

QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM *DIABETES MELLITUS* E HIPERTENSÃO ACOMPANHADOS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

QUALITY OF LIFE FOR DIABETIC AND HYPERTENSIOUS INDIVIDUAL ACCOMPANIED BY THE FAMILY HEALTH TEAM

LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS Y DE LOS HIPERTENSOS QUE SON ACOMPÑADOS POR UN EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA

Sybelle de Souza Castro Miranzi¹, Francielle Silva Ferreira², Helena Hemiko Iwamoto³, Gilberto de Araújo Pereira⁴, Mário Alfredo Silveira Miranzi⁵

¹ Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Minas Gerais, Brasil.

² Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Talentos Humanos. Minas Gerais, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem Fundamental. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem em Assistência Hospitalar da UFTM. Minas Gerais, Brasil.

⁴ Estatístico. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFTM. Minas Gerais, Brasil.

⁵ Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da UFTM. Minas Gerais, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Diabetes mellitus. Hipertensão. Saúde da família.

RESUMO: Objetivou-se descrever o perfil epidemiológico e avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial associados, acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. Trata-se de um estudo observacional do tipo inquérito transversal. Os dados foram coletados no 1º semestre de 2006, através da ficha do HIPERDIA e por entrevistas utilizando-se o WHOQOL-bref. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva e sintaxe do WHOQOL-bref no SPSS. Foram entrevistados 30 indivíduos, sendo 75% do tipo 2 e 25% do tipo 1. A média de idade foi de 56 anos, sendo a maioria com 1º grau incompleto (56,7%) e analfabetos (33,3%). Dentre eles, 80,6% faziam uso de medicamentos; 19,4% tinham hábito de fumar, 27,8% não praticavam exercícios físicos e 47,2% eram obesos. Os participantes apresentaram uma avaliação positiva para a qualidade de vida geral e para os domínios: relações sociais, físico, psicológico e meio ambiente, diferentemente do esperado.

KEYWORDS: Quality of life. Diabetes mellitus. Hypertension. Family health.

ABSTRACT: The present work aimed to describe the epidemiologic profile and evaluate the quality of life among individuals suffering from Diabetes mellitus and hypertension, accompanied by a Family Health team. It is a monitorial study of transversal investigation. Descriptive statistics and WHOQOL-bref syntax were used for data analysis. The data was collected by HIPERDIA cards, as well as by interviews to make use the WHOQOL-bref. Thirty people with associative hypertension and diabetes, 75% type 2 and 25% type 1, were interviewed. The average age was 56 years old, with the majority not having completed grade school (56.7%) and illiterate (33.3%). The majority (80.6%) of those interviewed use medications, 19.4% smoked regularly, 27.8% didn't exercise, and 47.2% were obese. The individuals presented in general a positive evaluation of their overall life quality and for the domains: social relationships, physical, psychological, and environment, completely opposite that expected.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida. Diabetes mellitus. Hipertensión. Salud de la familia.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue describir el perfil epidemiológico y evaluar la calidad de vida de los individuos con *Diabetes mellitus* e hipertensión que son acompañados por un equipo de salud de la familia. Es un estudio de observación del tipo investigación transversal. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y la sintaxis del WHOQOL-bref. Los datos fueron recolectados en el primer semestre de 2006, a través de la ficha del HIPERDIA y por entrevistas, utilizándose para ello, el método WHOQOL-bref en el SPSS. Fueron entrevistadas treinta personas con hipertensión y diabetes, siendo 75% del tipo 2 y 25% del tipo 1. El promedio de edad era de 56 años, la mayoría de ellos con el primer nivel de enseñanza incompleto (un 56,7%), y analfabetos (un 33,3%). Del total, el 80,6% tomaba medicamentos; 19,4% tenía el hábito de fumar; 27,8% no hacía ejercicios, y 47,2% eran obesos. Los participantes presentaron una evaluación positiva para los índices de calidad de vida general y para las categorías: relaciones sociales, estado físico, psicológico y medio ambiente, diferente de lo esperado.

Sybelle de Souza Castro Miranzi
Rua Dr. Vasco de Andrade, 410
38017-200-Quinta da Boa Esperança, Uberaba, MG, Brasil.
E-mail: sybelle@mednet.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em 11 de março de 2008
Aprovação final: 14 de outubro de 2008

INTRODUÇÃO

Atualmente, pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto às principais causas de morte. No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional.¹ Tais mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento.²

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o *Diabetes mellitus* como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hipoglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, borramento da visão e perda de peso.⁴

A hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial, freqüentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos. É caracterizada pela elevação da pressão arterial, considerada como um dos principais fatores de risco cardíaco e cerebrovasculares, e complicações renais. O número estimado de indivíduos com hipertensão no Brasil é de, aproximadamente, 18 milhões, sendo que, destes, apenas 30% estão controlados, aumentando assim o risco de acidente vascular cerebral, doenças renais e cardiovasculares.⁵ Por outro lado, as complicações resultantes do diagnóstico tardio da hipertensão ou da não adesão ao tratamento podem demandar em internações e custos hospitalares, constatados pelos dados apresentados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS), ou seja, 17,6% das internações estão relacionados com a hipertensão e doenças hipertensivas, o que corresponde a 5,9% dos recursos pagos pelo SUS.⁵⁻⁶

A preocupação e a dificuldade em se conceituar o termo Qualidade de Vida (QV) surgiram desde meados da década de 70. Nos dias atuais não houve consenso entre os pesquisadores sobre a definição do termo. O crescente interesse em ampliar os conhecimentos sobre de qualidade de vida pode ser exemplificado pela edição do periódico *Quality of Life Research*, na década de 90, e do *International Society of Quality of Life Research*, o qual reúne pesquisas de diversas áreas do saber. As informações sobre QV têm sido utilizadas para avaliar a eficácia de determinados tratamentos de doenças, os agravos à saúde e o impacto físico e psicossocial.⁷⁻⁸ O Grupo de Qualidade de Vida da OMS define o termo QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁹⁻¹³

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, os valores, os espaços e as diferentes histórias, com foco na promoção da saúde.¹⁰ A Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde -1986, com representantes de 38 países, definiu a promoção da saúde como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”.^{10:147}

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da QV, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde.¹² Em muitos estados, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: sócio-econômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão e diabetes, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença. Além disto, o Programa detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao

tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Estas atividades proporcionam o vínculo entre os pacientes e a ESF.

O Programa HIPERDIA soma-se às ações dos trabalhadores de saúde, e tem como proposta a prevenção de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico. Quando este fato está relacionado à falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos, o Programa possibilita aos usuários cadastrados, o acesso a medicamentos de forma gratuita e o acompanhamento médico.

A primeira década do século XXI oferece um alto grau de sofisticação tecnológica ao monitoramento destas doenças. Portanto, para a garantia da QV, é importante investir na prevenção da hipertensão e do *Diabetes mellitus*, evitando agravos, hospitalização e conseqüentes gastos públicos.⁵ Neste contexto, para que as ESFs possam intervir de forma positiva, é preciso conhecer a percepção dos indivíduos em relação à própria QV.

Neste sentido, esta investigação tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico e avaliar a QV de indivíduos com diabetes e hipertensão, acompanhadas pela ESF de um município do interior mineiro. Além disso, concentra-se na perspectiva de poder contribuir com as ESFs e os diferentes segmentos da comunidade, visando às futuras avaliações conjuntas, participação no planejamento e implementação das ações que possam, de forma efetiva, promover a melhoria da QV dos avaliados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional do tipo inquérito transversal. Utilizou-se uma amostra populacional do tipo conveniência, constituída por 30 indivíduos portadores de hipertensão arterial e de diabetes (associados), atendidos por uma ESF de um município do interior mineiro. Os critérios de inclusão foram: sujeitos de ambos os sexos; cadastrados no Programa HIPERDIA; com idade superior a 18 anos, em acompanhamento pela equipe; e portadores das duas patologias. Os critérios de exclusão foram: indivíduos em acompanhamento temporário ou em trânsito; procedentes de outras regiões, por motivo de viagem, trabalho, passeio e outros; e portadores de transtornos mentais.

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas, ou seja, a primeira foi elaborada por meio de análise dos dados secundários, constantes na ficha

de cadastro do HIPERDIA. A segunda, por meio da aplicação do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, instrumento da *World Health Organization*. Do total de 51 indivíduos cadastrados pelo programa, dois não preencheram os critérios de inclusão; quatro tinham se mudado; cinco não conseguiram responder o questionário; oito não foram encontrados nos respectivos domicílios por três visitas consecutivas; e dois não aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2006, com a aplicação do instrumento WHOQOL-bref. Os participantes foram contatados nos domicílios, e esclarecidos sobre: o preenchimento do questionário, a importância da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a garantia do sigilo e o anonimato das respostas, e também sobre eventuais dúvidas.

Para mensuração dos perfis clínico e sociodemográfico, foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade, tabagismo, atividade física, dieta, tratamento medicamentoso, presença de complicações e antecedentes de doenças cardiovasculares, posteriormente registrados no formulário do HIPERDIA. Para a mensuração da QV utilizou-se o questionário WHOQOL-bref, que abrange os seguintes aspectos (domínios): físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente.

Os dados foram gerenciados e analisados no *software* SPSS. Para as variáveis categóricas utilizou-se análise exploratória (descritiva) dos dados, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos, quanto em percentuais; os resultados foram organizados em gráficos e tabelas. Para as variáveis numéricas calcularam-se medidas descritivas de centralidade (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, valores máximos e mínimos). Foi empregada, ainda, a sintaxe WHOQOL-bref no SPSS para avaliação dos escores do instrumento de QV e posteriores correlações, a partir do coeficiente de Pearson. Para avaliação dos escores foram recodificados os valores das questões três, quatro e 26, possibilitando que as questões ficassem com resultado final positivo. Ressalte-se que a mensuração da QV é proporcional ao escore, ou seja, quanto maior o valor do escore, melhor a QV.

O presente estudo acompanhou rigorosamente os preceitos constantes na Resolução N^o 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa,¹³ com aprovação do Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Protocolo N° 695/ 2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na área de abrangência estudada, o perfil epidemiológico dos indivíduos com *Diabetes mellitus* e hipertensão caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino (66,7%), pois, no planeta, a população feminina é maior que a masculina, segundo dados mundiais.¹ Este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres acometidas, e ainda que são diagnosticadas por procurarem mais freqüentemente os serviços de saúde. A idade dos indivíduos variou entre 44 e 77 anos, com média de 56 anos ($\pm 8,48$), estando pertinente com a literatura, onde alguns estudos têm demonstrado que o *Diabetes mellitus* e a hipertensão arterial têm maior prevalência em indivíduos acima de 35 anos.¹⁴⁻¹⁵

Quanto à escolaridade, 33,3% eram anal-fabetos e 56,7% tinham o 1° grau incompleto. Segundo o Informe de Atenção Básica-2001, a adesão ao tratamento tende a ser menor em indivíduos com baixa escolaridade, o que eleva a responsabilidade das ESFs em desenvolverem atividades educativas, com ênfase para o controle da doença e promoção da saúde.¹⁴ Do total de entrevistados, 53,3% eram casados; 20% viúvos; 13,3% viviam como casados/amasiados; e 10% eram solteiros. A OMS refere que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no auto-cuidado. Para os idosos, a composição familiar pode ser um fator decisivo pela falta de estímulo ao auto-cuidado e ao asilamento.¹⁶⁻¹⁷

Quanto à auto-percepção da saúde, 53,3% consideraram nem ruim, nem boa e 26,7% boa. A auto-percepção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença. Os dados coletados indicam que há necessidade da realização de estudos, que identifiquem os fatores responsáveis pela percepção negativa quanto à condição de saúde.

Todos os entrevistados apresentaram hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*, sendo 75%, diabetes tipo 2 e 25%, diabetes tipo 1. Os principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do diabetes tipo 2 são a alteração no estilo de vida e a esperança de vida, ao nascer, uma vez que suas características estão relacionadas a fatores hereditários, ao estilo de vida, e a manifestação após os 35 anos de idade.¹⁴

O hábito de fumar foi referido por 19,4% dos indivíduos; o sedentarismo, por 27,8% e a obesidade aferida em 47,2%. Estudo realizado entre 1997-2003, mostrou que há alta incidência do diabetes em indivíduos obesos ou com excesso de peso, o que vale ressaltar a importância do estímulo e orientação das ESF quanto ao desenvolvimento de ações que promovam atividade física e re-educação alimentar.¹⁸ O seguimento da dieta é a base do tratamento, contudo, constitui-se em um grande desafio para as ESFs, uma vez que a maioria dos indivíduos têm dificuldade para modificar hábitos alimentares.¹⁹ Outro desafio é reduzir o tabagismo e estimular a prática de atividade física.

Neste estudo, a presença de antecedentes de problemas cardiovasculares foi referida por 50,0% dos sujeitos, ou seja, 16,7% já sofreram infarto agudo do miocárdio; 13,9%, acidente vascular cerebral; 25%, outras complicações cardíacas e 5,6%, doença renal. Segundo o MS, a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que constituem a principal causa de morbi-mortalidade da população brasileira.⁵

A instituição do tratamento tem como objetivo o controle adequado da glicemia e a prevenção das complicações, principalmente as vasculares, que são mais comuns.¹⁵ Quanto ao regime de tratamento, 96,7% faziam acompanhamento ambulatorial e 3,3%, nenhum tratamento, estando somente cadastrados no HIPERDIA. Em relação ao tipo de tratamento, 80,6% realizavam o medicamentoso e 27,8% utilizavam insulina associada à dieta.

A Correlação de Pearson para a QV entre os domínios do WHOQOL-bref foi mais alta entre os domínios Físico e Meio ambiente ($r=0,73$; $p<0,01$) e Físico e Psicológico ($r= 0,66$; $p<0,01$). Dos quatro domínios, o que apresentou o maior escore médio foi o de Relações sociais (71,38), seguido pelo Físico (56,42) e pelo Psicológico (55,55). Isto demonstra que os aspectos relações sociais são os que contribuíram mais positivamente à QV dos entrevistados. O domínio que apresentou menor escore médio foi o de Meio ambiente (53,75).

Na questão 1, onde os indivíduos avaliaram a própria QV, 46,67% responderam de forma intermediária nem boa, nem ruim e 36,67%, boa. Na questão 2 – a qual mensurou a satisfação dos indivíduos em relação à própria saúde, 33,3% mostraram-se satisfeitos, e 30,0%, nem satisfeitos, nem insatisfeitos. Destaca-se o percentual de 20%, que avaliaram negativamente: insatisfeitos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das frequências, porcentagens e medidas descritivas das questões 1 e 2 do WHOQOL-bref. Uberaba-MG, 2008

Questões	n	%	Escore médio	Desvio padrão
Como você avaliaria sua qualidade de vida?			54,17	19,79
Muito ruim	1	3,33		
Ruim	4	13,33		
Nem ruim nem boa	14	46,67		
Boa	11	36,67		
Muito boa	-	-		
Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?			48,33	27,8
Muito insatisfeito	4	13,33		
Insatisfeito	6	20,00		
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	30,00		
Satisfeito	10	33,33		
Muito satisfeito	1	3,33		

Quanto à faceta, Relações pessoais, 46,67% responderam estarem satisfeitos, e 36,67%, muito satisfeitos. Diferente do esperado, apesar de estatisticamente significativo, as Relações pessoais apresentaram correlação fraca com a QV dos sujeitos ($r=0,23$; $p<0,01$). Em relação à faceta Atividade sexual, 43,33% responderam que estão satisfeitos. A correlação moderada foi estatisticamente significativa, no que diz respeito à atividade sexual, no contexto das relações sociais dos sujeitos ($r=0,72$; $p<0,01$). O maior escore do domínio foi suporte ou apoio social, onde 66,67% responderam estarem muito satisfeitos e 43,33% satisfeitos. A faceta, Relações pessoais, obteve o segundo maior escore médio do domínio. No entanto, foi a que apresentou menor correlação com o domínio as Relações sociais. Os dados mostram

que todas as facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativas com o escore médio do domínio, sendo que foram as de atividade sexual ($r=0,72$; $p<0,01$) e suporte e apoio social ($r=0,68$; $p<0,01$) aquelas que tiveram maior influência sobre o escore médio do domínio. O maior escore médio foi para a faceta que avaliou a dependência de medicação ou tratamento, onde 60% dos indivíduos responderam serem bastante dependentes e outros 30%, mais ou menos dependentes, fator que conseqüentemente influencia, de forma negativa, a QV (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio Relações Sociais. Uberaba-MG, 2008

Questão	Escore médio	Desvio padrão	Correlação	p
Q20 - relações pessoais	78,33	22,49	0,23	<0,01
Q21 - atividade sexual	56,67	34,70	0,72*	<0,01
Q22 - suporte, apoio social	79,17	26,33	0,68*	<0,01

* Correlação moderada

A faceta Sono e repouso obteve o segundo maior escore médio, onde 50% dos indivíduos responderam que estão satisfeitos. Para a faceta Dor e desconforto, 36,67% dos indivíduos responderam que tinham bastante, 26,67% mais ou menos, e 26,67%, nada. A correlação entre cada questão do domínio Físico e escore médio do domínio mostra que a maioria das facetas apresentaram correlação positiva, estatisticamente significativa com o escore médio do domínio. As facetas que apresentaram maiores correlações, ou seja, as que mais influenciaram o escore médio do domínio foram, em ordem decrescente, as facetas: Capacidade para o trabalho (Q18), com $r=0,82$, e Dor e desconforto (Q03), com $r=0,70$ (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos escores médios e desvios-padrão das questões, e a correlação de cada questão que compõe o domínio Físico. Uberaba-MG, 2008

Questão	Escore médio	Desvio padrão	Correlação	p
Q04 - dependência de medicação ou tratamento	65,00	16,86	-0,30	<0,01
Q16 - sono e repouso	63,33	29,89	0,11	<0,01
Q10 - energia e fadiga	57,50	27,18	0,69*	<0,01
Q17 - atividades da vida cotidiana	54,17	35,41	0,63*	<0,01
Q15 - mobilidade	53,33	27,65	0,36	<0,01
Q18 - capacidade de trabalho	53,33	35,80	0,82†	<0,01
Q03 - dor e desconforto	48,33	33,43	0,81†	<0,01

* Correlação moderada, †Correlação alta

No domínio Psicológico, as questões que apresentaram os maiores escores foram as referentes às facetas: auto-estima e imagem corporal e aparência. Em relação à primeira, 30% responderam estarem muito satisfeitos; 30% satisfeitos e 30% nem satisfeitos, nem insatisfeitos. Quanto à segunda, 36,67% responderam média satisfação e 30% escolheram completamente. A faceta que recebeu menor escore médio do domínio (37,50) foi a Q26, sobre a ocorrência de sentimentos negativos. Todas as facetas do domínio Psicológico apresentaram correlação positiva e estatisticamen-

te significativas com o escore médio do domínio. A questão que obteve o maior valor de correlação foi a que avaliou a satisfação dos pacientes com eles mesmos (Q19) ($r=0,79$; $p<0,01$). Houve correlação positiva moderada entre o estado psicológico e a auto-estima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, aspectos relacionados à memória e sentimentos positivos. Tal fato demonstra que estes aspectos são percebidos de forma positiva pela maioria dos entrevistados e contribuem favoravelmente para uma boa QV, com relação ao contexto psicológico (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos escores médios e desvios-padrão das questões do domínio Psicológico e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio. Uberaba-MG, 2008

Questão	Escore médio	Desvio padrão	Correlação	p
Q19 - auto-estima	68,33	28,57	0,79*	<0,01
Q11 - imagem corporal e aparência	65,83	28,23	0,72*	<0,01
Q6 - espiritualidade, religião, crenças pessoais	60,00	65,83	0,66*	<0,01
Q7 - pensar, aprender, memória e concentração	59,17	23,20	0,55*	<0,01
Q5 - sentimentos positivos	42,50	24,70	0,61*	<0,01
Q26 - sentimentos negativos	37,50	31,31	0,13	<0,01

* Correlação moderada

Ocorreu correlação positiva moderada entre a maioria dos aspectos relacionados ao meio ambiente e à QV dos indivíduos. Para o domínio Meio ambiente, as questões que apresentaram maiores escores médios foram referentes às facetas: ambiente no lar e cuidados de saúde e sociais. Na primeira, 50% dos indivíduos escolheram a resposta satisfeitos e 26,67%, muito satisfeitos. Na segunda, 43,33% responderam satisfeitos e 26,67%, muito sa-

tisfeitos. A correlação de cada questão com o escore médio do domínio sinaliza que todas as facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa para o escore médio do domínio Meio ambiente, sendo que, as referentes às condições do local de residência (ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima), com $r=0,75$, e oportunidade de adquirir informações, com $r=0,72$, foram as que mais tiveram influência (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos escores médios e desvios-padrão das questões do domínio Meio Ambiente e a correlação de cada questão que compõe o domínio e o escore médio. Uberaba-MG, 2008

Questão	Escore médio	Desvio padrão	Correlação	p
Q23 - ambiente no lar	71,67	25,2	0,60*	<0,01
Q24 - cuidados de saúde e sociais	69,17	27,61	0,54*	<0,01
Q25 - transporte	62,5	26,87	0,61*	<0,01
Q8 - segurança física e proteção	57,5	24,7	0,43	<0,05
Q9 - ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima	52,5	25,72	0,75*	<0,01
Q13 - oportunidade de adquirir novas informações	47,5	31,72	0,72*	<0,01
Q12 - recursos financeiros	37,5	25,21	0,58*	<0,01
Q14 - participação e oportunidade de recreação/lazer	31,67	27,02	0,63*	<0,01

* Correlação moderada

Quanto à QV, em uma escala de zero a 100, os valores para os domínios Relações sociais, Físico, Psicológico e Meio ambiente apresentaram valores acima de 50. Considera-se que esses valores expressam uma percepção positiva para a QV. O domínio Meio ambiente esteve bem próximo do valor médio, justificado, provavelmente, por ter sido realizado em áreas de maior vulnerabilidade social.

CONCLUSÃO

Os dados sociodemográficos indicados no Programa HIPERDIA revelaram maior participação de mulheres (66,7%), com média de idade de 56 anos; maior percentual de indivíduos com 1º grau incompleto (56,7%); e de analfabetos (33,3%). Os entrevistados apresentavam hipertensão e diabetes associados, sendo que 25% já tiveram problemas cardíacos e 50%, antecedentes de problemas cardiovasculares. A maioria (96,7%) era acompanhada pela ESF; 80,6% usavam medicamentos; 19,4% tinham hábito de fumar; 27,8% não praticavam exercícios físicos, e 47,2% eram obesos.

A avaliação da QV foi tida como positiva entre os entrevistados na maioria dos aspectos mensurados. O domínio Relações sociais obteve o maior escore médio entre os domínios de 71,4 (DP= 27,8), portanto, o que mais contribuiu com a boa QV. As facetas que mais colaboraram com a avaliação positiva da QV foram: suporte e apoio social - domínio Relações sociais; dependência de medicação ou tratamento - domínio Físico; auto-estima - domínio Psicológico, e ambiente no lar - domínio Meio ambiente. As facetas que menos contribuíram: atividade sexual - domínio Relações sociais; dor e desconforto - domínio Físico; sentimentos negativos - domínio Psicológico, e participação em/ e oportunidades de recreação/ lazer - domínio Meio ambiente.

A partir das experiências vivenciadas pelos pesquisadores na ESF, onde o cotidiano dos indivíduos portadores de hipertensão e de diabetes, residentes em áreas de maior vulnerabilidade destacavam-se pelas sucessivas queixas pessoais, foram empiricamente entendidas como dificuldades para o enfrentamento da doença. Em linhas gerais, a hipótese inicial recaiu em baixa QV. No entanto, este estudo demonstrou uma avaliação satisfatória para a QV geral, principalmente, relacionada às Relações sociais.

Há que se destacar, que o trabalho que vem sendo desenvolvido pelas equipes do Programa de Saúde da Família, visando ao re-direcionamento

do estilo de vida, devendo (ou) envolvendo o combate ao sedentarismo, ao tabagismo e à obesidade. Portanto, conhecer a QV dos indivíduos com hipertensão e diabetes significa um momento ímpar de compreensão, e remete novamente à importância do planejamento e da implementação de ações de responsabilidade das esferas governamentais, com embasamento em informações científicas, a serem desenvolvidas por meio de políticas públicas, que envolvam tanto a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, quanto a valorização dos trabalhadores das ESF.

REFERÊNCIAS

1. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16(2):254-62.
2. Fardo VM, Creutzberg M, Silva MCS. Qualidade de vida de idosos hospitalizados: um estudo preliminar. *Rev Nurs.* 2005; Jul; 86(8):314-9.
3. International Diabetes Federation. What is diabetes?. [homepage da internet]. Brussels (BE): IDF; 2006. [acesso em 2008 Fev 25]. Disponível em: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2>.
4. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ): WHO; 1999.
5. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2004 Dez; 13(4):46-53.
6. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Jan-Mar; 17(1):90-7.
7. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004 Mar-Abr; 20(2):580-8.
8. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov; 41(10):1403-9.
9. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet.* 2000 Jan-Jun; 5(1):7-18.
10. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet.* 2000 Jan-Jun; 5(1):163-77.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Costa Neto MM, organizador. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família.* Brasília (DF): MS; 2000.

12. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): MS; 2001.
13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1997.
14. Brasil. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. Informe de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2001.
15. Cosendey CH, Souza SR. Enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores, 2004.
16. Organización Mundial de la Salud (1984). Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos: informe de um grupo científico de la OMS sobre a epidemiología del envejecimiento. Série de informes técnicos. Ginebra (SZ): OMS, p.706.
17. Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. Rev Latino-am Enferm. 2007 Set-Out; 15(Esp):768-73.
18. Geiss LS, Pan L, Cadweel B, Gregg EW, Benjamin SM, Engelgau MM. Changes in incidence of diabetes in US. Adults, 1997-2003. Am J Prev Med. 2006; May; 30(5):371-7.
19. Smeltzer SC, Bare BG. Função metabólica e endócrina. In: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005.