

Centro Universitário de Patos - UNIFIP
 Curso de Medicina
 v. 5, n. 3, jul/set. 2020, p.108-119.
 ISSN: 2448-1394



QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR DIABÉTICOS TIPO 2 EM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE MÉDIO PORTE

QUALITY OF LIFE AND USE OF HEALTH SERVICES BY TYPE 2 DIABETICS IN A MEDIUM-SIZED BRAZILIAN CITY

Raíssa Lima Toscano
 Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campina Grande – PB - Brasil
raissaltoscano@gmail.com

Waleska Fernanda Souto Nóbrega
 Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campina Grande – PB - Brasil
drawaleskasouto@gmail.com

Carolina Lúcio Cunha de Araújo
 Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campina Grande – PB - Brasil
carolinalcaraujo@gmail.com

José Lucas dos Santos Henrique
 Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campina Grande – PB - Brasil
lucasantosh94@gmail.com

Renata de Souza Coelho Soares
 Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campina Grande – PB - Brasil
drarenatacoelho@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o uso dos serviços de saúde e qualidade de vida dos diabéticos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de um município de médio porte do Brasil. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa que constituiu o estudo piloto de uma pesquisa posterior.

Métodos: Aplicou-se um formulário estruturado contendo informações sociodemográficas e questões relacionadas ao uso dos serviços de saúde, e o Diabetes-39 para avaliar a qualidade de vida. A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS 20.0.

Resultados: A maioria dos participantes eram mulheres (60,5%), não brancos (60,5%) com 60 anos ou mais (76,7%). A maioria não apresentava companheiro (53,5%), de escolaridade média (90,7%) e desempregados (55,8%). Quase metade dos usuários (41,9%) relatou ter tido o diagnóstico de diabetes mellitus entre 6 e 10 anos, apresentando até duas complicações sistêmicas (76,7%) e associavam tratamentos para controle da doença (58%). Utilizavam o serviço público com regularidade 68,7%. Quanto ao impacto do diabetes na qualidade de vida, verificou-se que as dimensões mais afetadas foram: ansiedade e preocupação (média = 36,14; DP = 24,53) e energia e mobilidade (média = 34,94; DP = 24,78).

Conclusão: O presente estudo observou que a maioria dos diabéticos eram mulheres idosas, sem companheiro e desempregadas, apresentando uso regular dos serviços públicos de saúde. A utilização regular dos serviços públicos de saúde pode ser explicada

pelo nível de escolaridade médio da amostra, possibilitando o reconhecimento da necessidade da busca pela assistência

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus; Serviços de Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To characterize the use of health services and quality of life of diabetics assisted by the Family Health Strategy of a medium-sized municipality in Brazil. It is a cross-sectional study with a quantitative approach that constituted the pilot study of a later research.

Methods: A structured form containing sociodemographic information and questions related to the use of health services, and Diabetes-39 was applied to assess quality of life. Data analysis was performed using the SPSS 20.0 statistical program.

Results: Most participants were women (60.5%), non-white (60.5%) aged 60 or over (76.7%). Most did not have a partner (53.5%), had a medium level of education (90.7%) and were unemployed (55.8%). Almost half of the users (41.9%) reported having been diagnosed with diabetes mellitus between 6 and 10 years old, presenting up to two systemic complications (76.7%) and associated treatments to control the disease (58%). 68.7% used the public service regularly. As for the impact of diabetes on quality of life, it was found that the dimensions most affected were: anxiety and worry (mean = 36.14; SD = 24.53) and energy and mobility (mean = 34.94; SD = 24, 78).

Conclusion: The present study observed that the majority of diabetics were elderly women, without a partner and unemployed, with regular use of public health services. The regular use of public health services can be explained by the average level of education in the sample, making it possible to recognize the need to seek assistance.

Keywords: Diabetes Mellitus; Health Services; Quality of Life.

1. Introdução

O diabetes configura-se como uma das epidemias mundiais do século XXI, traduzindo-se em um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, mas, sobretudo nos países de média e baixa renda, que já concentram 80% da população com a doença¹. Os números referentes à quantidade de diabéticos vêm aumentando em decorrência do crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como, aumento da sobrevivência de pacientes com diabetes².

O crescimento dos casos de diabetes tem sido significativamente maior nos países de média e baixa renda, que já concentram 80% da população com a doença. Padrão evidenciado no Brasil, que passou da 8ª posição no ranking dos países com maior prevalência de portadores de diabetes no mundo, para a 4ª posição, do ano 2000 para 2015 deixando evidente a sua configuração epidêmica e que aponta para uma curva de prevalência crescente³.

A política de atenção ao portador de diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e propõe a prevenção da doença, bem como de suas complicações, através do cuidado integral e de maneira resolutiva. Esta política preconiza a realização de ações de promoção e prevenção de saúde, o

diagnóstico, bem como a capacitação de profissionais e assistência farmacêutica, para um tratamento eficaz que leve a melhorias nas condições de saúde do indivíduo. As ações de assistência devem ser executadas pelos municípios, sobretudo por meio da rede primária de atenção à saúde. Reforça-se ainda a premissa de que a Equipe de saúde da família (ESF) de cada município deve ter suas práticas de educação em saúde e intervenções de acompanhamento às pessoas com Doenças Crônicas não-transmissíveis (DCNT) voltadas à melhoria das condições de vida e saúde destes usuários promovendo assim um cuidado integral⁴.

O Ministério da Saúde tem implementado estratégias que envolvem a assistência de indivíduos com doenças crônicas, dentre elas o DM e suas complicações sistêmicas, por meio do cuidado integral de forma resolutive e com qualidade. Em 2006 foi lançado o Caderno de Atenção Básica nº 16 e em 2013, o Caderno de Atenção Básica nº 36 que traz conceitos, o panorama atual do DM e o protocolo atualizado, baseado em evidências científicas mundiais, dirigido aos profissionais de saúde da Atenção Básica, sobretudo os das equipes Saúde da Família, que, com ações comunitárias e individuais, puderam informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco através do rastreamento, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica, inclusive medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle, prevenir complicações, gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, promover recomendações e mudanças no estilo de vida, buscando a melhoria de qualidade de vida da população^{5,6}.

Neste contexto, pesquisadores da área atentaram para a importância de conhecer a forma na qual os portadores de DCNT, como o diabetes mellitus, utilizam os serviços de saúde, afirmando que tal passo é fundamental para que se possa reduzir as barreiras de acesso e orientar políticas de saúde que promovam a equidade no acesso aos recursos e reduzam as vulnerabilidades⁷.

A fim de que se compreenda a Utilização dos Serviços de Saúde (USS) e qual o seu papel para a melhoria e manutenção da saúde do portador de diabetes é importante relembrar alguns conceitos e apresentar um dos principais modelos de explicação da Utilização dos Serviços de Saúde construído ao longo dos anos.

Os serviços de saúde são estabelecimentos voltados à promoção da saúde do indivíduo, a fim de protegê-lo de doenças e agravos, à prevenção e limitação dos danos a ele causados, além da reabilitação quando a sua capacidade física, psíquica ou social for afetada. Sendo assim, a USS representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, e compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) que os usuários têm com tais serviços, sendo resultante da interação entre fatores como o comportamento dos indivíduos, os serviços disponíveis e os profissionais de saúde³.

Pelo fato do DM ser uma doença crônica e progressiva, o estado de saúde dos indivíduos acometidos tende a piorar quando surgem as complicações derivadas de um mau controle da doença. O controle dessa condição, ou seja, a manutenção dos níveis glicêmicos nos limites de normalidade, depende de uma série de fatores, desde a adoção de estilos de vida que envolva atividade física e dieta adequada, ao uso continuado de medicamentos, sendo fortemente determinado pelas condições de vida e acesso a serviços de saúde de qualidade⁸. Fatores estes que podem interferir na qualidade de vida (QV) do indivíduo tanto positivamente, como negativamente.

Nesta perspectiva, também convém salientar a importância da avaliação e percepção desses indivíduos a respeito da sua qualidade de vida (QV), pois a mesma nos portadores da DM pode ser comprometida por fatores como a idade, gênero, obesidade, presença de complicações e o tipo de tratamento⁹. Sabendo-se que a qualidade de vida abrange aspectos que vão desde a percepção do indivíduo quanto ao seu bem-estar e satisfação em relação a sua condição física, estado emocional e, também, quanto ao desempenho de funções, que repercutem na qualidade da participação social nos diversos aspectos da vida¹⁰. Sendo assim, estudos que relacionam qualidade de vida à saúde viabilizam a criação de estratégias e programas de intervenção eficazes para promoção da integralidade do cuidado a portadores de DM¹¹.

Desta forma, o presente estudo objetivou caracterizar o uso dos serviços de saúde e qualidade de vida dos diabéticos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de um município de médio porte do Brasil.

2. Métodos

Tratou-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido através de entrevista estruturada junto aos indivíduos diabéticos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Patos-PB, sendo o presente trabalho um recorte de uma pesquisa em andamento.

A amostra foi composta pelos portadores de DM tipo 2 adscritos em uma Unidade Básica de Saúde participantes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Patos – PB. Esta foi a primeira etapa (estudo piloto) de um estudo de base populacional desenvolvido posteriormente em município paraibano com características socioeconômicas semelhantes. Foram entrevistados cerca de 10% da população do estudo principal.

Foram incluídos os indivíduos diabéticos com idade igual ou superior a dezoito anos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família, da zona urbana, da Estratégia Saúde da Família da cidade de Patos-PB. Foram excluídos aqueles indivíduos com problemas cognitivos que os impediavam de responder por si mesmo o questionário e os que se

mudaram da área adscrita da USF durante o período de cadastro até o momento da entrevista.

Para a coleta de dados, foi aplicado inicialmente um formulário estruturado contendo dados sociodemográficos (idade, sexo, naturalidade, escolaridade, estado civil, cor/raça), informações relacionadas à assistência à saúde do diabético, baseando-se nas "Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde" propostas pelo Ministério da Saúde¹². Além disso foram utilizados alguns itens relacionados à Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013¹³ para avaliação do uso e acesso aos serviços de saúde, e o instrumento para avaliação da qualidade de vida de diabéticos, o Diabetes – 39 (D-39)¹⁴.

O D-39 é composto por 39 itens, que avaliam a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) em relação a cinco domínios da vida do paciente: energia e mobilidade, controle do diabetes, ansiedade e preocupação, sobrecarga social e funcionamento sexual; além de outros dois itens que qualificam a percepção do respondente acerca da sua qualidade de vida de maneira global. O instrumento permite que as pessoas com DM respondam o quanto a sua qualidade de vida foi afetada, durante o último mês, por uma determinada ação expressa em cada item, colocando um "X" em um ponto da escala de 1 a 7. Onde, o número 1 representa a qualidade de vida nada afetada e o número 7, extremamente afetada. As pontuações obtidas pelos participantes em cada dimensão foram transformadas em uma escala de 0 a 100 usando transformação linear¹⁴.

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS 20.0 e os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e percentuais).

Por envolver seres humanos, o presente estudo respeitou os princípios éticos e recomendações da Declaração de Helsinque (2000) e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 85501318.0.0000.5187.

3. Resultados

Observou-se a prevalência do sexo feminino (60,5%) de cor autodeclarado não brancos (60,5%). Predominando a faixa etária de 60 anos ou mais (n = 33; 76,7%). A maioria não apresentava companheiro (n = 23; 53,5%), de escolaridade média (n = 39; 90,7%), e 55,8% (n = 24) referiram estar desempregados (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos portadores de diabetes de acordo com características socioeconômicas e demográficas. Patos, Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	n (%)
Características individuais – Predisposição	
Sexo	
Masculino	17 (39,5)
Feminino	26 (60,5)
Idade	
31 a 59 anos	10 (23,3)
60 ou mais	33 (76,7)
Cor da pele ou raça	
Branca	17 (39,5)
Não branca	26 (60,5)
Estado civil	
Com companheiro	20 (46,5)
Sem companheiro	23 (53,5)
Escolaridade	
Baixa (< 9 anos de estudo)	3 (7)
Média (9 a 11 anos de estudo)	39 (90,7)
Alta (≥ 12 anos de estudo)	1 (2,3)
Situação empregatícia	
Desempregado	24 (55,8)
Empregado	12 (37,9)
Aposentado e/ou pensionista	7 (16,3)

Os dados evidenciaram que grande parte dos usuários, 41,9% (n = 18), relatou ter tido o diagnóstico de DM entre 6 e 10 anos, apresentando até duas complicações sistêmicas (n = 33; 76,7%), quanto ao tratamento realizado, 58% (n = 25) relataram associarem terapia medicamentosa e reeducação alimentar, como forma de controle da doença (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos portadores de diabetes de acordo com as variáveis tempo de diagnóstico do DM, número de complicações e tratamento realizado. Patos, Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	n (%)
Tempo de diagnóstico do diabetes	
<6 meses	1 (2,3)
6 meses a 5 anos	12 (27,9)
6 a 10 anos	18 (41,9)
11 a 15 anos	6 (14)
16 a 20 anos	3 (7)
>21 anos	3 (7)
Número de complicações sistêmicas	
Até duas complicações	33 (76,7)
3 a 6 complicações	10 (23,3)
Tratamento realizado para o diabetes	
Nenhum	3 (7)
Somente dieta	2 (4,5)
Somente hipoglicemiante oral	11 (26)
Somente insulina	2 (4,5)
Associação de tratamentos	25 (58)

Em relação à utilização dos serviços de saúde (USS), observou-se que 74,4% (n = 32) utilizavam o serviço público, e destes, 68,7% (n = 22) o faziam com regularidade (quatro vezes ou mais ao ano) (Tabela 3), tomando como referência as determinações do Ministério da Saúde.

Tabela 3. Uso dos serviços de saúde público e privado com ou sem regularidade

Utilização dos serviços de saúde		Com regularidade	Sem regularidade	Total
		n	n	n (%)
Tipo de serviço de saúde utilizado	Particular	4	7	11 (25,6)
	Público (ESF)	22	10	32 (74,4)
Total		26	17	43 (100)

Quanto ao impacto do diabetes na qualidade de vida, verificou-se que as dimensões mais afetadas foram: ansiedade e preocupação (média = 36,14; DP = 24,53) e energia e mobilidade (média = 34,94; DP = 24,78). A Tabela 4 mostra os escores médios de cada dimensão do questionário D-39 que permite avaliar o nível de impacto do diabetes na qualidade de vida.

Tabela 4. Escores de cada dimensão do questionário D-39 para avaliar o nível de impacto do diabetes na qualidade de vida.

Dimensões do D-39	Total Média (DP)
1. Energia e mobilidade	34,94 (24,78)
2. Controle do diabetes	31,78 (22,62)
3. Ansiedade e preocupação	36,14 (24,53)
4. Sobrecarga social	19,30 (17,30)
5. Funcionamento sexual	7,62 (19,74)

Nota. DP = desvio padrão.

4. Discussão

Os dados sociodemográficos encontrados neste estudo confirmam a tendência da prevalência do sexo feminino no uso dos serviços de saúde, o que reflete uma realidade também observada por outros autores¹⁵⁻²⁰, subentendendo-se que as mulheres procuram mais os serviços de atendimento, se preocupam mais com os cuidados em relação a saúde e, conseqüentemente, têm mais acesso ao diagnóstico da doença¹⁶⁻⁷.

Uma questão importante a ser avaliada é o fato dos horários de funcionamento dos serviços de saúde coincidirem com as jornadas laborais dos trabalhadores. Neste sentido, quando se trata de cuidados com a saúde, o trabalho tem sido considerado uma barreira, para o acesso e uso dos serviços de saúde, quase impedindo a procura pela

assistência. Muitos homens, ao contrário da maioria das mulheres, não priorizam o cuidado à saúde em detrimento de suas tarefas. Sendo assim, procurar um atendimento de saúde muitas vezes significa, para o sexo masculino, ausentar-se do trabalho, colocando em risco sua subsistência econômica. Deixando sua saúde como escolha secundária, o que não se verifica com a maioria das mulheres²¹⁻².

A prevalência de diabetes em idosos com 60 anos ou mais não difere das registradas por pesquisas anteriores^{3,15,18,23-4}, entretanto, não corrobora com os estudos de Macedo¹⁶, que observou que a faixa etária de 40-59 anos de idade foi a de maior prevalência da doença, seguido da faixa de indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos.

Sobre a informação cor/raça auto referida, o maior número de não-brancos não corrobora com os estudos anteriores envolvendo diabéticos^{7,23}, onde os autores sugerem que um conjunto de fatores socioeconômicos, comportamentais, estruturais e de acesso e uso de serviços de saúde podem produzir diferenças de condições de saúde entre brancos e não-brancos. E acrescenta que, sendo a informação cor/raça auto-declarada, apresenta limitações e vieses sociais.

Quanto à questão da escolaridade, há uma maior prevalência de diabéticos com escolaridade média, o que condiz com os percentuais encontrados em outros dois estudos^{18,25}, entretanto, divergem de outros autores que observaram uma maior taxa de baixa escolaridade entre diabéticos^{15,19,23-4}. No que se refere à situação empregatícia, observou-se que a maioria dos portadores de DM não tem atividade ocupacional, o que não corrobora com outros estudos^{23,25}, onde pode ser observado que a maioria dos portadores de DM trabalhavam em alguma profissão ligada ao setor de prestação de serviços.

Observou-se a predominância de indivíduos que o tempo de diagnóstico do diabetes variou de 6 a 10 anos, o que discorda de resultados de pesquisas recentes em que os pacientes atendidos na Unidade de Saúde da Família (USF) obtiveram o diagnóstico de DM em um tempo menor ou igual a 5 anos¹⁷; 6 meses a 5 anos³ e há mais de 10 anos¹⁵. Este achado pode ser explicado pelo fato de a maioria da amostra apresentar escolaridade média e ter buscado os serviços com regularidade, o que possibilita a ocorrência de um diagnóstico prévio, quando comparados aos indivíduos dos outros estudos aqui apresentados.

A associação de tratamento para o diabetes apresentou um resultado significativo, achados também identificados por estudos de mesmo seguimento, onde os portadores de DM associavam a dieta ao hipoglicemiante oral ou à aplicação de insulina como forma de controle da alteração sistêmica^{3,24}.

Em relação ao número de complicações sistêmicas, evidenciou-se percentuais elevados para a presença de até 2 complicações, o que corrobora com outros estudos^{3,26-}

⁷, tendo em vista que a literatura mostra que complicações sistêmicas podem acontecer mais frequentemente em pacientes portadores de DM²⁸, sendo as complicações agudas a hipoglicemia, o estado hiperglicêmico e a cetoacidose diabética; as crônicas a retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular, cardiovascular, vascular periférica e dislipidemia. As complicações degenerativas mais frequentes são o infarto agudo do miocárdio, a arteriopatia periférica, o acidente vascular cerebral e a microangiopatia²⁹.

O uso dos serviços de saúde foi avaliado e o resultado corrobora com os outras pesquisas^{3,30}, observando que a maioria dos portadores de DM fazem o uso regular dos serviços públicos de saúde em detrimento daqueles que fazem uso irregular do serviço público ou que utilizam serviço particular de saúde ou convênio.

O impacto do diabetes na qualidade de vida foi mensurado por meio do questionário D-39. A avaliação do nível de impacto do diabetes na qualidade de vida demonstrou que as dimensões mais afetadas foram: ansiedade e preocupação seguido de energia e mobilidade. Tais resultados também foram observados por um estudo recente³, entretanto, diverge de outros, onde a dimensão mais afetada foi energia e mobilidade seguido de sobrecarga social³¹ e funcionamento sexual seguido de energia e mobilidade³².

5. Conclusão

O presente estudo observou que a maioria dos diabéticos eram mulheres idosas, sem companheiro e desempregadas, apresentando uso regular dos serviços públicos de saúde. Quanto ao impacto do DM na qualidade de vida, as dimensões mais afetadas foram ansiedade e preocupação e energia e mobilidade. Grande parte destes usuários obtiveram o diagnóstico da doença entre 6 e 10 anos, apresentando até duas complicações sistêmicas e associando tratamentos para controle da doença.

A utilização regular dos serviços públicos de saúde pode ser explicada pelo nível de escolaridade médio da amostra, possibilitando o reconhecimento da necessidade da busca pela assistência e ainda pelo fato de as pesquisas evidenciarem uma busca mais prevalente dos serviços de saúde pelas mulheres quando comparadas aos homens, visto que tais serviços funcionam comumente em dias e horários em que a grande parte dos homens encontra-se no trabalho.

Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th ed. Brussels, Belgium: IDF, 2015.

2. World Health Organization. Global report on diabetes 2016. Geneva: WHO, 2017.
3. Rodrigues AMAM, Cavalcanti AL, Pereira JLSH, Araújo CLC, Bernardino IM, Soares RL, et al. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. Cien Saude Colet [periódico na internet](2018/Ago). [Citado em 14/08/2019]. Está disponível em:<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-dos-servicos-de-saude-segundo-determinantes-sociais-comportamentos-em-saude-e-qualidade-de-vida-entre-diabeticos/16926?id=16926>.
4. da Silva AB, Engroff P, Sgnaolin V, Scheer Ely L, Gomes I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Cadernos Saúde Coletiva. 2016;24(3).
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
7. Malta DC, Iser BPM, Chueiri PS, Stopa SR, Szwarcwald CL, Schmidt MI, et al. Health care among adults with self-reported diabetes mellitus in Brazil, National Health Survey, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2015;18:17-32.
8. Bortoluz S, de Lima LA, Nedel FB. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Ciência & Saúde. 2016;9(3):156-166.
9. Santos S, Beça H, Mota CLD. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2015;31(3), 186-196.
10. Faria HTG, Veras VS, da Franca Xavier AT, de Souza Teixeira CR, Zanetti, ML, dos Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013;47(2):348-354.
11. Leal LB, Moura IH, de Carvalho RBN, Leal NTB, Silva AQ, da Silva ARV. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2014;15(4):676-682.
12. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

14. de Queiroz FA, Pace AE, dos Santos CB. Adaptação cultural e validação do instrumento Diabetes-39 (D-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2-fase1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17(5).
15. Bernini LS, Barrile SR, Mangili AF, Arca EA, Correr R, Ximenes MA, et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde/The impact of diabetes mellitus on the quality of life of patients of Primary Health Care. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2017;25(3).
16. Macedo JL, Oliveira ASDSS, Pereira IC, Reis ER, Assunção MDJSM. Epidemiological profile of diabetes mellitus in northeastern Brazil. *Research, Society and Development*. 2019;8(3):2883826.
17. Corrêa K, Gouvêa GR, Silva MAVD, Possobon RDF, Barbosa LFDLN, Pereira AC, et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:921-930.
18. Diaz N, Basso P, Haluch RF, Ravazzani AC, Kusma SZ. O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. *Revista Médica da UFPR*. 2016;3(1).
19. Matias COF, Matias COF, Alencar BR. Qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros/MG. *Rev Bras Qual Vida [Internet]*. 2016;8(2):119-29.
20. Dickow L. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 residentes do município de Agudo, RS. *Cinergis*. 2015;16(4).
21. da Costa Moura M, Soares CC, Lago EC, de Fátima Franco MDR, de Oliveira RF, Rocha FCV. Situação da saúde do homem ao buscar os serviços do Sistema Único de Saúde. *Revista Interdisciplinar*. 2017; 10(1), 62-70.
22. Brito AKDOL, Feitosa NLS, de Almeida AFV, Silva EM, Pessoa RM. Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. *Revista Ciência & Saberes-Facema*. 2016;2(2):191-195.
23. Belon AP, Francisco PMSB, de Azevedo Barros MB, César CLG, Carandina L, Goldbaun M, et al. Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde. *Anais*. 2016;1-10.
24. Arrelias CCA, Faria HTG, de Souza Teixeira CR, dos Santos MA, Zanetti ML. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015;28(4):315-322.
25. Esteves M, Vendramini SH, Maria de Lourdes SG, Brandão VZ, Soler ZA, Lourenção LG. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*. 2017;50(1):18-28.
26. de Almeida VCD, Araújo ST, da Silva Negreiros FD, de Aguiar MIF, Moreira TR, Crispim APP. Complicações micro e macrovasculares em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2

- em atendimento ambulatorial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2017;18(6):787-793.
27. Pereira SEA, Costa D, Penido R, da Silveira Batista AN, Calheiros A, Ferreira GV, et al. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência & Saúde*. 2017;10(4):213-219.
28. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2017;40(1):S11-S24.
29. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HDC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015;28(3):250-255.
30. Viacava F, Oliveira RADD, Carvalho CDC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciencia & saude coletiva*. 2018;23:1751-1762.
31. Zulian LR, Santos MAD, Veras VS, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Zanetti ML. Quality of life in patients with diabetes using the Diabetes 39 (D-39) instrument. *Revista gaucha de enfermagem*. 2013;34(3):138-146.
32. Alfian SD, Sukandar H, Lestari K, Abdulah R. Medication adherence contributes to an improved quality of life in type 2 diabetes mellitus patients: A cross-sectional study. *Diabetes Therapy*. 2016;7(4):755-764.