

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

Thais Oliveira Santos Alves ¹
Sônia Alves de Souza ²
Elze Cecília Santos Souza ²
Cristiane Franca Lisboa Gois ³
Alzira Maria Dávila Nery Guimarães ⁴
Maria Cláudia Tavares de Mattos ⁴

¹ Enfermeira. Aracaju, SE – Brasil.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju, SE – Brasil.

³ Enfermeira. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFS. Aracaju, SE – Brasil.

⁴ Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFS. Aracaju, SE – Brasil.

Autor Correspondente: Cristiane Franca Lisboa Gois. E-mail: cristianeflg@hotmail.com.

Submetido em: 04/01/2012

Aprovado em: 13/07/2012

RESUMO

O diabetes *mellitus* é uma doença que apresenta alta prevalência e está relacionado às elevadas taxas de morbimortalidade. Com este estudo, objetivou-se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas com diabetes *mellitus* e sua relação com sexo, idade, tempo de diagnóstico do diabetes e prática de atividade física. Trata-se de estudo descritivo, tipo transversal, no qual foi utilizado o SF-36 para avaliar a QVRS. Dentre os 170 participantes, 74,1% eram mulheres, 52,9% casados e as médias (desvio-padrão) da idade e do tempo de diagnóstico da doença foram, respectivamente, 61,8 anos (11,3) e 15,9 anos (7,9). As médias entre os componentes do SF-36 variaram de 46,2 (Capacidade funcional) a 84,8 (Aspectos sociais). Os homens apresentaram melhor avaliação da QVRS. A prática de atividade física se associou à melhor QVRS. Não se constatou associação entre QVRS, idade, estado civil e anos de diabetes. Concluiu-se que os participantes do estudo apresentaram maior comprometimento nos componentes que avaliam a saúde física.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Diabetes *Mellitus*; Cuidados de Enfermagem; Doença Crônica.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a highly prevalent disease that is linked to high rates of morbidity and mortality. The study aimed to evaluate the health-related quality of life (HRQOL) of people with diabetes mellitus and its relation to gender, age, time spent since the diagnosis of diabetes and the practice of physical activity. This is a cross-sectional descriptive study that evaluates HRQL based on SF-36 questionnaire. Among the 170 participants, 74,1% were female, 52,9% were married, and the means (standard deviation) of age and time of diagnosis of the disease were respectively 61.8 years (11.3) and 15.9 years (7.9). The SF-36 components means ranged from 46,2 (Physical function) to 84,8 (Social function). Men have shown better assessment of HRQOL. The practice of physical activity was associated with a better HRQOL. There was no association between HRQL, age, marital status and years spent since the diagnosis of diabetes. We conclude that the study participants had greater loss in components that assess physical health.

Keywords: Quality of Life; Diabetes *Mellitus*; Nursing Care; Chronic Disease.

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad muy frecuente y está asociada a altas tasas de morbilidad y mortalidad. El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de personas con diabetes mellitus y su relación con género, edad, momento de diagnóstico de la diabetes y práctica de actividad física. Es un estudio descriptivo transversal que utilizó el cuestionario SF-36 para evaluar la CVRS. Entre los 170 participantes, 74,1% eran mujeres, 52,9% casados, y las medias (desviación estándar) de edad y tiempo de diagnóstico de la enfermedad fueron respectivamente 61.8 años (11,3) y 15.9 años (7,9). El promedio de los componentes del cuestionario SF-36 osciló entre 46,2 (capacidad funcional) y 84,8 (aspectos sociales). Los hombres mostraron mejor evaluación de la CVRS. La práctica de actividad física fue asociada a mejor CV. No hubo asociación entre la CVRS, edad, estado civil y años de diabetes. Llegamos a la conclusión de que en los participantes del estudio hubo peor desempeño de componentes que evalúan la salud física.

Palabras clave: Calidad de Vida; Diabetes *Mellitus*; Atención de Enfermería; Enfermedad Crónica.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é uma “doença crônica não transmissível” (DCNT) que apresenta curva de prevalência crescente. Estimativas indicam que em 2000 o DM atingiu 2,8% da população mundial, com perspectiva que aumente para 4,4% em 2030. No mesmo período, existiam 4,6 milhões de pessoas com DM no Brasil, com previsão que esse número aumente para 11,3 milhões.¹

Além da prevalência, o DM também apresenta elevadas taxas de morbimortalidade, em especial entre a população idosa, estando relacionada a várias outras DCNTs que comprometem a vida dos portadores.²

As doenças crônicas, frequentemente, causam impacto nas dimensões múltiplas da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).³ No caso do DM, além das complicações relacionadas à doença, os episódios e o medo de hipoglicemia, a mudança no estilo de vida e o medo de consequências em longo prazo podem reduzir a QVRS das pessoas com DM.⁴

QVRS é uma terminologia que tem sido utilizada quando se pretende focar aqueles aspectos da qualidade de vida influenciados pela doença e/ou tratamento.⁵ A avaliação da QVRS de indivíduos com doenças crônicas tem sido objeto de investigação na área da saúde, sendo considerada importante indicador dos resultados terapêuticos em diferentes situações clínicas. Mediante a avaliação dos mecanismos que incidem de forma negativa na QVRS, é possível o planejamento de intervenções psicossociais que levem ao maior bem-estar.⁶

Dentre os instrumentos para a avaliação da QVRS utilizados entre indivíduos com DM, o *Medical Outcomes Study 36* – item *Short-Form* (SF-36)⁷ tem sido requerido, seja em estudos internacionais,^{3,8,9} seja em nacionais.^{10,11}

De modo geral, os estudos mais recentes sugerem que a presença de DM interfere negativamente na QVRS das pessoas.^{3,8,9}

Em pesquisa realizada com índios americanos de duas tribos culturalmente distintas, com o objetivo de avaliar a QVRS de pessoas com DM e/ou hipertensão arterial utilizando o SF-36, os resultados permitiram identificar que os participantes que tinham as duas doenças apresentaram pior avaliação da QVRS. Os autores sugerem que, como DM e hipertensão arterial são mais prevalentes entre pessoas com idade mais avançada, outros estudos sejam desenvolvidos para determinar se os mesmos resultados serão obtidos com pessoas com mais de 55 anos.³

Em outra pesquisa desenvolvida com uma amostra composta por 150 pessoas com DM, na Malásia, com o objetivo de comparar a qualidade de vida de pessoas com DM tipo 2 de acordo com o controle glicêmico, avaliado pela hemoglobina glicosilada, verificou-se que os participantes que apresentaram mau controle glicêmico apresentaram médias (desvio-padrão) menores nos componentes Capacidade funcional, 65,4 (9,0), Estado geral de saúde, 58,9 (7,3), Aspecto social, 73,9 (8,4) e Saúde

mental, 71,8 (6,9), de acordo com o modelo ajustado para a idade e duração da doença. Os escores do SF-36 desse grupo também foram mais baixos que os da população geral da Malásia.⁸

Resultado de pesquisa realizada nos Estados Unidos com pessoas sem e com DM tipo 2, que faziam atividade física, revelou que o DM se associou à pior avaliação em todos os componentes do SF-36, porém essa diferença foi estatisticamente significativa apenas para os componentes Estado geral de saúde e Vitalidade, e para o Sumário físico. Entre as pessoas com DM, o componente Vitalidade se mostrou o mais comprometido (média de 63,5),⁹ enquanto em estudo realizado no Brasil com pessoas com DM tipo 1 e 2 acompanhados por uma equipe de Saúde da Família, o componente mais comprometido foi Aspectos físicos (média de 38,6), todavia, todos os componentes do SF-36 apresentaram menores valores médios quando comparados com os resultados do estudo anterior realizado nos Estados Unidos.¹⁰

Alguns autores destacam as relações entre QVRS de pessoas com DM e variáveis como sexo,¹² idade, prática de atividade física⁹ e presença de comorbidade, como a hipertensão arterial.³ Assim, considerando que o DM é multifatorial, com a doença e o tratamento podendo interferir na saúde do indivíduo em várias dimensões; que os participantes dessa pesquisa são assistidos por uma equipe multiprofissional em um serviço de saúde especializado em endocrinologia e que não foi encontrado artigo semelhante desenvolvido no nordeste do Brasil que tenha avaliado a QVRS de pessoas com essa doença, objetivou-se com este estudo avaliar a QVRS de pessoas com DM tipo 2 e sua relação com sexo, idade, tempo de diagnóstico da doença, hipertensão arterial e prática de atividade física.

O resultado desta pesquisa poderá contribuir para a avaliação do resultado do tratamento no serviço de saúde em que a pesquisa foi realizada, visando à promoção da saúde e, consequentemente, a melhora da QVRS das pessoas com DM.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, tipo transversal, desenvolvido no Ambulatório de Endocrinologia da Universidade Federal de Sergipe. Nesse ambulatório, os pacientes são acompanhados por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro e nutricionista. Participou do estudo uma amostra de conveniência composta por 170 pessoas com DM tipo 2, tendo como critério de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos e de exclusão, apresentar alguma incapacidade de resposta ou entendimento das questões, identificados pelo pesquisador no momento da entrevista.

Os sujeitos da pesquisa eram abordados na ordem em que chegavam para serem atendidos pela equipe multiprofissional, de acordo com os critérios acima estabelecidos. O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade ao preconizado

pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹³ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE nº 0170.0.107.000-10).

A coleta dos dados foi realizada pelas pesquisadoras no período de fevereiro a agosto de 2011, por meio de entrevistas individuais e consulta ao prontuário dos participantes. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 20 minutos.

Foram utilizados dois instrumentos: um para a caracterização sociodemográfica (idade, sexo, escolaridade, estado civil, situação profissional) e clínica (doenças associadas, tempo de DM, prática de atividade física, tratamento para DM) dos sujeitos, e outro para a avaliação da QVRS, o SF-36,⁷ em sua versão traduzida e validada para o português.¹⁴

Justifica-se a utilização do SF-36 por ser um instrumento que apresentou consistência interna satisfatória em estudo realizado com pessoas com DM,⁹ ser de fácil administração e entendimento,¹⁵ não ser específico para determinada idade, doença ou grupo de tratamento, além de ser curto, características importantes na escolha de um instrumento de medida.

O SF-36 é um questionário multidimensional, formado por 36 itens englobados por oito componentes: Capacidade funcional (com dez itens); Aspectos físicos (quatro itens); Dor (dois itens); Estado geral de saúde (cinco itens); Vitalidade (quatro itens); Aspectos sociais (dois itens); Aspectos emocionais (três itens); Saúde mental (cinco itens); e mais uma questão para a avaliação comparativa do estado geral de saúde atual e a de um ano atrás. Os componentes podem ser agrupados em dois sumários, o físico (Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor e Estado geral de saúde) e o mental (Saúde mental, Aspectos emocionais, Aspectos sociais e Vitalidade).¹⁴

O instrumento permite obter dados referentes às últimas quatro semanas e avalia tanto os aspectos negativos (doença/enfermidade) quanto os positivos (bem-estar) do sujeito. Para a avaliação dos resultados, as respostas aos itens são compu-

tadas em seus respectivos componentes¹⁴ e esses valores são normalizados em uma escala de 0 a 100. Menores valores refletem uma percepção de saúde precária e dor (pior avaliação da QVRS), enquanto altos valores refletem uma percepção de boa saúde, ausência de déficits funcionais e de dor (melhor avaliação da QVRS).^{7,14}

Os dados foram processados e analisados usando programa estatístico. Para a análise descritiva das variáveis, foram utilizadas medidas de posição (média, mediana) e variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas (idade e tempo de diagnóstico da doença) e de frequência simples para as variáveis categóricas (sexo, hipertensão arterial e prática de atividade física). A maioria dos componentes do SF-36, nesta amostra, não apresentou distribuição normal, exceto Estado geral de saúde e Saúde mental, portanto foi abortado o uso de testes paramétricos em favor dos não paramétricos. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar os valores da QVRS segundo o sexo, comorbidade hipertensão arterial e prática de atividade física. O teste de correlação de Spearman foi realizado para avaliar as correlações entre a medida de QVRS, a idade e o tempo de DM. A consistência interna dos itens do SF-36 na amostra estudada foi verificada pelo alfa de Cronbach. O nível de significância adotado foi de 0,05.

RESULTADOS

Fizeram parte desse estudo 170 pessoas com DM tipo 2. Como pode ser verificado na Tabela 1, a média de idade foi acima de 60 anos, os participantes, na sua maioria, eram do sexo feminino, tinham baixa escolaridade, eram casados/união estável e não exerciam atividade remunerada. A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial e o tempo médio de DM foi acima de 15 anos. A maior parte fazia uso de insulina, associada ou não ao uso de hipoglicemiante oral.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos 170 participantes – Aracaju, 2011

Variável	nº (%)	Intervalo	Percentis 25 / 50 / 75	Média (D.P.)
Idade (anos)				
		33-91	55 / 62 / 70	61,8 (11,3)
Sexo				
Feminino	126 (74,1)			
Masculino	44 (25,9)			
Escolaridade				
Não alfabetizado	17(10,0)			
Ensino fundamental	124 (72,9)			
Ensino médio	25 (14,7)			
Ensino superior	04 (2,4)			

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos 170 participantes – Aracaju, 2011

Variável	nº (%)	Intervalo	Percentis 25 / 50 / 75	Média (D.P.)
Estado civil				
Casado/união estável	90 (52,9)			
Solteiro/separado/viúvo	80 (47,1)			
Situação profissional				
Sem atividade remunerada	133 (68,3)			
Desempenha atividade remunerada	37 (21,8)			
Doenças associadas				
Hipertensão arterial	138 (81,2)			
Dislipidemia	83 (48,8)			
Nefropatia	12 (7,1)			
Tempo de DM (anos)				
	1-40		10/ 16/ 20	15,9 (7,9)
Atividade física				
Não	88 (51,8)			
Sim	82 (48,2)			
Tratamento				
Dieta	02 (1,2)			
Dieta e hipoglicemiante oral	39 (22,9)			
Hipoglicemiante oral e insulina	72 (42,4)			
Insulina	57 (33,5)			

D.P. = Desvio Padrão. Fonte: Dados da pesquisa.

Na avaliação da QVRS dos participantes, observou-se que apenas um componente do SF-36 apresentou valor mediano abaixo de 50 (Capacidade funcional), o que corresponde à metade do escore máximo para cada componente, que é 100, mostrando, assim, maior comprometimento nesse componente. Os componentes Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Aspectos físicos foram os que apresentaram melhor avaliação entre os demais (Tabela 2).

Com relação à consistência interna do SF-36 na amostra estudada, constatou-se que os valores dos alfas de Cronbach variaram de 0,61 (Vitalidade) a 0,96 (Aspectos emocionais) (Tabela 2).

Na avaliação das medidas de QVRS diante do sexo dos participantes, observou-se que os homens apresentaram melhor avaliação em todos os componentes do SF-36. Ressalte-se que essas diferenças foram estatisticamente significativas para a maioria dos componentes, exceto para Estado geral de saúde (Tabela 3).

Com relação à prática de atividade física, de acordo com os números, o grupo que praticava atividade apresentou melhor avaliação da QVRS. Destaca-se que essas diferenças foram estatisticamente significativas para sete dos oito componentes (Tabela 4).

Quando foi testada a associação entre a comorbidade hipertensão arterial e os componentes do SF-36, verificou-se que os participantes que não eram hipertensos apresentaram maiores médias (desvio-padrão) nos componentes Capacida-

de funcional, 60,6 (30,1); Aspecto físico, 67,9 (42,7); Estado geral de saúde, 57,9 (25,7); Vitalidade, 58,9 (24,1); e Aspecto social, 88,2 (21,5). Todavia, a diferença só foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com relação ao componente Capacidade funcional, com os participantes que tinham DM e hipertensão arterial apresentando menores valores médios.

Tabela 2 - Estatística descritiva e consistência interna dos componentes do SF-36 – Aracaju, 2011

Variáveis	Média (DP)	Mediana	Alfa de Cronbach
Componentes do SF-36			
Aspectos sociais (2 itens)	84,8 (23,4)	100	0,73
Aspectos emocionais (3 itens)	72,1 (43,3)	100	0,96
Aspectos físicos (4 itens)	67,3 (44,4)	100	0,95
Saúde mental (5 itens)	64,0 (19,9)	64	0,74
Dor (2 itens)	61,7 (33,4)	62	0,91
Vitalidade (4 itens)	56,3 (19,9)	60	0,61
Estado geral de saúde (5 itens)	52,6 (22,9)	52	0,64
Capacidade funcional (10 itens)	46,2 (32,8)	45	0,94

SF36: Medical Outcomes Study 36 – item Short-Form.

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Tabela 3 - Valores médios dos oito componentes do SF-36, segundo o sexo dos participantes e valores da probabilidade (*p*) associados ao teste de Mann-Whitney – Aracaju, 2011

Componentes SF-36	Sexo				<i>p</i>
	Masculino		Feminino		
	M (D.P.)	Min – Max	M (D.P.)	Min – Max	
Aspectos sociais	94,6 (13,5)	37,5 – 100,0	81,4 (25,2)	12,5 – 100,0	<0,05
Aspectos emocionais	85,6 (34,7)	0,0 – 100,0	67,4 (45,1)	0,0 – 100,0	<0,05
Aspectos físicos	82,9 (36,8)	0,0-100,0	61,7 (45,4)	0,0 – 100,0	<0,05
Dor	76,4 (31,5)	0,0-100,0	56,6 (32,6)	0,0 – 100,0	<0,05
Saúde mental	73,0 (16,5)	32,0 – 96,0	60,8 (20,0)	8,0 – 100,0	<0,05
Vitalidade	63,8 (16,5)	15,0 – 100,0	53,6 (20,3)	10,0 – 100,0	<0,05
Capacidade funcional	60,6 (36,1)	0,0-100,0	41,2 (30,2)	0,0 – 100,0	<0,05
Estado geral de saúde	54,5 (20,9)	10,0 – 100,0	52,0 (23,6)	5,0 – 100,0	>0,05

SF-36: *Medical Outcomes Study 36* – item *Short-Form*; M: Média; Min: Mínimo; Max: Máximo.

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Tabela 4 - Valores médios dos oito componentes do SF-36, segundo a prática de atividade física dos participantes e valores da probabilidade (*p*) associados ao teste de Mann-Whitney – Aracaju, 2011

Componentes SF-36	Atividade física		<i>p</i>
	Sim	Não	
	M (D.P.)	M (D.P.)	
Aspectos sociais	91,0 (17,4)	79,1 (26,7)	<0,05
Aspectos emocionais	80,8 (35,5)	64,0 (46,1)	<0,05
Aspectos físicos	75,3 (39,5)	59,6 (47,2)	<0,05
Dor	69,2 (27,8)	54,6 (36,6)	<0,05
Saúde mental	65,6 (21,8)	62,5 (17,8)	>0,05
Vitalidade	60,4 (21,5)	52,4 (17,5)	<0,05
Capacidade funcional	58,3 (29,7)	35,0 (31,7)	<0,05
Estado geral de saúde	57,1 (22,9)	48,4 (22,3)	<0,05

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Não foram constatadas correlações entre a idade dos participantes, tampouco entre anos de DM com os componentes do SF-36 ($r < 0,30$ para todas as correlações).

DISCUSSÃO

Com relação às características sociodemográficas, os resultados deste estudo se assemelham aos de outras pesquisas realizadas com pessoas com DM. Dentre os achados verificou-se que a maioria era do sexo feminino e possuía companheiro(a),^{10,11} enquanto a média de idade foi maior que as apresentadas em outros estudos.^{9,10} Uma possível justificativa para a maior prevalência do sexo feminino pode estar relacionada à visão que ainda se tem do homem como ser invulnerável, tolhendo, portanto, atitudes preventivas, uma vez que procurar o serviço de saúde poderia relacioná-lo à fragilidade, mais relacionada, no

imaginário, às mulheres. Outro aspecto é o medo de saber que pode estar doente, assim como a vergonha de expor seu corpo. Por outro lado, os serviços de saúde ainda não estão organizados para atender à demanda masculina.¹⁶

Os participantes deste estudo demonstraram maior limitação para realizar atividades, desde as vigorosas, como correr, até as moderadas, como tomar banho, vestir-se (Capacidade funcional), resultado semelhante ao apresentado em pesquisa nacional cujo valor médio para esse componente foi 48,2.¹⁰ A associação do DM a outras comorbidades, como a hipertensão arterial, talvez explique o comprometimento maior do componente Capacidade funcional, considerando que 81,2% dos participantes deste estudo tinham, também, hipertensão arterial. Quando foi testada a associação das duas doenças com os componentes do SF-36, verificou-se que o grupo que tinha DM e hipertensão arterial apresentou menores valores médios em cinco dos oito componentes, quando comparados ao grupo que só tinha DM. Todavia, resalte-se que só ocorreu diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação ao componente Capacidade funcional. Nesse sentido, em estudo realizado com índios norte-americanos também foi observado que a QVRS dos participantes que tinham DM e hipertensão arterial foi pior quando comparada à dos que tinham apenas de uma dessas doenças, sobretudo no componente Capacidade funcional.³

A associação do DM com a hipertensão arterial, além de aumentar o risco para doenças cardiovasculares, também pode interferir na QVRS, sobretudo no desempenho das atividades da vida diária. Tal resultado pode ajudar no planejamento de ações, com vista a melhorar a capacidade funcional das pessoas com DM assistidas pelo serviço onde a pesquisa foi realizada.

Os resultados também indicam que os participantes do estudo tiveram menor comprometimento para o desempenho das atividades sociais de visitar amigos, parentes (Aspectos sociais) e das profissionais e/ou domésticas, dada sua saúde

emocional (Aspectos emocionais). O componente Aspectos físicos foi bem avaliado, sugerindo que, embora os participantes tenham apresentado limitação para realizar algumas atividades vigorosas e moderadas (Capacidade funcional), a saúde física deles não interferiu na realização das atividades profissionais e/ou domésticas. Resultado diferente ao apresentado em pesquisa realizada com pessoas com DM no Brasil que mostrou maior comprometimento no componente Aspectos físicos do SF-36.¹⁰

Os homens apresentaram melhor avaliação da QVRS em relação às mulheres. Talvez uma justificativa para uma pior avaliação da QVRS entre as mulheres esteja relacionada à alteração psicológica, como a depressão. Embora neste estudo não tenha sido avaliada a presença de depressão, essa variável vem sendo avaliada por alguns autores como relacionada à prevalência do DM.¹⁷ As mulheres são mais propensas do que homens a essa alteração psicológica, e essa vulnerabilidade aumentada é atribuída a processos biológicos, incluindo vulnerabilidade genética, flutuações hormonais e sensibilidade a essas flutuações. A depressão em mulheres pode desenvolver-se durante diferentes fases do ciclo reprodutivo (disforia pré-menstrual, depressão durante a gravidez, depressão pós-parto, depressão na menopausa).¹⁸

A atividade física revelou-se como um diferencial. A maioria dos participantes que praticavam apresentou melhor avaliação da QVRS, resultado que vem ao encontro dos apresentados em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos com 217 sujeitos, sendo 98 com DM e 119 sem a doença. Nesse estudo foi observado que o incremento do condicionamento físico interferiu positivamente na QVRS de pessoas com DM tipo 2.⁹

A prática de atividade física vem sendo incentivada pelos profissionais de saúde, todavia os resultados desta pesquisa mostraram que um pouco mais que a metade dos participantes não praticava. Nesse sentido, são necessárias intervenções que, além de conscientizar sobre o papel da prática regular de atividade física para a vida, também viabilizem seu desenvolvimento.

Este estudo teve limitações, como o fato de a amostra ser constituída, em sua maioria, por pessoas com baixo nível de escolaridade, só representando, assim, uma parcela da população de pessoas com DM; bem como o fato de não ter sido realizado o controle glicêmico para avaliar a QVRS diante dessa variável. Futuros estudos necessitam ser desenvolvidos com pessoas com DM residentes no Nordeste, assistidas em outros serviços de saúde, como na Atenção Primária, a fim de que os resultados sejam generalizados para a população brasileira.

CONCLUSÃO

Os participantes deste estudo apresentaram melhor avaliação na maioria dos componentes que integram o componente sumário mental do SF-36. O componente Capacidade funcional foi o que se mostrou mais comprometido. Os homens apresentaram

melhor avaliação da QVRS quando comparados às mulheres. A prática de atividade física significou melhor QVRS. Tais resultados podem subsidiar o planejamento de intervenções de enfermagem direcionadas a pessoas com DM tipo 2, a fim de promover melhor QVRS a esses indivíduos. Todavia, futuros estudos necessitam ser desenvolvidos entre pessoas com DM a fim de se avaliar, também, a presença de depressão e sua relação com a QVRS.

REFERÊNCIAS

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimate for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(5):1047-53.
2. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):175-84.
3. Jiang L, Beals J, Whistesell NR, Roubideax Y, Manson SM. Health-related quality of life and help seeking among American Indians with diabetes and hypertension. *Qual Life Res*. 2009; 18(6):709-18.
4. Solli O, Stavem K, Kristiansen I. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8:18. [Citado em 2012 Jan 03]. Disponível em: www.hqlo.com/content/8/1/18
5. Fayers PM, Machin D. *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 2007. p.3.
6. Novato TS, Grossi SAA, Kimura M. Instrumento de qualidade de vida para jovens com diabetes (IQVJD). *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(4):512-9.
7. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6):473-83.
8. Kamarul IM, Ismail AA, Naing L, Wan MWB. Type 2 diabetes *mellitus* patients with poor glycaemic control have lower quality of life scores as measured by the Short Form-36. *Singapore Med J*. 2010; 51(2):157-62.
9. Bennett WL, Ouyang P, WWu A, Barone BB, Stewart KJ. Fitness and fitness: how do they influence health-related quality of life in type 2 diabetes *mellitus*? *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 6:110.
10. Ferreira FS, Santos CS. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe de saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(3):406-11.
11. Ramos L, Ferreira EAP. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2011; 21(3):867-77.
12. Araújo AF, Souza MEA, Menezes CA. Qualidade de vida e aspectos socioeconômicos em diabéticos tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008; 52(7):1124-30.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
14. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey – SF-36" [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997. 143f.
15. Aguiar CCT, Vieira APGF, Carvalho AF, Montenegro-Junior RM. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008; 52(6):931-9.
16. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-74.
17. Shehatah A, Rabie MA, AL-Shahry A. Prevalence and correlates of depressive disorders in elderly with type 2 diabetes in primary health care settings. *J Affect Desord* 2010; 123 (1-3): 197-201.
18. Noble RE. Depression in women. *Metabolism*. 2005; 54(1):49-52.