

Dimensões da qualidade de vida afetadas negativamente em pessoas vivendo com Diabetes *Mellitus*

Dimensions of the quality of life negatively affected in people living with Diabetes *Mellitus*

Dimensiones de la calidad de vida afectada negativamente en las personas que viven con el Diabetes *Mellitus*

Delmo de Carvalho Alencar;¹Patriotino Fontinele Lages Filho;²Maria de Jesus Lopes Mousinho Neiva;³Ana Maria Parente Garcia Alencar;⁴Wanderson Carneiro Moreira;⁵Aline Raquel de Sousa Ibiapina⁶

Como citar este artigo:

AlencarDC, Lages FilhoPF, NeivaMJLM, Alencar AMPG, Moreira WC, Ibiapina ARS. Dimensões da qualidade de vida afetadas negativamente em pessoas vivendo com diabetes mellitus. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):199-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.199-204>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 atendidas pela Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo descritivo, transversal realizado com 50 pacientes diabéticos. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um formulário para informações socioeconômicas e clínicas e do *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36). Os dados foram expressos como frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e dispersão. **Resultados:** As maiores médias dos escores do SF-36 foram verificadas nos domínios “Capacidade Funcional, Vitalidade e Aspectos Sociais”, enquanto as menores concentraram-se nos domínios “Estado Geral da Saúde e Aspecto Físico”. **Conclusão:** A funcionalidade das atividades diárias e a percepção sobre a saúde foram os principais aspectos comprometidos pelo diabetes *mellitus* tipo 2.

Descritores: Qualidade de vida, Doença crônica, Diabetes Mellitus, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life related to health of people with type 2 diabetes mellitus served by Primary Health. **Methods:** Descriptive transversal study performed with 50 diabetic patients. Data were collected through the application of a form for socioeconomic and clinical information and the Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36). Data were expressed as absolute and relative frequencies and central tendency and dispersion steps. **Results:** The highest average of the SF-36 scores were found in the areas “Functional Capacity, Vitality and Social Aspects”, while the lowest were concentrated in areas “General State of Health and

- 1 Doutorando em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: delmo-carvalho@hotmail.com.
- 2 Enfermeiro graduado pela Faculdade Integral Diferencial (FACID). E-mail: patriotinolages@yahoo.com.br.
- 3 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: jesusmousinho@gmail.com.
- 4 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: anamalencar@hotmail.com.
- 5 Enfermeiro graduado pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: wandersonm.wm@gmail.com.
- 6 Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: alineraquel8@hotmail.com.

Physical Appearance.” **Conclusion:** The functionality of daily activities and perception of health were the main factors committed by the type 2 diabetes mellitus.

Descriptors: Quality of life, Chronic disease, Diabetes Mellitus, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con diabetes mellitus tipo 2 servido por el Primaria de la Salud.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado con 50 pacientes diabéticos. Los datos fueron recolectados a través de la aplicación de un formulario de información socioeconómica y clínica y el estudio de resultados médicos de 36 preguntas Short Form Health Survey (SF-36). Los datos se expresaron como frecuencias absolutas y relativas y tendencia central y medidas de dispersión. **Resultados:** El promedio más alto de las puntuaciones del SF-36 fueron encontrados en las áreas de “capacidad funcional, vitalidad y aspectos sociales”, mientras que las más bajas se concentraron en las zonas “estado general de salud y la apariencia física”.

Conclusión: La funcionalidad de las actividades diarias y la percepción de la salud fueron los principales factores cometidos por la diabetes mellitus tipo 2.

Descriptor: Calidad de vida, Enfermedad crónica, Diabetes Mellitus, Enfermería.

INTRODUÇÃO

A problemática do Diabetes *Mellitus* (DM) comporta-se como uma epidemia de grandes proporções que acometeu 415 milhões de pessoas, em 2015, com estimativas que chegam a 642 milhões em 2040.¹ No Brasil, 14,3 milhões, 9,4% da população total, têm diabetes, o que representava 9,4% da população nacional naquele ano. O DM eleva significativamente os índices de morbimortalidade e constitui uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.²

Esse agravo abrange cerca de 85% a 90% dos casos de diabetes e atinge principalmente a população adulta acima de 40 anos, embora recentemente tenha crescido a prevalência em faixas etárias mais precoces.¹⁻² Como o diabetes requer mudanças no estilo de vida relacionadas às necessidades do tratamento e práticas de autocuidado diárias, o modo como o indivíduo assimila esses comportamentos, associado às morbidades e comorbidades dessa patologia, poderá influenciar de forma negativa o convívio familiar, aspectos emocionais, a saúde física, a vitalidade, a saúde mental, entre outros aspectos. Esse impacto poderá refletir na maneira como o paciente conviverá com a doença, afetando a sua qualidade de vida.³

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido utilizada na área para diferenciar da Qualidade de Vida no sentido genérico. É considerada sinônimo do termo “estado de saúde percebido”, o qual contém três grandes domínios: físico, psicológico e social.⁴ Essa temática emerge no cenário das pesquisas como uma nova possibilidade de direcionamento das práticas em saúde principalmente na atenção básica, por ser porta de entrada para as ações e serviços. Sendo assim, o estudo da QVRS viabiliza ainda a criação de estratégias e programas de intervenção eficazes para promoção da integralidade do cuidado a portadores de DM tipo 2.⁴

Essa necessidade de adaptação da pessoa com diabetes somada à sua própria condição crônica pode atuar influenciando negativamente na qualidade de vida. Pesquisas sobre essa temática vêm demonstrando que pacientes com DM têm menores níveis de qualidade de vida do que outras pessoas que não manifestaram a doença, sendo esta relação multicausal.⁵

Ainda se observa insuficiência de literatura empírica referente à avaliação da qualidade de vida em diabéticos no Brasil, sobretudo na região Nordeste. Assim, avaliar a qualidade de vida é essencial para a formulação e implementação de estratégias do cuidado às pessoas com DM. Torna-se necessária a identificação dos fatores que interferem na qualidade de vida, a fim de que as intervenções sejam efetivas e específicas, sendo capazes de minimizar ou prevenir o comprometimento desta condição.⁶

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 atendidas pela Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo e transversal desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona leste de Teresina, capital do Estado do Piauí.

A população do estudo foi estabelecida por amostragem do tipo acidental, composta por 50 pessoas com DM tipo 2 atendidas na UBS durante o período de coleta de dados.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: idade superior a 40 anos, por conveniência, não gestantes e frequentadores da UBS escolhida. A faixa populacional foi propositalmente escolhida, uma vez que é tida como prioritária pela alta prevalência de DM tipo 2. Como critérios de exclusão: pessoas com transtornos mentais que impossibilitassem a coleta dos dados e que não participaram de todas as etapas da pesquisa referentes à entrevista e mensuração das variáveis clínicas.

A coleta de dados aconteceu no período de julho a agosto de 2015, por meio de entrevista individual, através de um formulário contendo variáveis socioeconômicas e clínicas (altura, peso, índice de massa corporal e pressão arterial sistólica e diastólica). As informações sobre a QVRS foram obtidas por meio de instrumento genérico de avaliação na forma de um formulário, o *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36), validado no Brasil.⁷

Esse instrumento de avaliação da qualidade de vida é composto por 11 questões e 36 itens, subdivididos em oito categorias. A aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida proporciona a obtenção de escores médios para cada domínio avaliado, com variação padrão de 0 a 100, de forma que quanto mais próximo de 100 o valor estiver, melhor o domínio avaliado. Esse formulário ainda apresenta uma questão comparativa entre condições de saúde atual e de um ano atrás, a qual não entra no cálculo dos domínios.⁸

Foi realizado o pré-teste oral informal com o intuito de verificar a aplicabilidade dos instrumentos utilizados para obtenção dos objetivos estabelecidos. Na obtenção dos níveis

pressóricos seguiram-se as recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão.⁹A medição ocorreu em ambiente calmo, com repouso dos participantes em tempo mínimo de cinco minutos, certificando-se de que estes estavam com a bexiga esvaziada e de que não houve o consumo anterior de drogas e/ou alimentos estimulantes nem a prática de atividade física, até 30 minutos antes da aferição.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador responsável, em local específico para este fim na própria unidade de saúde, mediante garantia do sigilo e do anonimato dos participantes. As entrevistas tiveram uma duração média de 15 minutos.

Os dados foram digitados em um banco de dados (*software* EXCEL 8.0.) e posteriormente processados. Os dados foram expressos como frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e dispersão utilizando-se o *software* R versão 3.2.1. O estudo atendeu a todas as normas nacionais e internacionais que regem pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial – FACID sob CAAE nº 41186814.1.0000.5211.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 50 pessoas com DM2 assistidas em uma USE. Os indivíduos foram caracterizados segundo variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos indivíduos com DM atendidos em uma Unidade de Saúde da Família segundo características demográficas e socioeconômicas. Teresina - Piauí, 2015.

Variável	Classificação	n	%
Sexo	Masculino	22	44
	Feminino	28	56
Idade (anos)	43-55	16	32
	59-68	21	42
	69 ou +	13	26
	Solteiro	12	24
Estado Civil	Casado	31	62
	União estável	4	8
	Divorciado	2	4
	Viúvo	1	2
Cor da pele	Branca	8	16
	Preta	7	14
	Parda	31	62
	Amarela	4	8
Escolaridade	Analfabeto	5	10
	Ensino fundamental incompleto	9	18
	Ensino fundamental completo	13	26
	Ensino médio incompleto	5	10
	Ensino médio completo	9	18
	Ensino superior incompleto	3	6
Renda	Ensino superior completo	6	12
	1 salário mínimo	24	48
	2 salários mínimos	16	32
	3 salários mínimos	10	20

Fonte: Dados compilados pelos autores.

A maior parte da população de estudo era do sexo feminino, possuía entre 59 e 68 anos, casada, parda, com ensino fundamental completo e renda de um salário mínimo. Quanto à situação do estado civil, a maioria era casada(62%).

A distribuição dos participantes do estudo segundo o ano do diagnóstico do DM tipo 2 é apresentado na tabela 2. Grande parte da população investigada apresentou diagnóstico de DM tipo 2 considerado recente, até 5 anos.

Tabela 2 - Caracterização dos indivíduos com DM atendidos em uma Unidade de Saúde da Família segundo o ano do diagnóstico. Teresina - Piauí, 2015.

Ano de diagnóstico	N	%
1983 a 1996	7	14
2000 a 2009	17	34
2010 a 2015	26	52

Fonte: Dados compilados pelos autores.

Com relação à prática de atividade física, apenas 32% da população em estudo praticava algum tipo de atividade física;desses, 18% praticavam 3 vezes na semana, e 14%, 4 vezes na semana ou mais. O acompanhamento da atividade física por parte do educador físico foi relatado por apenas 6% dos participantes do estudo (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização dos indivíduos com DM atendidos em uma Unidade de Saúde da Família segundo a prática de atividade física. Teresina - Piauí, 2015

Variáveis	N	%
Prática de atividade física		
Sim	16	32
Não	34	68
Frequência semanal de prática		
1 vez	0	0
2 vezes	0	0
3 vezes	9	18
4 vezes ou mais	7	14
Não se aplica	34	68
Acompanhamento educador físico		
Sim	3	6
Não	13	26
Não se aplica	34	68

Fonte: Dados compilados pelos autores.

Em relação aos escores padronizados das dimensões do SF-36 analisadas, os valores médios obtidos variaram entre 51,26 a 72,10. Os maiores escores médios foram verificados nos domínios de Capacidade Funcional, Vitalidade e Aspectos Sociais, enquanto os menores escores médios foram obtidos nos domínios de Estado Geral da Saúde e Aspecto Físico (Tabela 4).

Foram observados que os menores escores médios do SF-36 foram obtidos nos domínios de Estado Geral da Saúde e Aspecto Físico.

Tabela 4 - Medidas de tendência central e dispersão das categorias de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos com DM atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. Teresina - Piauí, 2015

Categoria	n	Mínimo	Máximo	Média (DP)
Capacidade funcional	50	10,00	100,00	72,10 (27,03)
Aspecto físico	50	0,00	100,00	53,50 (27,20)
Dor	50	20,00	100,00	64,38 (30,39)
Estado geral de saúde	50	15,00	92,00	51,26 (18,86)
Vitalidade	50	25,00	100,00	65,50 (20,08)
Aspecto social	50	12,50	100,00	65,50 (21,95)
Aspecto emocional	50	0,00	100,00	64,00 (32,88)
Saúde mental	50	16,00	100,00	64,32 (25,93)

DP – desvio-padrão

Fonte: Dados compilados pelos autores.

Neste estudo, os maiores escores médios do SF-36 foram verificados nos domínios de Capacidade Funcional, Vitalidade e Aspectos Sociais.

A segunda questão do instrumento não entra no cálculo dos domínios, sendo analisada a parte. Nesse item, é feito um comparativo das condições de saúde atual e de um ano atrás. Verificou-se que 30% dos indivíduos referiram “quase a mesma coisa”, 27% referiram “um pouco pior”, 24% relataram a opção “um pouco melhor” e 19% elegeram a opção “muito pior”.

Este estudo contribuiu na identificação de fatores que prejudicam a qualidade de vida em indivíduos com DM tipo 2. Esses fatores podem influenciar na realização de prática efetiva do autocuidado, necessária para o melhor conviver com a doença e para redução das complicações.

O diabetes mellitus é considerado um dos principais problemas de saúde pública na atualidade, sendo o diabetes mellitus tipo 2 a forma prevalente entre os indivíduos com idade mais avançada. A maioria dos participantes desta pesquisa detinham apenas ensino fundamental completo, fato este que pode estar relacionado diretamente à não realização do tratamento de forma adequada, decorrente de *deficit* de conhecimento sobre a doença.

O perfil socioeconômico é um fator determinante. Conhecer o perfil socioeconômico e epidemiológico dos agravos prevalentes constitui importante mecanismo para a provisão de serviços e de recursos, tanto em termos de pessoal, como de equipamentos, medicamentos e demais insumos indispensáveis para a realização de ações de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica e de reabilitação.¹⁰ Esse conhecimento é necessário para que as intervenções busquem respeitar as singularidades e particularidades econômicas, sociais e culturais de cada pessoa, a fim de que seja estabelecido um vínculo profissional entre o indivíduo e a equipe multiprofissional, para que as metas de tratamento

sejam facilmente alcançadas, culminando com a melhoria da qualidade de vida.

O estado civil interfere na adesão ao tratamento em dinâmica familiar, e o perfil psicossocial influencia nas variações glicêmicas, sendo o ambiente familiar um estímulo ao autocuidado. Em casais em quem tem diabetes, principalmente se o portador for o homem, o tratamento e manutenção são mais frequentes, sendo que a esposa se responsabiliza pela alimentação e medicação. Assim, é comum observar viúvos com menor adesão ao tratamento do que viúvas.¹¹

Mudanças significativas das estratégias de enfrentamento podem ocorrer na medida em que se dá o passar dos anos após o diagnóstico da doença. Nesse sentido, o tempo de duração do diabetes mellitus diferencia as maneiras como o paciente diabético administra seus problemas e diversifica as estratégias de enfrentamento no manejo da doença. Os autores ainda comprovaram em um estudo que, com o passar dos anos em que a doença se instala nos sujeitos, o nível de estresse experimentado por eles é reduzido consideravelmente.¹²

O princípio geral do tratamento do DM baseia-se na reeducação do paciente para que esse modifique seu estilo de vida e incorpore práticas saudáveis à rotina diária, como a realização de atividades físicas regularmente, a reorganização de hábitos alimentares e a suspensão do tabagismo. Se necessário, deve ser efetuada a alteração no uso de medicamentos.¹³ Apesar da recomendação, apenas 32% da população de estudo relatou praticar atividade física e apenas 6% realizavam essa prática com acompanhamento do profissional de educação física.

Várias são as estratégias que o Ministério da Saúde tem implementado nos estados e municípios a fim de prevenir as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Uma delas é a Política Nacional de Promoção da Saúde, que define a promoção da atividade física como uma de suas prioridades e financia projetos que a contemplem, como a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF, por sua vez, compreende profissionais de variadas áreas, incluindo o educador físico, que deve atuar em parceria com a ESF. Além disso, foi instituído o Programa Academias da Saúde, que visa à implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais para a orientação de práticas de atividade física.¹⁴

Estudo¹⁴ realizado com pacientes inseridos no Programa de Assistência ao Diabético de uma unidade básica do interior de São Paulo, verificou que apenas 17,2% das prescrições médicas se enquadravam nas recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes, incluindo as informações sobre dieta, exercício físico e uso de medicamentos. Além disso, 53,1% dos usuários dessa mesma unidade básica de saúde referiram nunca ter participado de aulas ou palestras relacionadas à sua patologia.

A atuação do enfermeiro e da equipe de saúde frente às pessoas com DM e as que possuem fatores de risco para desenvolver a doença torna-se de grande relevância na promoção da saúde e na capacitação dos indivíduos, a fim de que os mesmos optem por escolhas saudáveis e apresentem melhor adesão ao tratamento e prevenção das complicações. Esse papel pode ser decisivo na medida em que estimula

indivíduos com DM a buscarem a melhoria do estado de saúde, contribuindo para o melhor controle metabólico e reabilitação dos mesmos.⁸

No modelo atual de atenção, a ESF responde a contento às questões de prevenção de doenças infecciosas e muitos aspectos da saúde infantil e da mulher. Quando se trata de DCNT, principalmente DM e HAS não há uma atenção adequada e as consequências dessa inadequação vão muito além dos R\$12 bilhões anuais gastos pela alta complexidade.¹⁵⁻¹⁶

A consulta de enfermagem é uma importante estratégia na prevenção e controle das DCNT, visto que possibilita o estabelecimento de vínculo interpessoal, podendo tornar mais fácil a adesão às ações necessárias para o adequado seguimento do tratamento proposto. Outro método efetivo compreende a realização de visita domiciliar, pois conhecer o contexto em que a família vive e os recursos que a comunidade dispõe constitui uma ação preventiva, além de promover melhor direcionamento das ações destinadas àqueles com a doença.¹⁷

O domínio do Aspecto Físico avalia o prejuízo na funcionalidade das atividades diárias dos indivíduos e o Estado Geral de Saúde avalia a percepção do indivíduo sobre a sua saúde.¹⁸

O domínio Capacidade Funcional mede a dificuldade do indivíduo em realizar suas atividades cotidianas, a Vitalidade avalia a disposição para exercer suas atividades e o domínio Aspectos Sociais avalia os prejuízos nos relacionamentos sociais. Estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, utilizando o SF-36 em pessoas com condições crônicas observou que as dimensões mais afetadas foram a Vitalidade, Capacidade Funcional e Dor.¹⁹

Em estudo realizado com diabéticos de uma Unidade de Saúde da Família, objetivando avaliar a qualidade de vida, obteve-se os maiores escores nas dimensões Saúde mental (72,0) e Aspectos sociais (71,1), sendo os menores escores médios visualizados nos Aspectos físicos (34,8), Aspectos emocionais (44,0) e Estado geral de saúde (49,8).²⁰

Este estudo possui limitações, como a dificuldade de compreensão de algumas questões do SF-36 por parte de alguns participantes, o que resultou em maior tempo dispensado na aplicação desse instrumento. Vale ressaltar também, a limitada disponibilidade de tempo de determinados participantes para responder aos questionamentos, exigindo o desenvolvimento de estratégias que estimulassem e favorecessem a participação. As limitações não invalidam os achados do estudo, considerando a carência de pesquisas no estado do Piauí que avaliem a qualidade de vida das pessoas com patologias crônicas, em especial o DM tipo 2.

CONCLUSÃO

O DM tipo 2 afeta negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas que convivem com a doença, principalmente nas dimensões relativas aos Aspectos Físicos e Estado Geral de Saúde. Para adequada prevenção de doenças e promoção da saúde e qualidade de vida, é fundamental a realização de um acompanhamento efetivo das pessoas com DM tipo 2 por parte do profissional enfermeiro e da equipe multiprofissional. Nesse sentido, torna-se importante a

identificação dos diversos aspectos da vida desses indivíduos que exigem intervenções de atenção e cuidado, para que não venham prejudicar sua qualidade de vida.

A utilização de instrumentos validados como SF-36 possibilita uma melhor visualização da situação de saúde. Neste estudo, identificou-se que o conhecimento das dimensões que obtiveram menores escores na qualidade de vida das pessoas que vivem com DM tipo 2, possibilitará o planejamento de ações específicas voltadas a esses grupos de modo a promover melhor adesão a práticas que influenciem positivamente à qualidade de vida.

Torna-se importante, ainda, a realização de mais estudos sobre a temática, visto que ainda são insuficientes as publicações referentes à avaliação da qualidade de vida em diabéticos no Brasil, sobretudo na região Nordeste, mesmo diante da sua importância no direcionamento de estratégias específicas do cuidado para a minimização ou prevenção do seu comprometimento.

REFERÊNCIAS

1. Kapur A, Harries AD, Lönnroth K, Wilson P, Sulistyowati LS. Diabetes and tuberculosis co-epidemic: the Bali Declaration. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2016; 4(1):8-10.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
3. Cunha M, André S, Granado J, Albuquerque C, Madureira A. Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171:289-93.
4. Almeida SA, Silveira MM, Espírito-Santo PF, Pereira RC, Salomé GM. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. *Rev Bras Cir Plást*. 2013; 28(1):142-6.
5. Vanstone M, Rewegan A, Brundisini F, Dejean D, Giacomini M. Patient perspectives on quality of life with uncontrolled type 1 diabetes mellitus: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2015; 15(17):1-29.
6. Xavier ATF, Foss MC, Marques JW, Santos CB, Onofre PTBN, Pace AE. Adaptação cultural e validação do Neuropathy - and Foot Ulcer - Specific Quality of Life (NeuroQol) para a língua portuguesa do Brasil - Fase 1. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(6):1352-61.
7. Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validation of the Brazilian version of the generic six-dimensional short form quality of life questionnaire (SF-6D Brazil). *Cien Saude Colet*. 2011; 16(7):3103-10.
8. Souza ECS, Souza SA, Alves TOS, Gois CFL, Guimarães AMDN, Mattos MCT. Quality of life evaluation in patients with diabetes using the paid scale. *Rev Min Enferm*. 2012; 16(4):509-14.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
10. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate*. 2014; 38(spe):265-78.
11. Ho BK, Jasvinder K, Gurpreet K, Ambigga D, Suthahar A, Cheong SM, Lim KH. Prevalence, awareness, treatment and control of diabetes mellitus among the elderly: The 2011 National Health and Morbidity Survey, Malaysia. *Malays Fam Physician*. 2014;9(3):12-9.
12. Alencar DC, Lima ACS, Almeida VCF, Sampaio KJAJ, Damasceno MMC, Alencar AMPG. Sentimentos de adolescentes com Diabetes Mellitus frente ao processo de viver com a doença. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(4):479-84.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
14. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Nut*. 2002;15(1):37-44.

15. Dourado CSE, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Scient. Health Scienc.* 2011; 33(1):9-17.
16. Torres HC, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: Estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(1):89-93.
17. Radigonda B, Souza RKT, Cordoni Junior L, Silva AMR. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016; 25(1): 115-26.
18. Nogueira PC, Rabeh SAN, Caliri MHL, Dantas RAS, Haas VJ. Burden of care and its impact on health-related quality of life of caregivers of individuals with spinal cord injury. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012; 20(6):1048-56.
19. Silqueira SMF. O questionário genérico SF-36 como instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em ciências]- Universidade de São Paulo; 2005.
20. Leal LB, Moura IH, Carvalho RBN, Leal NTB, Silva AQ, Silva ARV. Qualidade vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Rene.* 2014; 15(4):676-82.

Recebido em: 29/10/2017
Revisões requeridas: Não houve
Aprovado em: 18/01/2018
Publicado em: 01/01/2019

Autor responsável pela correspondência:
Delmo de Carvalho Alencar
Rua Josias Antão de Carvalho, 103, Centro
Pio IX - Piauí
CEP: 64.660-000
*E-mail:*delmo-carvalho@hotmail.com