



---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**IMPACTO DO CONHECIMENTO NAS ATITUDES, NO SOFRIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE DIABÉTICO****IMPACT OF KNOWLEDGE ATTITUDES, WITHOUT SUFFERING AND QUALITY OF LIFE OF THE DIABETIC PATIENT**

Giovanna Grunewald Vietta<sup>1</sup>  
Gabriel Volpato<sup>2</sup>  
Márcia Regina Kretzer<sup>3</sup>  
Fabiana Oenning da Gama<sup>4</sup>  
Nazaré Otília Nazário<sup>5</sup>  
Elayne Pereira<sup>6</sup>

**RESUMO**

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica não transmissível com alta prevalência global. Para evitar complicações e tratar corretamente, é necessário que os pacientes tenham o conhecimento sobre sua doença e atitudes positivas, para que seja possível a prevenção do sofrimento e uma melhor qualidade de vida. O presente estudo objetivou avaliar conhecimento, atitude, sofrimento e qualidade de vida de indivíduos diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Palhoça, Santa Catarina, Brasil. Trata-se de um estudo transversal realizado com 80 pacientes diabéticos. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, clínicas, conhecimento (DKN-A), atitude (ATT-19), nível de sofrimento emocional (PAID) e qualidade de vida (SF-36). Os dados foram descritos na forma de frequências (absoluta/relativa), média e desvio padrão. A diferença entre médias foi estabelecida pelo teste T de student para amostras independentes ( $p \leq 0,05$ ), a partir do SPSS 18.0. Observou-se 81,3% da população com baixo conhecimento sobre a doença, 97,5% com atitudes negativas e 32,5% com alto nível de sofrimento emocional. Em relação à qualidade de vida, os menores escores foram observados no sumário mental, com diferenças estatisticamente significativas nos domínios vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental ( $p < 0,05$ ). Assim, o estudo demonstrou que os pacientes diabéticos apresentaram baixo conhecimento, atitudes negativas frente a doença, alto nível de sofrimento emocional e baixa qualidade de vida.

**Descritores:** Diabetes Mellitus Diabetes. Conhecimento. Atitudes. Qualidade de vida.

---

<sup>1</sup>Biomédica epidemiologista, Doutora em Ciências Médicas: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares. Professora e pesquisadora do Núcleo de Orientação em Epidemiologia – Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Palhoça/SC. E-mail: ggvieta@gmail.com.

<sup>2</sup>Acadêmico do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Palhoça/SC. E-mail: gabrielvolpato@gmail.com.

<sup>3</sup>Doutora em Ciências da Saúde: Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). E-mail: marcia.kretzer1@gmail.com.

<sup>4</sup>Mestre em Psicopedagogia pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Palhoça/SC. E-mail: oenning\_gama@yahoo.com.br.

<sup>5</sup>Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). E-mail: nazare.nazario@unisul.br.

<sup>6</sup>Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). E-mail: elaynepp@yahoo.com.br.



## ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic, non-communicable disease with high global prevalence. To avoid complications and treat correctly, patients need to be knowledgeable about their illness and positive attitudes, so that suffering can be prevented and a better quality of life is possible. The present study aimed to evaluate the knowledge, attitude, suffering and quality of life of diabetic individuals of a Basic Health Unit (BHU) in Palhoça, Santa Catarina, Brazil. It is a cross-sectional study with 80 diabetic patients. Sociodemographic, clinical, knowledge (DKN-A), attitude (ATT-19), emotional distress level (PAID) and quality of life (SF-36) were evaluated. Data were described in the form of frequencies (absolute / relative), mean and standard deviation. The difference between means was established by the student T test for independent samples ( $p \leq 0.05$ ), from SPSS 18.0. It was observed 81.3% of the population with low knowledge about the disease, 97.5% with negative attitudes and 32.5% with high level of emotional suffering. Regarding quality of life, the lowest scores were observed in the mental summary, with statistically significant differences in the domains of vitality, limitation by emotional aspects and mental health ( $p < 0.05$ ). Thus, the study demonstrated that diabetic patients presented low knowledge, negative attitudes towards the disease, high level of emotional suffering and low quality of life.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Attitude. Knowledge. Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

O diabetes melitus (DM) representa um problema de saúde pública mundial. A OMS estimou uma prevalência na população global de 8,5% no ano de 2014, equivalente a 422 milhões de pessoas<sup>(1)</sup>. No Brasil, a doença já alcança mais de 13 milhões de brasileiros, representando 6,9% da população<sup>(2)</sup>. Estima-se que na região sul do país a prevalência da doença seja em torno de 6%, com predomínio na população feminina, idade superior a 65 anos e baixa escolaridade<sup>(3,4)</sup>.

O DM apresenta, de maneira silenciosa, risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS), cardiopatias, doenças cerebrovasculares e microvasculares como retinopatia, nefropatia diabética e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>(5)</sup>. Suas complicações estão relacionadas diretamente ao prejuízo da qualidade de vida dos pacientes e para evitá-lo torna-senecessário um cuidado integral ao indivíduo, por meio da informação, prevenção e controle dos fatores de risco, como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e não adesão ao tratamento<sup>(6)</sup>.

A modificação de estilo de vida, necessária após o diagnóstico de DM, é um desafio que abrange não só o tratamento da doença, mas outros aspectos relacionados diretamente com a qualidade de vida. A aceitação de ser portador de uma doença crônica, que exige um tratamento contínuo, impacta emocionalmente de maneira negativa, gera frustrações e estresse que dificultam a aderência a um tratamento contínuo<sup>(7)</sup>. A adesão a novas rotinas nutricionais, a prática de exercício físico e ao tratamento medicamentoso são atitudes que dependem de conhecimento e entendimento da doença<sup>(8)</sup>, requerem capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários para a manutenção



de um bom controle metabólico. Assim, a educação na autogestão do diabetes melitus é um fator determinante para o manejo da doença<sup>(9)</sup>. A correta administração do cuidado à saúde exige um complexo regime comportamental, que inclui mudanças de atitudes que contribuem de forma significativa os atributos do autocuidado<sup>(10)</sup>. Essas medidas melhoram de maneira direta a qualidade de vida do indivíduo, e podem ser ensinadas por profissionais de saúde e aprendidas pelos indivíduos através de programas que incentivem o autocuidado afim de melhorar as suas condições de manejo da doença<sup>(11)</sup>.

A avaliação do conhecimento e atitude de indivíduos com diabetes tem identificado pouco conhecimento frente à doença e comportamentos de adesão, assim como atitudes positivas frente à doença, insuficientes<sup>(12,13)</sup>. A baixa percepção do conhecimento está diretamente relacionada com a atitude negativa sobre a doença, reforçando que a falta do envolvimento com o autocuidado reflete em pouco controle da diabetes mellitus<sup>(14,15)</sup>.

Nesse sentido, a associação entre atitude e conhecimento da pessoa com diabetes mellitus tem evidenciado que o aumento do conhecimento está relacionado ao autocuidado<sup>(15)</sup>. Além disso, propicia a redução do estresse associado à doença, maior receptividade ao tratamento, confiança na equipe multiprofissional, melhora da autoestima, senso de autoeficácia, percepção mais positiva acerca da saúde e aceitação social<sup>(12,16)</sup>.

Assim, identificar o que a população conhece sobre DM e suas atitudes em relação a doença torna-se um importante diagnóstico em saúde, que proporciona subsídios para prevenção e promoção da saúde através de estratégias e políticas de saúde pública bem direcionadas. O presente estudo objetivou avaliar conhecimento, atitude, sofrimento e qualidade de vida de indivíduos diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde de Palhoça, Santa Catarina, Brasil.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no município de Palhoça, Santa Catarina, Brasil. A população do estudo foi composta por 80 pacientes diabéticos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos acompanhados na UBS durante o período de março a junho de 2018. Foram excluídos indivíduos incapazes de responder aos questionários por déficits cognitivos. A amostra foi selecionada por conveniência.

Após a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram utilizadas quatro escalas validadas a fim de avaliar conhecimento, atitudes, sofrimento e qualidade de vida de pacientes diabéticos e um questionário elaborado pelos autores para levantamento de dados sociodemográficos.



O conhecimento e as atitudes dos pacientes diabéticos foram avaliados pelos inventários (*Diabetes Mellitus knowledge*) DKN-A e (*Diabetes Attitudes Questionnaire*) ATT-19, respectivamente. Ambos são questionários autoaplicáveis adaptados e validados no Brasil por Torres *et al.* (2005)<sup>(17)</sup>. O DKN- A é um questionário autoaplicável com 15 itens de múltipla escolha. Apresenta cinco amplas categorias: fisiologia básica, incluindo a ação da insulina, hipoglicemia, grupos de alimentos e suas substituições, gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença, princípios gerais dos cuidados da doença. O escore varia de 0-15 e cada item é medido com escore um (1) para resposta correta e zero (0) para incorreta. Um escore maior que oito indica maior conhecimento sobre diabetes<sup>(19)</sup>. O ATT-19 consiste de 19 itens que incluem seis fatores: estresse associado a Diabetes Mellitus, receptividade ao tratamento, confiança no tratamento, eficácia pessoal, percepção sobre a saúde, aceitação social. Cada resposta é medida pela escala de *Likert* de cinco pontos (discordo totalmente - escore 1; até concordo totalmente - escore 5). O escore varia de 19 a 95 pontos. Um score maior ou igual a 70 pontos indica atitude positiva em relação à doença<sup>(17)</sup>.

Para identificar o sofrimento emocional frente a doença utilizou-se o questionário (*Problem Areas in Diabetes*) PAID traduzido e validado<sup>(18)</sup>. Esta escala avalia o impacto do diabetes e do tratamento desta doença na vida dos pacientes. A escala produz um escore que varia de 0 a 100. Um escore  $\geq 40$  indica alto grau de sofrimento emocional, sendo este, maior quanto mais alto o escore.

A variável qualidade de vida foi avaliada pelo questionário validado (*The medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey*) SF-36<sup>(19)</sup>. É capaz de medir de forma subjetiva a percepção do estado de saúde do indivíduo. O questionário possui 38 itens e é dividido em duas partes. A primeira avalia questões relacionada a saúde física do indivíduo (mobilidade física, dor, sono, energia, isolamento social e reações emocionais); a segunda tem como objetivo avaliar o impacto da doença na vida diária do paciente. Esses itens são englobados em 8 dimensões: Capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e duas questões que comparam a saúde atual em relação a saúde há um ano. Cada dimensão apresenta um escore que varia de 0 a 100, sendo 0 a representação do pior estado de saúde e 100, do melhor.

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). *Version 18.0. [Computer program]. Chicago: SPSS Inc; 2009.* Os dados qualitativos foram apresentados na forma de frequências (absoluta/relativa) e os dados quantitativos em média e desvio padrão. A diferença entre médias foi estabelecida pelo teste T de student para amostras independentes. O nível de significância estabelecido foi de valor de  $p \leq 0,05$ .

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade do Sul de Santa



Catarina sob o CAEE: 82877617.0.0000.5369.

## RESULTADOS

O estudo incluiu dados de 80 indivíduos diabéticos com  $62,99 \pm 9,43$  anos e  $10,8 \pm 10,21$  anos de doença, em média.

Quanto às características sociodemográficas da população, observou-se 66,3% do sexo feminino, 83,8% de cor branca, 60% tinha companheiro, 85,3% não estava exercendo atividade laboral, 72,5% com baixa escolaridade e 61,3% não praticavam atividades físicas com regularidade (Tabela 1).

Em relação às características clínicas foram observados entre os pacientes, 65% de hipertensão arterial sistêmica, 57,5% de dislipidemia, 30% de doença coronariana, 26% de sobrepeso/obesidade e 16,3% de hábito tabágico. Foi autorreferido, com maior frequência, história familiar de diabetes (82,5%), Hipertensão Arterial Sistêmica (73,8%) e infarto agudo do miocárdio (42,5%) (Tabela 2).

Observou-se 81,3% da população com baixo conhecimento sobre a doença, 97,5% com atitudes negativas frente à doença e 32,5% com alto nível de sofrimento emocional. Na avaliação dos domínios de qualidade de vida, identificaram-se menores médias nos domínios dor ( $45,10 \pm 12,19$ ), limitações por aspectos físicos ( $38,13 \pm 41,14$ ) e vitalidade ( $48,00 \pm 25,75$ ) (Tabela 3).

Ao comparar as diferenças entre médias dos escores de atitude, sofrimento emocional e dos domínios de qualidade de vida em relação ao nível de conhecimento, observou-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios vitalidade ( $p=0,006$ ), limitação por aspectos emocionais ( $p<0,001$ ) e saúde mental ( $p=0,033$ ) (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A partir da avaliação de uma população de pacientes diabéticos do município de Palhoça, com tempo médio de doença de 10,8 anos, observou-se predomínio do sexo feminino, a presença de companheiro, baixa escolaridade e inatividade física. O mesmo perfil sociodemográfico foi observado em outros estudos<sup>(20,21)</sup>. A hipótese para estes achados está relacionada à longevidade da população, que se reflete em um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, relacionados a um maior tempo de convivência com a doença<sup>(22)</sup>. Ainda, destaca-se o fato de mulheres terem maior tendência a procurar o serviço de saúde, o que permite um maior número de diagnósticos<sup>(23)</sup>.

Em relação às características clínicas, observou-se um perfil de multimorbidade, com elevada



prevalência de HAS, dislipidemia e doença coronariana. A Multimorbidade é uma realidade encontrada na população de idosos atualmente. Uma revisão sistemática realizada por Violan *et al.*<sup>(24)</sup> demonstrou que dentre as doenças crônicas encontradas em uma população de idosos, as de origem cardiovascular e metabólicas são as mais frequentes, a exemplo de hipertensão arterial sistêmica e diabetes, e estão diretamente relacionadas com o envelhecimento. Além disso, outro estudo evidenciou que a atividade física é um fator de proteção para a presença de multimorbidade<sup>(25)</sup>.

A presença de um perfil de multimorbidade encontrada no presente estudo pode estar relacionada diretamente ao processo fisiopatológico responsável pela desregulação deste. Indivíduos diabéticos do tipo 2 estão sujeitos a diversos problemas metabólicos, como hipersensibilidade aos glicocorticoides, que está associada à maior capacidade de vasoconstrição arterial e, conseqüentemente, maior predisposição à HAS. Além disso, esses fatores associados ao excesso de peso aumentam a secreção de mediadores inflamatórios, resultando em inflamação crônica que predispõe o aparecimento de doenças como dislipidemia. Essa aumenta a viscosidade no interior dos vasos sanguíneos, facilitando o aparecimento de doenças do sistema cardiovascular, como HAS e doença aterosclerótica. Portanto, a presença de multimorbidade associado a um quadro pró-inflamatório resulta em piora do quadro de todas as DCNT<sup>(26)</sup>.

Dentre os 80 pacientes entrevistados, a maioria (81,3%) apresentou baixo conhecimento sobre o diabetes melitus (DKN-A < 8) bem como atitudes negativas frente à doença (97,5%) (ATT-19 < 70), acompanhados de altos níveis de sofrimento emocional frente ao diabetes melitus (32,5%), resultados estes, condizentes com a literatura<sup>(27,28)</sup>. Porém, um estudo realizado no Rio de Janeiro obteve um escore razoável de conhecimento dos pacientes entrevistados (Mediana DKN- A = 8) com predominância de atitudes negativas frente à doença, associado a pior qualidade de vida<sup>(29)</sup>. Levando em consideração a baixa escolaridade no presente estudo, entende-se que o nível de escolaridade pode ser considerado fator primordial para que se adquirira determinados conhecimentos e desenvolva o autocuidado, dado o nível de complexidade do tratamento que necessita ser entendido e realizado de forma correta pelos pacientes<sup>(30)</sup>. Diferentes níveis de conhecimento podem estar atrelados a natureza multidimensional de qualidade de vida, que incluem fatores culturais, socioeconômicos e o ambiente que o indivíduo se encontra, fazendo com que o conhecimento sobre a doença não seja um fator decisivo para atitudes positivas, e sim uma ferramenta capaz de auxiliar nesse processo<sup>(31)</sup>.

Ao comparar as médias de atitudes, sofrimento e os domínios de qualidade de vida entre os participantes com alto e baixo conhecimento, foi possível observar diferenças significativas entre as médias dos domínios vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Estudo realizado com o SF-36, em uma população de Minas Gerais, demonstrou menores médias nos domínios limitação por aspectos físicos e capacidade funcional, e esses fatores estavam diretamente ligados a



inatividade física<sup>(32)</sup>. Já Faria *et al.*<sup>(22)</sup> encontraram menores escores em componentes mentais, em concordância com o presente estudo. O DM é uma das doenças crônicas mais complexas do ponto de vista psicológico, fazendo com que a autogestão se torne um desafio e provocando sentimentos de inferiorização, baixa autoestima, medo, revolta e pensamentos depressivos<sup>(33)</sup>. Além disso, indivíduos com baixo conhecimento possuem pior percepção sobre sua doença, podendo impactar negativamente e potencializar os aspectos relacionados aos componentes mentais<sup>(34)</sup>, gerando maior sofrimento e prejudicando não apenas o tratamento da enfermidade, mas o estado de saúde psicossocial em que o paciente se encontra<sup>(33)</sup>.

Baixo conhecimento e atitudes negativas frente a doença comprometem o autocuidado, dificultam uma terapêutica adequada e levam a complicações que podem ser irreversíveis<sup>(10)</sup>. O que indica a necessidade de que se atue de forma mais efetiva na educação da população, para que o conhecimento possa servir de ferramenta para implementar atitudes positivas frente ao tratamento, e assim reduzir o sofrimento frente a doença e melhorar a qualidade de vida dos portadores de diabetes.

Dentre as limitações desse estudo deve-se levar em consideração o fato das informações serem autorreferidas e a amostragem por conveniência, abordando os indivíduos, em sua maioria idosos, que faziam uso da UBS somente no período da tarde. Dessa forma, é importante que outras pesquisas sejam realizadas, com amostra representativa de todas as UBS do município da Palhoça para que seja possível identificar as possíveis correlações entre conhecimento, atitudes e qualidade de vida dos indivíduos diabéticos.

## CONCLUSÃO

A maioria dos participantes apresentou um baixo nível de conhecimento, atitudes negativas frente à doença, relacionados ao sofrimento emocional e baixa qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Report on Diabetes. WHO Library Cataloguing-in- Publication Data. 2016.
2. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2017.
3. Iser B, Stopa S, Chueiri P, Szwarcwald C, Malta D, Monteiro H, Duncan B, Schmidt M. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. 2015; 24(2):305-14.



4. Ministério da Saúde (Brasil); Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde; Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Vigitel. 2016. [acesso em 2017 Set 6]. Disponível em: [http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel\\_2016\\_jun17.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf).
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in Diabetes. 2011. [acesso em 2017 Set 6]. Disponível em: [http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement\\_1/S11](http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S11).
6. Peixoto G, Silva R. Estratégias educativas ao portador de diabetes mellitus: revisão sistemática. Rev Espaço para a Saúde, Londrina. 2011; 13(1):74-81.
7. Bertolin D, Pace A, Cesarino C, Ribeiro R, Ribeiro R. Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2. Acta Paul Enferm. 2015; 28(5):440-6.
8. Manual de Nutrição - Pessoa com Diabetes. 2017. [acesso em 2017 Set 6]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/publico/pdf/manual-nutricao-publico.pdf>.
9. Funnell MM, Brown Tl, Childs Bp, Haas Lb, Hosey Gm, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. Diabetes Care. 2014; 34(1):89-96.
10. Imazu M, Faria B, Arruda G, Sales C, Marcon S. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015;23(2):200-207.
11. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care. 2014; 37(1):144-53.
12. Costa AF et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017;33(2):1-14.
13. Badruddin N, Basit A, Hydrie M, Hakeem R. Knowledge, attitude and practices of patients visiting a diabetes care unit. Pakistan Journal of Nutrition, Faisalabad. 2012; 1(2): 99-102.
14. Assunção S, Fonseca A, Silveira M, Caldeira A, Pinho L. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. Escola Anna Nery. 2017;21(4).
15. Sousa V, Zauszniewski J, Musil C, Price Lea P, Davis S. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. Res Theory Nurs Pract. 2015;19(3): 217-30.
16. Browner W, Cummings S, Hulley S. Delineando a pesquisa clínica. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
17. Torres Heloisa C, Virginia A Hortale, Schall Virginia T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005. Dec [cited 2019 May 17]; 39( 6 ): 906-911.
18. Gross CC, Scain SF, Scheffel R, Gross JL, Hutz CS. Brazilian version of the problem areas in diabetes scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. Diabetes Res Clin Pract. 2007;76(3):455-9.



19. CiconelliRM, FerrazMB, SantosW,Meinão I,QuaresmaMR.Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.
20. De Oliveira Santos B, Caixeta A, Da Silva A, De Souza Teixeira C. Conhecimento e atitudes em diabetes mellitus tipo 2: Subsídios para autocuidado e promoção de saúde. Arquivos de Ciências da Saúde. 2016;23(4):31.
21. Bernini L, Barrile S, Mangili A, Arca E, Correr R, Ximenes M et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2017;25(3):533-541.
22. Silva A, Karino M, Mattos E, Campos E, Spagnuolo R. Perfil epidemiológico dos idosos de uma unidade de saúde da família. Ciênc. Biol. Saúde. 2009;11(2):27-33.
23. Faria H et al. Qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. Revista da escola de enfermagem USP. 2013; 47(2):348- 54.
24. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. 2014;9(7):e102149.
25. Loprinzi PD. Physical activity is the best buy in medicine, but perhaps for less obvious reasons. Preventive medicine. 2015; 75(1):23- 4.
26. Sociedade Brasileira de Diabetes [Homepage na internet]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Acesso em 30/10/18] Disponível em: [www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf](http://www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf)
27. Oliveira C, Zanetti M. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. Revista da escola de enfermagem. 2014;45(4):862-8.
28. Figueira A, Boas L, Coelho A, Freitas M, Pace A. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. Rev. Lat. Americana de Enfermagem. 2012; 27(3):124-31.
29. Santos M, Camara M, Lima B, Queres J, Toboada G. Avaliação do conhecimento e atitudes e sua relação com parâmetros de controle do diabetes mellitus. Journal of Health Connections. 2018; 2(1):21-9.
30. Pereira D, Costa N, Sousa A, Jardim P, Zanini C. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes melitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 20(3):1-8.
31. Seidl E, Zannon C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004;20(2):580-88.



32. Alves T, Souza S, Souza E, Gois C, Guimarães A, Mattos M. HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DIABETESMELLITUS. Reme: Revista Mineira de Enfermagem. 2013;17(1).
33. Raulino V. Autogestão na diabetes: obstáculos ao tratamento e adesão. Covilhã. Dissertação [Mestrado em ciências sociais e humanas] – Universidade da beira interior; 2015.
34. Zanesco C et al. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde em idosos brasileiros. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2018; 21(3):293-303.

## TABELAS

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e hábitos de vida da população de diabéticos de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Palhoça

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	27	33,8
Feminino	53	66,3
<b>Etnia</b>		
Branco	67	83,8
Não Branco	13	16,2
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	48	60,0
Sem companheiro	32	40,0
<b>Ocupação</b>		
Trabalhando	11	14,7
Não trabalhando	64	85,3
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto/Ensino Fundamental	58	72,5
Médio/Superior Completo	22	27,5
<b>Exercício físico</b>		
Sim	31	38,8
Não	49	61,3

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

**Tabela 2** – Características clínicas e história familiar da população diabética de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Palhoça

Variável	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	52	65,0
Dislipidemia	46	57,5
Doença arterial coronariana	24	30,0
Acidente vascular encefálico	10	12,5
Sobrepeso/Obesidade	19	26,0

continua

**continua**

Habito tabágico	13	16,3
Consumo regular de Álcool	8	10,0
Uso de Glibenclamida	12	15,0
Uso de Metformina	68	85,0
História familiar de hipertensão	59	73,8
História familiar de infarto agudo do miocárdio	34	42,5
História familiar de acidente vascular encefálico	19	23,8
História familiar de pé diabético	17	21,3
História familiar de amputações	11	13,8
História familiar de doença renal	11	13,8
História familiar de glaucoma	14	17,5
História familiar de catarata	12	15,0
História familiar de retinopatia	15	18,8

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

**Tabela 3** – Médias dos escores de conhecimento, atitude, sofrimento emocional e domínios de qualidade de vida da população diabética de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Palhoça

<b>Variável</b>	<b>Média ± DP</b>
DKN-A	5,13 ± 3,06
ATT-19	49,81 ± 9,15
PAID	32,00 ± 18,11
SF-36	
Capacidade Funcional	59,06 ± 29,54
Dor	45,10 ± 12,19
Estado geral de saúde	59,51 ± 22,07
Limitação por aspectos físicos	38,13 ± 41,14
Vitalidade	48,00 ± 25,75
Aspectos sociais	62,65 ± 27,30
Limitação por aspectos emocionais	66,24 ± 45,15
Saúde mental	59,15 ± 22,81

*DKN-A: Diabetes Mellitus knowledge; ATT-19: Diabetes Attitudes Questionnaire; PAID: Problem Areas in Diabetes; SF-36: The medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey;*

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).