 itens), Aspectos sociais (2 itens), Limitação por Aspectos Emocionais (3 itens) e Saúde mental (5 itens). As questões possuem escala Likert que variam de 1 a 3 e de 1 a 7 pontos, onde a pontuação final é de zero a 100 pontos, sendo considerado zero o pior estado e 100 o melhor estado de qualidade de vida. É um instrumento de fácil entendimento e curto, procura avaliar os dados das últimas quatro semanas e aponta os pontos positivos e negativos quanto à saúde de quem está respondendo.

Os questionários foram aplicados durante dois meses (agosto e setembro de 2013) nos dias em que ocorriam os grupos de hiperdia (Hipertensos e Diabéticos) da unidade. Todos os diabéticos presentes nas reuniões foram selecionados para a entrevista (não havendo nenhuma recusa por parte dos participantes). Os candidatos foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder os questionários. Os instrumentos de medida foram aplicados pela autora do projeto que algumas vezes foi auxiliada pela professora de Educação Física da Unidade Básica de Saúde. Anterior à etapa de coleta, o projeto foi submetido ao Comitê Permanente de Ética e Pesquisa da UEM (COPEP) sendo aprovado sob o parecer 352.289 e, também ao CECAPS (Secretaria Municipal de Saúde – Maringá, Paraná).

## Análise dos Dados

Para análise dos dados referentes ao Questionário de Qualidade de Vida SF36 e ao Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta (IPAC) utilizou-se estatística descritiva e inferencial (através do pacote SPSS, versão 15.0 e Excel 2007), onde através dos testes estatísticos estabeleceu-se o nível de significância de  $p < 0,05$ .

Utilizou-se o Teste de *Shapiro Wilk* (grupos com  $n < 50$ ) para verificar a normalidade dos dados referentes ao Questionário de Qualidade de Vida SF36, sendo esta assumida apenas para dois domínios (Capacidade Funcional e Estado Geral de Saúde) e os demais considerados com uma distribuição não paramétrica. Após essa etapa foi utilizado o teste de comparação de dois grupos para dados normais “t” *student independent*, e ‘U’ de Mann-Whitney para dados não paramétricos.

Para identificação dos níveis de qualidade de vida, optou-se por dividir os níveis em três categorias: regular (0-30 pontos) boa (31-70) e muito boa (71-100). Foram utilizados Teste de Correlação de Pearson (apenas nos domínios CF e EGS) e *Spearman* nos demais domínios (LAF, DOR, VIT, AS, LAE e SM), para verificar se houve Correlação entre as escalas obtidas através do instrumento de Qualidade de Vida.

## RESULTADOS

Foram coletados dados de 14 participantes do sexo masculino (25,6%) e 41 do sexo feminino (74,5%). A Idade variou de 39 a 78, com média e desvio padrão de  $62,90 \pm 9,58$  anos respectivamente.

Em relação à qualidade de vida, conforme mostrado na Tabela 1, apesar dos maiores escores encontrados nos homens, quando comparados os sexos verificou-se diferença estatisticamente significativa apenas nos domínios de capacidade funcional ( $p=0,01$ ) e dor ( $p=0,043$ ).

**TABELA 1.** Comparação dos domínios da Qualidade de Vida de homens e mulheres com diabetes de uma Unidade Básica de Saúde. Maringá - Paraná, 2013.

QUALIDADE DE VIDA	Masculino		Feminino		P
	Md	Q1-Q3	Md	Q1-Q3	
CF	82,5	(71,2 – 95,0)	60,0	(40,0 – 72,5)	<b>0,01*(A)</b>
LAF	100,0	(43,7 – 100,0)	75,0	(62,5 – 100,0)	0,439(B)
DOR	72,0	(49,5 – 90,0)	61,0	(36,5 – 72,0)	<b>0,043*(B)</b>
EGS	59,5	(52,0 – 68,2)	57,0	(37,5 – 72,0)	0,514(A)
VIT	70,0	(63,7 – 90,0)	65,0	(42,5 – 82,5)	0,107(B)
AS	100,0	(84,3 – 100,0)	87,5	(56,2 – 100,0)	0,087(B)
LAE	100,0	(100,0 – 100,0)	100,0	(50,0 – 100,0)	0,156(B)
SM	84,0	(74,0 – 92,0)	80,0	(58,0 – 90)	0,245(B)

**\*Diferença estatisticamente significativa para valor de  $p < 0,05$ .**

(A):Teste T Independente para os domínios CF e EGS; (B):Teste U de Mann-Whitney para os domínios LAF, DOR, VIT, AS, LAE e SM.

Legenda: CF – Capacidade Funcional; LAF – Limitação por Aspectos Físicos; VIT – Vitalidade; EGS – Estado Geral de Saúde; LAE – Limitação por Aspectos Emocionais; AS – Aspectos Sociais; SM – Saúde Mental.

Nota-se na tabela 2 que os homens diabéticos tiveram a maioria dos domínios de qualidade de vida classificada como muito boa. Os aspectos sociais (85,7%) e limitação por aspectos emocionais (85,7%) foram às escalas de maior destaque. Assim como nas escalas Capacidade Funcional e Saúde mental, onde 78,6% também em ambos os domínios, demonstraram qualidade de vida muito boa.

**TABELA 2.** Distribuição dos homens com diabetes de uma Unidade Básica de Saúde de acordo com a classificação da qualidade de vida. Maringá – Paraná, 2013.

QUALIDADE DE VIDA	REGULAR		BOA		MUITO BOA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Capacidade Funcional	-	-	03	21,4	11	78,6	14	100
Limitação por Aspectos Físicos	03	21,4	01	7,1	10	71,4	14	100
Dor	-	-	05	35,7	9	64,3	14	100
Estado Geral de Saúde	-	-	11	78,6	3	21,4	14	100
Vitalidade	-	-	08	57,1	6	42,9	14	100
Aspectos Sociais	01	7,1	01	7,1	12	85,7	14	100
Limitação por Aspectos Emocionais	-	-	02	14,3	12	85,7	14	100
Saúde Mental	-	-	03	21,4	11	78,6	14	100

Na Tabela 3, observa-se que em quatro domínios as mulheres com diabetes apresentaram qualidade de vida considerada muito boa. O domínio com maior pontuação foi limitação por aspectos físicos (75,6%). Em relação aos Aspectos Sociais 70,7% delas também indicaram muito boa qualidade de vida, logo em seguida o domínio Limitação por aspectos Sociais (68,3%).

**TABELA 3.** Distribuição das mulheres com diabetes de uma Unidade Básica de Saúde de acordo com a classificação da qualidade de vida. Maringá – Paraná, 2013.

QUALIDADE DE VIDA	REGULAR		BOA		MUITO BOA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Capacidade Funcional	07	17,1	24	58,5	10	24,4	41	100
Limitação por Aspectos Físicos	09	22	01	2,4	31	75,6	41	100
Dor	05	12,2	22	53,7	14	34,1	41	100
Estado Geral de Saúde	04	9,8	25	61	12	29,3	41	100
Vitalidade	08	19,5	19	46,3	14	34,1	41	100
Aspectos Sociais	03	7,3	09	22	29	70,7	41	100
Limitação por Aspectos Emocionais	08	19,5	05	12,2	28	68,3	41	100
Saúde Mental	03	7,3	13	31,7	25	61	41	100

A Tabela 4 mostra os valores obtidos na correlação entre os domínios da qualidade de vida, tanto do sexo feminino quanto masculino e sua significância. Houve correlação positiva e estatisticamente significativa na maioria dos domínios

analisados. Não foram encontradas correlações significativas apenas nos domínios CF e EGS; LAF e SM; LAF e EGS; DOR e EGS; VIT e LAE por fim LAE e EGS.

**TABELA 4.** Correlação entre os domínios da qualidade de vida de sujeitos diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde. Maringá – Paraná, 2013.

		COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN							
		SM	LAE	AS	VIT	EGS	DOR	LAF	CF
CF									
R		0,394**	0,352**	0,355**	0,400**	0,279	0,309*	0,294*	==
P		0,003	0,008	0,008	0,002	0,40	0,022	0,029	—
LAF									
R		0,248	0,313*	0,418**	0,323*	0,230	0,388**	==	0,307*
P		0,068	0,020	0,002	0,016	0,091	0,003	—	0,023
DOR									
R		0,338**	0,306*	0,522**	0,428**	0,257	==	0,388**	0,305*
P		0,011	0,023	0,000	0,001	0,058	—	0,003	0,024
EGS									
R		0,331*	0,292*	0,389**	0,374**	==	0,287*	0,298*	0,279*
P		0,013	0,030	0,003	0,005	—	0,034	0,027	0,040
VIT									
R		0,638**	0,217	0,525**	==	0,379**	0,428**	0,323*	0,386**
P		0,000	0,112	0,000	—	0,004	0,001	0,016	0,004
AS									
R		0,419**	0,304*	==	0,525**	0,288*	0,522**	0,418**	0,415**
P		0,001	0,024	—	0,000	0,033	0,000	0,002	0,002
LAE									
R		0,318*	==	0,304*	0,217	0,257	0,306*	0,313*	0,388**
P		0,018	—	0,024	0,112	0,058	0,023	0,020	0,003
SM									
R		==	0,318*	0,419**	0,638**	0,342*	0,338*	0,248	0,372**
P		—	0,018	0,001	0,000	0,011	0,011	0,068	0,005

\* Correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Correlação de Pearson ( $r$ ) para os domínios CF – Capacidade Funcional e EGS – Estado Geral de Saúde. Correlação de Spearman para os domínios: LAF – Limitação por Aspectos Físicos; VIT – Vitalidade; LAE – Limitação por Aspectos Emocionais; AS – Aspectos Sociais; SM – Saúde Mental.

Em ambos os sexos, verificou-se que a maioria dos indivíduos teve o nível de atividade física classificado como ativo (Tabela 5).

**TABELA 5.** Distribuição dos indivíduos diabéticos de ambos os sexos, pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde, em relação ao nível de atividade física. Maringá-Paraná, 2013.

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muito Ativo	03	21,4	01	2,4	04	7,3
Ativo	07	50	36	87,8	43	78,1
Irregularmente Ativo A	01	7,1	03	7,3	04	7,3
Irregularmente Ativo B	01	7,1	01	2,4	02	3,6
Sedentário	02	14,3	-	-	02	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO

A caracterização dos sujeitos da pesquisa é importante tanto para apontar a média da idade do grupo quanto fornecer a informação sobre o sexo que predomina nas reuniões. O número de indivíduos do sexo feminino predominou, podendo ser justificado pela maior proporção de mulheres comparada a dos homens que compõe a população mundial (MARTINS et al., 2007). A predominância de mulheres com DM também foi observada por RODRIGUES et al. (2011), correspondendo a 67,1% da sua amostra. Já o trabalho realizado por ARTILHEIRO et al. (2014) demonstrou que das 110 internações decorrentes do DM, 56% eram do sexo masculino. A maioria dos diabéticos cadastrados pelo Programa de Saúde da Família, eram mulheres, correspondendo a 65,2% dos casos (PAIVA et al., 2006).

Quanto à idade, os dados do presente estudo também corroboram os resultados encontrados por TORQUATO et al. (2003). Os referidos autores, ao realizarem um estudo multicêntrico nacional de prevalência do DM, constataram que a frequência da doença aumenta gradativamente após os 50 anos, relacionando-se à tendência progressiva de envelhecimento populacional constatada no Brasil. A prevalência do diabetes no estudo realizado por SCHMIDT et al. (2009) foi maior na faixa etária entre 55 a 74 anos. A média de idade observada por BOAS et al. (2011) foi de 59,4 anos.

A qualidade de vida de homens e mulheres com diabetes quando comparadas ao presente estudo, revelou piores escores no sexo feminino. Em uma pesquisa realizada por AZEVEDO et al. (2013) observa-se achados semelhantes, ou seja, em mulheres mais velhas, de classe social baixa, que não viviam com companheiro e com alguma doença crônica, a percepção da qualidade de vida foi inferior. Segundo os autores citados, esse fato justifica-se possivelmente em razão de que as mulheres, além de terem uma autopercepção de saúde pior que a dos homens, procuram mais os serviços de saúde e se expressam mais em relação aos

sintomas apresentados. Segundo AGUIAR et al. (2008) o DM é uma doença crônica que associa-se com elevada morbimortalidade, acarretando prejuízos na qualidade de vida com impacto psicossocial negativo.

De acordo com CASTRO et al. (2008) a qualidade de vida é muito afetada pelo DM, associando-se a este fator as complicações crônicas, o controle metabólico inadequado e incapacidade no cuidado pessoal contribuem de forma negativa para a qualidade de vida. Porém um estudo realizado por MIRANZI et al. (2008) apontou que na maior parte dos aspectos mensurados, a qualidade de vida dos diabéticos e hipertensos apresentou-se de forma positiva.

Em relação ao sexo masculino, foram encontrados menores escores de qualidade de vida nos domínios dor, estado geral de saúde e vitalidade. O que também foi verificado por FARIA et al. (2013) que relatam que os sujeitos com diabetes percebem prejuízos, tais como desânimo, fraqueza, mal-estar, relacionados ao mau controle metabólico. As mulheres também apresentaram menores escores nos mesmos domínios, com inclusão do domínio CF, o que pode indicar limitações na execução de funções básicas, de atividades moderadas e vigorosas, como o próprio instrumento indica. Conforme MENDES (2011) na amostra estudada, identificou-se que as razões de prevalência dos indivíduos com diabetes que consideram sua saúde como ruim ou muito ruim é de 4,39 vezes maior. De acordo com ALMEIDA et al. (2014) a educação em saúde para qualidade de vida, manter hábitos saudáveis, promovem a busca pelo tratamento adequado no dia a dia, o que favorece a autonomia e o autocuidado.

O fato de mulheres, nesse estudo, demonstrarem qualidade de vida inferior aos homens também foi semelhante a pesquisa realizada por ALVES et al. (2013), que procuraram justificar esse resultado sob o ponto de vista psicológico, alterações do estado emocional como a depressão e pelo fato das mulheres serem mais vulneráveis nesse sentido que os homens.

Muito embora os homens tenham demonstrado uma percepção de qualidade de vida melhor que a das mulheres, ambos apresentaram qualidade de vida boa e muito boa, (Tabelas 2 e 3), dados que contrariam os achados de ARAÚJO, et al. (2008), em estudo realizado em pacientes com diabetes mellitus tipo 1, com qualidade de vida avaliada como regular.

Limitações quanto à Capacidade Funcional podem trazer implicações na QV de pessoas que vivem com diabetes, principalmente tratando-se de idosos, por estar ligada à independência do mesmo e sua relação com a comunidade. É de fundamental importância que sejam intensificados os trabalhos de prevenção das doenças crônicas, ou até mesmo o seu controle, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida dessa população (FRANCHI et al., 2009). Ainda conforme estes autores, 42,8% dos idosos diabéticos praticavam algum tipo de atividade física apresentando portanto, um nível moderado a avançado de capacidade funcional.

O trabalho realizado pela atenção básica de saúde, mais especificamente a UBS Grevíleas merece destaque nesse resultado. O programa saúde da família (PSF) e o NASF realizam um trabalho interdisciplinar: organizados em sua própria equipe além de fornecerem o medicamento e a consulta com o médico da família, estabelecem um vínculo através das visitas domiciliares e propiciam ao paciente em cada reunião, informações a cerca das doenças crônicas, do autocuidado, o uso correto de medicamentos e seu armazenamento, sempre frisando a importância de novos hábitos de vida. Acompanham o grupo trimestralmente e, sempre que necessário, antecipam as consultas, realizam encaminhamentos para áreas como a

psicologia, nutrição, assistência social, habitação, mesmo que fora das dependências da UBS. De acordo com KNUTH et al. (2009) a maior parte da população estudada tinha conhecimento sobre os efeitos da atividade física para o tratamento do diabetes (63,1%) e 53,8% sabiam dos efeitos preventivos da atividade física para o diabetes.

A atuação da equipe multidisciplinar no cuidado à saúde do paciente é de fundamental importância. Porém, antes de se iniciar a orientação específica sobre o diabetes, é essencial que toda a equipe conheça o paciente em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo afetivo para, posteriormente, em conjunto, definir metas, a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo, que busquem o controle metabólico do paciente (COSTA et al., 2011). Segundo RODRIGUES et al. (2011) as intervenções da equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família são de grande importância, pois promovem hábitos e estilos de vida saudáveis o que previne as complicações do diabetes e ainda melhoram a qualidade de vida. SANTOS & TORRES (2012) corroboram com os autores supracitados, ao relatarem sobre a importância das práticas educativas para o controle e prevenção de agravos do DM, sendo que este processo educativo necessita do envolvimento de uma equipe multidisciplinar, ajudando para efetividade dessa atividade.

Para FECHIO & MALERBI (2004) o envolvimento da família é um importante fator para participação ao programa de atividade física, diabéticos nos quais seus familiares aderiram às atividades, não abandonaram o programa. Tais autores relatam que o incentivo permanente da família contribuiu para a mudança no estilo de vida destes pacientes.

Em relação às correlações encontradas, os maiores escores referem-se ao menor comprometimento na escala (Tabela 4). Nesse sentido, observou-se correlação positiva e estatisticamente significativa na maioria dos domínios analisados, mostrando que as variáveis crescem num mesmo sentido, mas não indica que aumentos sucessivos em uma das variáveis causam aumentos sucessivos na outra.

Foram encontradas correlações significativas entre os domínios capacidade funcional, saúde mental, limitação por aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade. Quanto à limitação por aspectos físicos, houve correlações entre os domínios aspectos sociais e dor. Também foi encontrada correlação entre a escala dor e os domínios saúde mental, aspectos sociais e vitalidade. O domínio do estado geral de saúde demonstrou uma correlação apenas com os domínios aspectos sociais e vitalidade. Por fim, a VIT correlacionou-se com as escalas saúde mental e aspectos sociais. Estes achados podem ter uma ligação com os achados encontrados por RODRIGUES et al. (2011), onde a co-morbidade mais relacionada com o DM tipo 2 é a hipertensão arterial (77,1%), seguida de doença vascular periférica representando 37,1% da amostra e a retinopatia diabética com 30% dos casos.

A inexistência de significância encontrada entre os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e limitação por aspectos emocionais quando correlacionados com o domínio estado geral de saúde foram os de maior destaque, sendo este último o que apresentou piores escores em ambos os sexos. Isso reforça o fato de que a visão geral de saúde não responde a percepção de saúde que de fato o indivíduo possui, pois esta deve ser compreendida por partes isoladas e, sim quando unidas, irão formar o todo (devem ser levados em

consideração não somente os aspectos físicos, mas também os emocionais e sociais). Em um estudo realizado por FARIA, et al. (2013) verificou-se resultados semelhantes, indicando que o valor mais baixo foi obtido entre a correlação do domínio EGS com LAF ( $r=0,09$ ).

O nível de atividade física encontrado através do instrumento IPAC revelou que ambos os sexos possuem um estilo de vida ativo. Isso também pode ser reflexo do trabalho educativo realizado em cada reunião pela ESF e o NASF, no que se refere à importância da prática regular de atividade física, tanto na prevenção, como no tratamento e controle de doenças crônicas. Outro fator que pode justificar esses resultados é o fato do próprio bairro possuir locais públicos próximos para a prática de atividade física. Entre esses espaços destacam-se as Academia da Terceira Idade (ATI), Centro Esportivo e Centros Comunitários, onde são organizados grupos pelas próprias equipes (cada uma em sua área de abrangência) para a prática de exercício físico, como grupos de caminhada, alongamentos, ginástica, sempre com acompanhamento de profissionais da área.

Um estudo realizado por PITANGA et al. (2010) demonstrou que os homens são mais ativos no trabalho e no tempo livre, enquanto que as mulheres são mais ativas nas atividades domésticas. Observou-se também que a atividade física realizada no tempo livre somada a atividade física total, que compreende aquela realizada no tempo livre, no trabalho, em casa e deslocamento, ajudam a prevenir o DM. O treinamento aeróbico realizado três vezes na semana durante um período de 13 semanas demonstrou uma diferença significativa no controle do valor da glicemia, pressão arterial, antropometria, controle metabólico, bem como uma diminuição do risco para doenças cardiovasculares e metabólicas (MONTEIRO et al., 2010).

Algumas limitações do presente estudo devem ser destacadas. Não foram realizados questionamentos sobre o nível socioeconômico, comorbidades e controle da glicemia, fatores esses que podem estar influenciando a qualidade de vida desses indivíduos. Quanto ao nível de atividade física, o fato de o instrumento ser autoreferido e subjetivo poderia ter influenciado nos resultados obtidos principalmente, quando verificado que as mulheres apresentaram no domínio capacidade funcional, um escore médio de 60 pontos.

## **CONCLUSÃO**

Com este estudo pode-se concluir que nos indivíduos do grupo hiperdia avaliado, de ambos os sexos, existe um predomínio do nível ativo de atividade física. No entanto, os melhores escores na maioria dos domínios encontrados no sexo masculino indica que os homens apresentam melhor qualidade de vida. O domínio que demonstrou maior comprometimento, tanto nos homens quanto nas mulheres foi o estado geral de saúde. Esses resultados sugerem implementação de ações que possam de forma efetiva melhorar a qualidade de vida, principalmente no que se refere à saúde geral do grupo hiperdia avaliado. Todavia, são necessários mais estudos sobre questões socioeconômicas, de infraestrutura do bairro e do apoio familiar dos pacientes com diabetes e outras doenças crônicas degenerativas.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, C.C.T.; VIEIRA, A.P.G.F.; CARVALHO, A.F.; MONTENEGRO JUNIOR, R.M.M. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes mellitus. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.52, n.6, 2008.

ALMEIDA, E.R.; MOUTINHO, C.B.; LEITE, M.T.S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.328-337, abr./jun. 2014

ALVES, T. O. S.; SOUZA, S.A.; SOUZA, E.C.S.; GOIS, C.F.L.; GUIMARÃES, A.M.D.N.; MATTOS, M.C.T. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Min. Enferm.** v.17, n.1, p.135-140, jan./mar. 2013.

ARAÚJO, A. F.; SOUZA, M. E. A.; MENEZES, C. A. Qualidade de vida e aspectos socioeconômicos em diabéticos tipo 1. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.52, n.7, 2008.

ARTILHEIRO, M.M.V.S.A.; FRANCO, S.C.; SCHULZ, V.C.; COELHO, C.C. Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.210-224, abr./jun. 2014.

AZEVEDO, A. L. S.; SILVA, R. A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.1774-1782, set. 2013.

BOAS, L.C.G.V.; FOSS, M.C.; FREITAS, M.C.F.; TORRES, H.C.; MONTEIRO, L.Z.; PACE, A.E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes Mellitus, **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.2, p.272-9, abr./jun. 2011.

CASTRO, C.L.N.; BRAULIO, V.B.; DANTAS, F.A.L.; COUTO, A.P.C.B. Qualidade de vida em diabetes mellitus e classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – estudos de alguns aspectos. **Acta Fisiatr.**, v.15, n.1, p.13-17, 2008.

COSTA, J.A; BALGA, R.S.M; ALFENAS, R.C.G; COTTA, R.M.M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.2001-2009, 2011.

DAMACENO, L. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/tudo-sobre-diabetes>>. Acesso em Maio de 2012.

DULLIUS, J. **Diabetes Mellitus: saúde, educação, atividades físicas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília: Flnatec, 2007. 420 p.

FARIA, H. T. G.; VERAS, V.S.; XAVIER, A.T.F.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.2, p.348-54, jun. 2013.

FECHIO, J.J.; MALERBI, F.E.K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v.48, n.2, p.267-275, abr. 2004.

FRANCHI, K. M. B; MONTEIRO, L.Z.; ALMEIDA, S.B.; PINHEIRO, M.A.N.P.; MENDES, A.I.A; MONTENEGRO, R.M.; MONTENEGRO JUNIOR, R.M. Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Bras. de Ativ. Física & Saúde**, v.13, n.3, p. 158 a 166, 2009.

KNUTH, A.G.; BIELEMANN, R.M.; SILVA, S.G.; BORGES, T.T.; DUCA, G.F.D.; KREMER, M.M.; HALLAL, P.C.; ROMBALDI, A.J.; AZEVEDO, M.R. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.513-20, mar. 2009.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G.L.; NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C.; SOUZA, W.G.A.; PACHECO, W.N.S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p.254-62, abr./jun. 2007.

MENDES, T.A.B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI, N.J.; BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P. Diabetes Mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle de uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1233-1243, jun. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

MIRANZI, S.S.C.; FERREIRA, F.S.; IWAMOTO, H.H.; PEREIRA, G.A.; MIRANZI, A.S. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.4, p.672-9, out./dez. 2008.

MONTEIRO, L.Z.; FIANI, C.R.V.; FREITAS, M.C.F.; ZANETTI, M.L.; FOSS, M.C. Redução da pressão arterial, do IMC e da glicose após treinamento aeróbico em idosos com diabetes tipo 2. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.5, p.563-70, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. **Ação já contra o diabetes**. 2003.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa de Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.377-385, fev. 2006.

PITANGA, F.J.G.; ALMEIDA, L.A.B.; FREITAS, M.M.; PITANGA, C.P.S.; BECK, C.C. Padrões de atividade física em diferentes domínios e ausência de diabetes em adultos. **Motricidade**, v.6, n.1, p.5-17, 2010.

RODRIGUES, D.F.; BRITO, G.E.G.; SOUSA, N.M.; RUFINO, T.M.S.; CARVALHO, T.D. Prevalência de fatores de risco e complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em usuários de um unidade de saúde da família. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, v.15, n.3, p.277-286, 2011.

SANTOS, L.; TORRES, H.C. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.3, p.574-80, jul./set. 2012.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; HOFFMANN, J.F.; MOURA, L.; MALTA, D.C.; CARVALHO, R.M.S.V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.43, supl.2, p.74-82. 2009.

SUPLICY, A.L.; FIORIN, D. Como diagnosticar e tratar Diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Bras. de Medicina**, São Paulo, v.69, n.12, p.32-40, dez. 2012

TORQUATO, M. T. C. G.; MONTENEGRO JUNIOR, R.M.; VIANA, L.A.L; SOUZA, R.A.H.G.; LANNA, C.M.M.; LUCAS, J.C.B.; BIDURIN, C.; FOSS, M.C. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, v.121, n.6, p.224-30, 2003.