



Caracterização de usuários com diabetes tipo 2 cadastrados em uma estratégia de saúde da família

Characterization of diabetics type 2 users registered in a family health strategy of an undergraduate nursing student

Franciele Aparecida de Carvalho Silva¹, Fernanda Andrade Pereira², Daniele Sirineu Pereira³, Silvia Lanzotti Azevedo Silva⁴

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública relacionado a inúmeras condições adversas. **Objetivo:** Caracterizar indivíduos diabéticos tipo II cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo observacional de caráter transversal realizado, em visitas domiciliares, através da avaliação dos pés, da qualidade de vida, de variáveis sociodemográficas e clínicas, hábitos de vida e dos cálculos do Índice Tornozelo-Braço (ITB) e Risco Cardiovascular (RCV). **Resultados:** Amostra composta por 33 indivíduos com diabetes tipo 2, média etária de 62,94±11,43, a maioria acima do peso e com RCV aumentado. Não houve correlação entre ITB e RCV ($p>0,05$) e diferença para o valor do ITB em relação ao consumo de cigarros, bebida alcoólica e prática de atividade física ($p>0,05$). **Conclusão:** O acesso aos serviços da Atenção Básica facilita o controle do diabetes na população, mas atividades de promoção de saúde e prevenção secundária devem ser estimuladas.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus Tipo 2. Qualidade de Vida. Índice Tornozelo-Braço. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: The Diabetes Mellitus (DM) is a public health problem related to numerous adverse conditions. **Objective:** To characterize type II diabetic patients registered in a Family Health Strategy. **Methods:** An observational cross-sectional study carried out during home visits, through the assessment of the feet, quality of

¹ Universidade Federal de Alfenas.

² Universidade Federal de Alfenas.

³ Universidade Federal de Alfenas.

⁴ Universidade Federal de Alfenas. E-mail: silviafisiojf@yahoo.com.br

life, socio-demographic and clinical variables, lifestyle and calculations of the ankle-brachial index (ABI) and Cardiovascular Risk (RCV). Results: The sample was composed of 33 individuals, aged $62,94 \pm 11,43$, mostly overweight and with increased cardiovascular risk (CVR). There was no correlation between ABI and CVR ($p > 0.05$) and there was a difference between the ABI and cigarette consumption, alcohol consumption and physical activity ($p > 0.05$). Conclusion: The access to primary care services facilitates diabetes control in the population, however, health promotion activities and secondary prevention should be encouraged.

KEYWORDS: Type II Diabetes Mellitus. Quality of Life. Ankle-Arm Index. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Caracterizado como doença metabólica, o Diabetes Mellitus (DM) é definido como uma hiperglicemia resultante da secreção e/ou ação inadequada da insulina.¹ Descrito como um problema de saúde pública, por sua alta prevalência populacional e consequências adversas,² o diabetes tipo 2 se define entre uma resistência à insulina e um defeito secretório.³

O controle do DM ocorre por meio de hábitos de vida saudáveis e do autocuidado associados à manutenção dos níveis glicêmicos em índices toleráveis, prevenindo complicações como o pé diabético,⁴ que reflete diretamente na piora da qualidade de vida, principalmente quando mais graves.⁵

A qualidade de vida consiste não somente em domínios relacionados à saúde física, mental e emocional, mas também a elementos consideráveis como trabalho, família e amigos.⁶ É sabido que o DM é capaz de influenciar negativamente a qualidade de vida, sendo esta inferior, quando comparada a indivíduos sem a doença.⁷

Dentre as complicações crônicas do DM, que denotam encargos econômicos e sociais, as úlceras nos pés são comuns e respondem por 50 a 70% das amputações.⁸ O DM predispõe a formação da placa de ateroma,⁹ origem mais habitual e significativa da doença arterial ligada à formação das úlceras dos membros inferiores.¹⁰

Um método não invasivo utilizado para detecção de insuficiência arterial é o Índice Tornozelo-Braço (ITB), cujas alterações dos valores normais são ligadas à vasculopatias.¹⁰ O aumento dos valores é comum no DM indicando calcificação na camada interna das artérias, preditivas de alterações arteriais.¹¹

Diante do caráter crônico do DM, sua associação com fatores de risco modificáveis e o fato de a Atenção Primária à Saúde estar em contato direto com os

usuários, o conhecimento da realidade de cada Estratégia de Saúde da Família (ESF) para elaboração de propostas de mudança de hábitos e autocuidado é fundamental. Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar indivíduos diabéticos cadastrados em uma ESF, em busca do maior conhecimento sobre esta população.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional de caráter transversal realizado em uma amostra da população de usuários cadastrados na ESF Pinheirinho/Santa Clara, do município de Alfenas - MG. A população do estudo foi composta por indivíduos com diagnóstico médico de DM tipo 2, registrado em prontuário, cujos dados foram fornecidos pela própria Unidade. A população totalizava 201 indivíduos.

A amostra foi constituída por 33 indivíduos, valor determinado por cálculo amostral. Para a realização do cálculo foi feito estudo piloto com 10 indivíduos e os valores da média e desvio-padrão para qualidade de vida e ITB foram usados na fórmula do cálculo para população finita.¹² Para a qualidade de vida, seriam necessários 33 indivíduos e 31 para o ITB, fechando, assim, a amostra em 33 participantes. Os indivíduos foram incluídos na amostra por conveniência, de acordo com a concordância em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A abordagem foi feita em todas as ruas da área de cobertura para garantir representatividade de todas as microáreas.

Foram critérios de inclusão estar cadastrado na ESF e receber a visita do Agente Comunitário de Saúde. Foram excluídos indivíduos com diagnóstico de DM tipo 1 e, para realização do Doppler e, posterior cálculo do ITB, que apresentassem úlcera aberta e/ou qualquer nível de amputação em membros inferiores.

A coleta foi realizada em um único momento no domicílio do participante, em horário não agendado, por somente um examinador treinado para aplicação dos testes, entre abril e novembro de 2015.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), protocolo nº CAAE: 37418714.3.0000.5142.

Para caracterização da amostra foram avaliadas variáveis sociodemográficas,

clínicas e observação dos pés dos indivíduos. As variáveis sociodemográficas foram: sexo, idade, renda, estado civil, ocupação e escolaridade. A avaliação foi por autorrelato do usuário ou cuidador responsável, quando necessário.

As variáveis clínicas avaliadas, também por autorrelato, foram história familiar, doenças associadas, tempo de diagnóstico, tratamento medicamentoso realizado e número de medicamentos. O peso foi mensurado por balança padronizada portátil (GTECH QF 2003A); a altura, circunferência de cintura e de quadril foram avaliados pelo examinador com fita métrica; o Índice de Massa Corporal (IMC) calculado pela fórmula $\text{peso(Kg)}/\text{altura(m)}^2$ e o cálculo do Índice Cintura Quadril pela medida de cintura(cm)/medida do quadril(cm).

Foi avaliada a declaração dos participantes quanto aos hábitos de vida, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e realização de atividades físicas regulares.

A caracterização dos membros inferiores e pés foi feita por avaliação e descrição do observado pelo pesquisador. Os aspectos avaliados foram presença de úlcera, queimadura, rachadura, calosidade, pele ressecada, micose, unha espessada, sinais e sintomas como telangectasias e veias varicosas, deformidades, amputação, calçado utilizado no momento da avaliação, sendo considerado adequado aqueles firmes/confortáveis e que não machucavam os pés, higiene/corte de unha e tipo de pé.

A sensibilidade e reflexos foram avaliados através dos componentes do Martelo de Duck (LANE). A sensibilidade tátil com escova, térmica com o cabo do martelo e a dolorosa com agulha e os reflexos aquileu e patelar através do contato das extremidades emborrachadas do martelo com as inserções tendíneas do quadríceps e dos músculos do tríceps sural.

A coleta das medidas do ITB foi padronizada de acordo com a literatura,¹³ sendo utilizado o Doppler portátil MEDPEJ DV2001 10mhz \pm 20%, bateria com 9V. O procedimento da coleta ocorreu com paciente em decúbito dorsal, posição em que permaneceu em descanso por 5 minutos antes da aferição. Em membros superiores, o manguito do esfigmomanômetro foi posicionado confortavelmente, acima da fossa cubital com o “cuff” direcionado para o trajeto da artéria braquial, sendo insuflado e a pressão máxima registrada pela ausculta com estetoscópio. Nos membros inferiores, o esfigmomanômetro foi posicionado no terço médio da perna, acima dos maléolos com o “cuff” primeiramente voltado para o trajeto da artéria tibial anterior e,

posteriormente, para o da artéria tibial posterior. Para mensuração, o equipamento era insuflado até o som, captado pelo Doppler, ser interrompido e, no retorno dele com a desinsuflação era registrada a pressão arterial máxima. O procedimento foi realizado 2 vezes, para mensuração em cada artéria. Ocorrendo diferença igual ou superior a 10mmHg entre os membros superiores ou entre os inferiores, outra medida era realizada. Em seguida, o cálculo do ITB foi realizado através da fórmula $\text{Maior Pressão Arterial Sistólica do Tornozelo (mmHg) / Pressão Arterial Sistólica do Braço (mmHg)}$. Em relação aos escores, valores menores que 1 evidenciam diferentes graus de insuficiência arterial (entre 0,6-0,9 grau leve, 0,5-0,15 grau moderado, <0,15 grau grave), entre 0,9 e 1,3 normal e >1,3 indicam calcificação da camada interna das artérias.

A qualidade de vida foi avaliada pelo *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL-Brasil), instrumento específico mais utilizado para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos diabéticos. Possui 46 questões de múltipla escolha organizadas em 4 domínios: satisfação (15 questões), impacto (20 questões), preocupações sociais/vocacionais (7 questões) e preocupações relacionadas ao Diabetes (4 questões). As questões também são organizadas em uma escala Likert de 5 pontos, em que o domínio satisfação está distribuído em uma escala de intensidade (1 = muito satisfeito, 2 = bastante satisfeito, 3 = médio satisfeito, 4 = pouco satisfeito e 5 = nada satisfeito) e os de impacto e preocupações em frequência (1 = nunca, 2 = quase nunca, 3 = às vezes, 4 = quase sempre e 5 = sempre).⁵ Em todos os domínios, quanto maior a pontuação, maior o impacto na qualidade de vida.

Ao final da avaliação, os indivíduos foram classificados pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e pelo valor do Índice Cintura Quadril (ICQ). De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade,¹⁴ valores definidos através do cálculo do ICQ acima de 0,90 cm para homens e de 0,85 cm para mulheres indicam a presença de Risco Cardiovascular e para IMC, valores menores que 18,5 indicam baixo peso, entre 18,5-24,9 peso normal, maior que 25 sobrepeso, 25-29,9 pré-obeso, 30-34,9 obesidade grau I, 35-39,9 obesidade grau II e maior que 40 obesidade grau III.

Sobre a análise estatística, a normalidade dos dados foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e a distribuição considerada normal. A correlação entre os valores do ITB e tempo de diagnóstico, IMC, ICQ e domínios da qualidade de vida foi avaliada pelo teste de correlação de Pearson. A correlação entre as classificações do Risco

Cardiovascular e ITB foi avaliada pelo teste de correlação de Spearman, devido à natureza categórica das variáveis. A comparação dos valores do ITB entre os grupos de fumantes e não fumantes, consumidores e não consumidores regulares de bebida alcoólica e entre praticantes ou não de atividade física foi feita pelo Teste T de Student. Todas as análises foram feitas no programa SPSS versão 18 e foi considerado nível de significância $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

A descrição da amostra, bem como as variáveis sociodemográficas e clínicas, estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra

Variável	Média (\pmdesvio-padrão) n = 33	Percentual (%) n = 33
<u>Idade</u>	62,94 (\pm 11,43)	
<u>Sexo</u>		
Masculino		18,2%
Feminino		81,8%
<u>Valor da renda mensal (R\$)</u>	1.416 (\pm 731,18)	
<u>Estado Civil</u>		
Solteiro		6,1%
Casado		54,5%
Divorciado		3,0%
Viúvo		36,4%
<u>Ocupação</u>		
Não trabalha		36,4%
Atividades Domiciliares		48,5%
Trabalha		15,2%
<u>Escolaridade</u>		
Analfabeto		24,2%
Primário		66,7%
Ensino Fundamental		6,1%
Ensino Médio Completo		3,0%

(conclusão)

Variável	Média (\pmdesvio-padrão) n = 33	Percentual (%) n = 33
<u>História Familiar Positiva Para</u>		
<u>Diabetes</u>		
Sim		69,7%
Não		30,3%
<u>Tempo de Diagnóstico</u>	9,91 (\pm 9,44)	
<u>Realiza Tratamento</u>		
<u>Medicamentoso</u>		
Sim		97,0%
Não		3,0%
<u>Número de Medicamentos</u>	5,53 (\pm 2,44)	
<u>Índice de Massa Corporal</u>	32,36 (\pm 7,14)	
<u>Índice Cintura-Quadril</u>	0,92 (\pm 0,09)	
<u>Doenças Associadas</u>		
Sim		93,9%
Não		6,1%

Fonte: elaborada pelos autores

Em relação aos hábitos de vida, 18,2% fumavam, 6,1% consumiam bebida alcoólica regularmente e apenas 15,2% praticavam atividade física.

A descrição dos membros inferiores e caracterização dos cuidados relacionados a eles encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2- Alterações Encontradas na Avaliação dos Pés dos Indivíduos da Amostra

Variável	Percentual (%) n = 33
<u>Úlcera</u>	
Sim	6,1%
Não	93,9%
<u>Queimadura</u>	
Sim	3,0%
Não	97,0%

(continuação)

Variável	Percentual (%) n = 33
<u>Rachadura</u>	
Sim	45,4%
Não	54,5%
<u>Calosidade</u>	
Sim	48,5%
Não	51,5%
<u>Pele Ressecada</u>	
Sim	90,9%
Não	9,1%
<u>Micose</u>	
Sim	9,1%
Não	90,9%
<u>Unha Espessa</u>	
Sim	84,8%
Não	15,2%
<u>Sinais e Sintomas (telangectasias e veias varicosas)</u>	
Sim	84,8%
Não	15,2%
<u>Sensibilidade Tátil</u>	
Normal	62,5%
Diminuída	37,5%
<u>Sensibilidade Térmica</u>	
Normal	31,3%
Diminuída	68,8%
<u>Sensibilidade Dolorosa</u>	
Normal	56,3%
Diminuída	43,8%
<u>Reflexo Aquileu</u>	
Presente	90,6%
Ausente	9,4%

(conclusão)

Variável	Percentual (%) n = 33
<u>Tipo de Pé</u>	
<u>Direito</u>	
Normal	16,1%
Plano	41,9%
Cavo	41,9%
<u>Esquerdo</u>	
Normal	12,9%
Plano	48,4%
Cavo	38,7%
<u>Deformidades</u>	
Sim	46,9%
Não	53,1%
<u>Amputação</u>	
Sim	3,0%
Não	97,0%
<u>Calçado Adequado</u>	
Sim	24,2%
Não	75,8%
<u>Higiene Adequada</u>	
Sim	71,9%
Não	28,1%
<u>Corte das Unhas dos Pés</u>	
Sim	90,6%
Não	9,4%

Fonte: elaborada pelos autores

A análise descritiva demonstrou, através do Índice de Massa Corporal e Índice Cintura Quadril, que a maioria da amostra estava acima do peso e com o Risco Cardiovascular aumentado, como mostra a Tabela 3 (próxima página).

Tabela 3 - Classificação do IMC e do Risco Cardiovascular

Variável	Percentual (%)
<u>Classificação pelo IMC</u>	
Normal	12,1%
Pré-obesidade	30,3%
Obesidade Grau I	27,3%
Obesidade Grau II	9,1%
Obesidade Grau III	21,2%
<u>Classificação Risco Cardiovascular</u>	
Normal	25,0%
Aumentado	75,0%

Fonte: elaborada pelos autores

A descrição dos valores do Índice Tornozelo Braço e o dos Domínios do DQOL para qualidade de vida, bem como os valores da correlação entre eles, estão colocados no Quadro 1.

Quadro 1 - Análise Descritiva e Correlação de Pearson Entre Índice Tornozelo Braço e Qualidade de Vida

ITB m(± dp)	Dqol														
	Dqol_Satisfaçã o			Dqol_Impacto			Dqol_Vocacio nal			Dqol_Doença			Dqol_Total		
	m(± dp)	r	P	m(± dp)	R	p	m(± dp)	r	p	m(± dp)	r	P	m(± dp)	r	p
Dir.: 1,25 (±0,2 0)	2,68 (±0,5 5)	0,1 02	0,5 86	3,99 (±0,5 1)	- 0,1 09	0,5 61	4,57 (±0,4 3)	- 0,2 25	0,2 23	3,65 (±0,7 4)	- 0,1 59	0,3 93	3,72 (±0,3 3)	- 0,1 85	0,3 18
Esq.: 1,21 (±0,2 0)		0,1 29	0,4 90		- 0,1 32	0,4 78		- 0,2 85	0,1 20		- 0,3 95	0,0 28*		- 0,3 57	0,0 48*

Fonte: elaborado pelos autores

Entre os cinco domínios avaliados pelo DQOL, o que apresentou maior impacto, sendo o mais negativo entre os indivíduos da amostra, foi o de preocupação social/vocacional (4,57 ±0,43) e o item que menos prejudicou a qualidade de vida foi a satisfação em geral (2,6 ±0,55), também colocado na Tabela 4.

Não houve correlação entre o Índice Tornozelo Braço Esquerdo ($r = 0,197$) e o Índice Tornozelo Braço Direito ($r = 0,000$) com o Risco Cardiovascular ($p = 0,288$ e $p = 1,000$).

Não houve diferença do valor Índice Tornozelo Braço para usuários em relação ao consumo de cigarros, bebida alcóolica de forma regular e prática de atividade física (Quadro 2).

Tabela 5- Valores do ITB em Relação aos Hábitos de Vida

	Hábitos de vida								
	Tabagismo			Etilismo			Atividade Física		
ITB m(\pm dp)	Sim	Não	p	Sim	Não	P	Sim	Não	p
Direito	1,36 ($\pm 0,25$)	1,22($\pm 0,18$)	0,271	1,41($\pm 0,23$)	1,24($\pm 0,20$)	0,482	1,31($\pm 0,14$)	1,24($\pm 0,21$)	0,387
Esquerdo	1,27 ($\pm 0,28$)	1,19($\pm 0,18$)	0,574	1,15($\pm 0,11$)	1,21($\pm 0,20$)	0,560	1,30($\pm 0,12$)	1,19($\pm 0,21$)	0,124

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

A caracterização da população com diabetes é de grande importância no direcionamento de ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando os mais diversos aspectos.

A amostra é composta por indivíduos com diabetes, sendo comum outras doenças associadas. A resistência dos tecidos periféricos à insulina pode ser a base fisiopatológica de afecções anexas ao DM tipo 2 como doença hepática gordurosa não alcoólica, insuficiência cardíaca, alterações cognitivas e doença renal crônica.¹⁵ Além dessa associação de doenças com o DM, estudos transversais e de coorte evidenciaram que indivíduos com história familiar de primeiro grau de DM tipo 2 apresentam elevado risco de desenvolver essa mesma desordem metabólica,¹⁶ dado que corrobora os resultados deste estudo, em que 69,7% apresentam história familiar positiva.

A expressiva quantidade de usuários que realizam terapia medicamentosa exprime a eficácia da Atenção Primária no tratamento do DM, todavia, também revela imperfeições nas medidas de Prevenção Secundária e exhibe um modelo curativista de saúde, pouco eficaz no controle de doenças crônicas e que gera maiores custos governamentais.¹⁷

O DM apresenta relação com hábitos de vida inadequados, como o tabagismo, que, associados à história familiar, obesidade e sedentarismo são fatores de riscos reconhecíveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.¹⁸

Em relação aos pés, a assintomatologia inicial do DM pode retardar seu diagnóstico por anos, aumentando o risco de agravamentos crônicos como a neuropatia periférica que, em 90% dos casos, desencadeia úlceras nos pés devido ao comprometimento da sensibilidade protetora plantar associado a traumas como uso de calçados inadequados, dermatoses e manipulações incorretas dos pés e unhas.¹⁹

A observação dos membros inferiores da amostra evidenciou presença de calosidade, pele ressecada, rachaduras e unhas espessas, o que pode representar negligência no cuidado com os pés. Segundo Fajardo (2006), é de responsabilidade dos profissionais de saúde o reconhecimento de lesões em fase inicial nos pés de indivíduos diabéticos e que ações de prevenção e educação terapêutica contínua reduzem amplamente a incidência de amputações de membros inferiores.²⁰

O autocuidado é importante uma vez que as incapacidades geradas pelas complicações do DM contribuem para a diminuição da autoestima e qualidade de vida. Na prática assistencial, a dificuldade maior está nos pontos frágeis da educação em saúde: adesão ao tratamento e adoção de atitudes preventivas dos indivíduos diabéticos.²¹

A amostra deste estudo, com diabetes e Risco Cardiovascular (RCV) aumentado, está predominantemente acima do peso e, segundo Makdisse et al. (2008), a obesidade avaliada através do cálculo do IMC e ICQ com resultado aumentado apresenta relação com Doença Arterial (DA), assim como indivíduos sedentários e fumantes há mais de 20 anos.²² Essas informações ressaltam novamente a importância do acompanhamento desta população que detém elevado risco para desenvolver graves problemas que comprometam a sua saúde.

A aterosclerose, causa mais frequente de DA, é uma resposta inflamatória à lesão

endotelial e subendotelial, especialmente quando há infiltração e deposição de partículas lipídicas (LDL – colesterol de baixa intensidade). A origem dessa lesão é variada, todavia, o DM e o tabagismo são fatores clínicos que alteram o fluxo sanguíneo sobre o endotélio e desencadeiam o trauma que culminará em espessamento e endurecimento das artérias de médio e grande calibre.²³

Torres et al. (2012) também salientam que diabetes, história familiar de doenças vasculares, obesidade, sedentarismo e tabagismo são fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), enfermidade caracterizada por diminuição do fluxo sanguíneo para os membros inferiores, na maioria das vezes, por processo aterosclerótico, sendo o sedentarismo o fator de risco mais prevalente no sexo feminino.²⁴ Sua amostra apresentou predomínio de ITB diminuído (índices maiores que 1,3 foram excluídos), condição característica da DAOP. Já a amostra do presente estudo apresentou média elevada para o ITB, característica comum para indivíduos que apresentam DM.²⁴ Este resultado pode significar a condição de rigidez da parede vascular causada por depósito de cálcio resultante da alteração do fluxo sanguíneo, predizendo, assim, a possibilidade de DA.¹¹ Assim, não somente a redução do ITB leva a condições de comprometimento dos membros inferiores, mas também seu aumento, o que salienta a importância da vigilância sobre estes indivíduos, evitando a evolução para condições arteriais mais graves e incapacitantes.

Apesar da amostra apresentar, em sua maioria, média do ITB elevada, não foram encontradas relações com consumo de cigarros, bebida alcoólica e sedentarismo. Este fato pode ser explicado pelo aumento discreto nos valores que ainda não geraram sintomatologia nos participantes da pesquisa, mas que já sinalizam um risco maior de doença arterial, pois o ITB detecta doenças arteriais antes do aparecimento dos sintomas.²⁴ Outra colocação importante, que pode explicar porque não houve relação, foi o número reduzido de indivíduos fumantes, consumidores de bebida alcóolica e que praticavam atividades físicas de forma regular, o que pode ser considerada uma limitação do presente estudo em relação a esta variável.

A qualidade de vida é um indicador humanístico na monitorização de resultados das intervenções em saúde e de avaliação imprescindível em diabéticos, pois quanto mais graves as complicações da doença pior propende ser a qualidade de vida do indivíduo.⁵

O domínio preocupação social/vocacional resultou em maior impacto negativo nesta amostra. Isso poderia ser questionado devido à faixa etária da população em análise ser idosa, todavia, há resultados de consistência interna para o domínio em relação à população estudada.⁵ O item que menos prejudicou a qualidade de vida foi satisfação, revelando que os pacientes podem estar bem assistidos pela ESF à qual são adscritos.

O contato frequente com a Estratégia de Saúde da Família pode reduzir o consumo de cigarros e bebidas alcóolicas devido à constante orientação. Já a pouca adesão aos grupos de Atividade Física ofertados na unidade, indicando a baixa orientação da população em relação à sua importância, contribui para o alto índice de sedentarismo.

Mesmo com RCV e média do ITB elevados, não foram encontradas correlações entre essas variáveis. Provavelmente, este fato se deve à amostra estar medicada, ser feminina em sua maioria e não apresentar, ainda, alterações cardiovasculares graves e evidentes. De acordo com Nunes et al., ao analisar o sexo feminino em relação à DA, o ITB anormal foi prevalente, contudo, não houve significado estatístico, além de ressaltar que o sedentarismo contribui para o surgimento de doenças cardiovasculares e obesidade.²⁵ Isso ressalta a importância de se investir em ações de prevenção primária como a implementação de programas que priorizem mudanças alimentares e prática de atividades físicas.²⁶

Podem ser consideradas limitações do presente estudo o pequeno número de indivíduos tabagistas, que consumia bebida alcóolica regularmente e praticava atividade física contínua, o que pode ter dificultado o aparecimento de relação entre tais hábitos de vida e ITB.

CONCLUSÕES

Os resultados do estudo evidenciam que a população diabética assistida pela Estratégia de Saúde da Família tem acesso à medicação e usa este recurso da Atenção Primária no controle da doença e prevenção dos seus agravos. Entretanto, foi observada pouca adesão a medidas de prevenção ligadas à prática de atividade física e cuidados com os pés. Isso sugere a necessidade de estímulo de atividades de educação em saúde,

autocuidado e mudanças de estilo de vida promovidos pela Equipe de Saúde da Família, dentro de uma lógica de prevenção primária e promoção de saúde proposta pelo novo modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Souza CL, Barroso SM, Guimarães MDC. Oportunidade perdida para diagnóstico de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(6):1653-1662.
2. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):885-895.
3. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nutr.* 2002 jan./abr.; 15(1):37-44.
4. Mantovani AM, Fregonesi CEPT, Pelai EB, Mantovani AM, Savian NU, Pagotto P. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(12):2427-2435.
5. Correr CJ, Pontarolo R, Melchior AC, Rossignoli P, Fernández-Lumós F, Radominski RB. Tradução para o português e validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL – Brasil). *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2008; 52(3): 515-522.
6. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte*. 2002; 26(2):241-250.
7. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):672-679.
8. Amaral AS, Tavares DMS. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009; 11(4):801-10.
9. Carvalho ACA, Oliveira LSAF, Melo DP, Crusoé-Rebello I, Campos SF. Desenvolvimento de placas de ateroma em pacientes diabéticos e hipertensos. *Rev. Ciência Méd. Biol.* 2010; 9(Supl.1):73-77.
10. Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. In: *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2006; 81(2):131-5.
11. Giollo Júnior LT, Martin JFV. Índice tornozelo-braquial no diagnóstico da doença aterosclerótica carotídea. *Rev. Bras. Hipertens.* 2010; 17(2):117-118.
12. Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J. Vasc. Bras.* 2011; 10(4):275-278.
13. Kawamura T. Índice Tornozelo-Braquial (ITB) determinado por esfigmomanômetros oscilométricos automáticos. *Arq. Bras. Cardiol.* 2008; 90(5):322-326.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010; Brasília/DF.
15. Carvalheira JBC, Saad MJA. Doenças associadas à resistência à insulina/hiperinsulinemia, não incluídas na síndrome metabólica. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2006 abr.; 50(2).
16. Rocha NG, Neves FJ, Bousquet-Santos K, Silva BM, Soares PPS, Nóbrega ACL. História familiar de diabetes mellitus tipo 2 e modulação autonômica cardíaca. Rev. SOCERJ. 2007; 20(5):321-328.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022; Brasília/DF.
18. Maia CO, Goldmeier S, Moraes MA, Boaz MR, Azzolin K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. Acta Paul. Enferm 2007; 20(2):138-42.
19. Ochoa-Vigo K, Torquato MTCG, Silvério IAS, Queiroz FA, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Pace AM. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. Acta Paul. Enferm 2006; 19(3):296-303.
20. Farjado C. A importância do cuidado com o pé diabético: ações de prevenção e abordagem clínica. Rev. Bras. Med. Fam. e Com. Rio de Janeiro. 2006 abr./jun.; 2(5).
21. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 jan./mar.; 18(1):124-30.
22. Makdisse M, et al. Prevalência e fatores de riscos associados à doença arterial periférica no Projeto Corações do Brasil. Arq. Bras. Cardiol. 2008; 91(6):402-414.
23. Magee RF, Lacerda ECT, Borges GFB, Daher GAG, Macedo RG, Nogueira ACC, Brick AV. Síndrome coronariana aguda: uma revisão. Rev. Med. Saúde. 2012; 1(3):174-89.
24. Torres AGMJ, Machado EG, Lopes TS, Gentile PC, Vieira AC, Soares LG, Soares GP, Soares PSL. Prevalência de alterações do índice tornozelo-braço em indivíduos portadores assintomáticos de doença arterial obstrutiva periférica. Rev. Bras. Cardiol. 2012 mar./abr.; 25(2):87-93.
25. Nunes FGF, Leão GCS, Exel AL, Diniz MCC. Índice tornozelo-braquial em pacientes de alto risco cardiovascular. Rev. Bras. Cardiol. 2012 mar./abr.; 25(2):94-101.

Submissão: fevereiro de 2016.

Aprovação: maio de 2018.