

DIFERENÇAS DE GÊNERO NA DIABETES: UM PONTO DE PARTIDA PARA OTIMIZAR A QUALIDADE DE VIDA

GENDER DIFFERENCES IN DIABETES: A STARTING POINT TO OPTIMIZE QUALITY OF LIFE

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DIABETES: UN PUNTO DE PARTIDA PARA OPTIMIZAR LA CALIDAD DE VIDA

Fernanda Monteiro Coelho¹, Erika Masanet²

RESUMO

Objetivo: analisar as diferenças de gênero na qualidade de vida e nos indicadores antropométricos de pessoas com e sem diabetes tipo 2. **Método:** Estudo quantitativo de caráter transversal realizado com 117 indivíduos diagnosticados com diabetes tipo 2 e 81 controles \geq a 40 anos de idade. Utilizou-se análise univariada para as variáveis sociodemográficas e teste t de Student para comparação das médias na qualidade de vida e nos indicadores antropométricos. **Resultados:** a qualidade de vida das mulheres piora em maior medida comparada à dos homens na presença da doença, sobretudo do ponto de vista mental. Mulheres apresentam valores mais elevados para as variáveis antropométricas comparadas aos homens, o que possivelmente contribui para a menor qualidade de vida. **Conclusão:** mulheres apresentam piores resultados nas variáveis estudadas, sendo necessário adotar estratégias orientadas pelo gênero para uma melhor assistência às pessoas com diabetes, o que contribui para o melhor controle da doença.

Descritores Diabetes tipo 2; Gênero e saúde; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: to evaluate gender differences in quality of life and anthropometric indicators among people with type 2 diabetes in comparison with people without diabetes. **Method:** Quantitative and cross-sectional study with 117 patients type 2 diabetes and 81 control aged 40 or over. Univariate analysis was used for sociodemographic variables and T-Student test was also used to compare the means in quality of life and anthropometric indicators. **Results:** women's quality of life was worse to a greater extent when compared to men in the presence of diabetes, especially in the mental component. Women presented higher values for anthropometric variables, what may be a factor that help to explain the lower quality of life. **Conclusion:** women have the worst results in the variables studied, what suggest the relevance to adopt a gender-oriented strategies in the assistance of people with diabetes making possible a better control of the disease.

Descriptors: Diabetes type 2; Gender and health; Quality of life.

¹ Doutora em Ciências da Vida / Nutrição - especialidade clínica, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (Portugal).

² Doutora em Sociologia pela Universidade de Alicante (Espanha). Docente no Departamento de Sociologia e Antropologia social da Universitat de València (Espanha).

RESUMEN

Objetivo: analizar las diferencias de género en la calidad de vida e indicadores antropométricos entre personas con y sin diabetes tipo 2. **Método:** Estudio cuantitativo de carácter transversal con 117 individuos diagnosticados con diabetes tipo 2 y 81 controles ≥ 40 años. Se realizó análisis univariado para las variables sociodemográficas y test t de Student para comparación de las medias en la calidad de vida y en los indicadores antropométricos. **Resultados:** la calidad de vida de las mujeres empeora en mayor medida comparado con los hombres en presencia de la diabetes, especialmente en el componente mental. Las mujeres presentaron valores más elevados en las variables antropométricas, lo que ayuda a explicar la peor calidad de vida. **Conclusión:** las mujeres presentan peores resultados en las variables estudiadas, siendo necesario adoptar estrategias orientadas por el género en la asistencia a las personas con diabetes para un mejor control de la enfermedad.

Descriptores: Diabetes tipo 2; Género y salud; Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A diabetes é uma doença crônica que avança rapidamente a nível mundial, onde os países em vias de desenvolvimento são particularmente afetados. Acredita-se que 8,8% dos adultos do mundo com idade entre 20 e 79 anos vivem com diabetes, sendo que 79% destes residem em países de baixa e média renda, como o Brasil.¹

Em geral, cerca de 90% dos casos diagnosticados com diabetes são do tipo 2, a qual está constantemente associada ao envelhecimento e às mudanças nos estilos de vida. Esse último contribuindo para o excesso de peso e obesidade na população, fatores que estão fortemente associados ao desenvolvimento da diabetes mellitus do tipo 2 (DM2).²

Atualmente verifica-se grandes dificuldades no controle da diabetes na

América Latina e mais especificamente no Brasil, o que conduz ao desenvolvimento das comorbidades associadas à patologia tanto a médio como a longo prazos.³ Tais comorbidades interferem negativamente na funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos, além de gerar elevados custos para a saúde pública.⁴

Reconhecida a dificuldade na contenção dos avanços da diabetes no Brasil, o governo federal dá início, em 2002, ao chamado *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*, que tem como objetivo prevenir e controlar os avanços da hipertensão e diabetes no Brasil. A principal estratégia do programa para conter as complicações da diabetes e hipertensão a nível secundário, tem sido a implementação de centros de atendimento especializados, os *Centros Hiperdia*.⁵ Estes devem estar

preparados para oferecer acolhimento multidisciplinar, de modo a retardar os avanços da diabetes e favorecer a qualidade de vida dos indivíduos assistidos pelo programa.

De modo geral, os estudos indicam que pessoas com DM apresentam pior percepção da qualidade de vida em relação à população geral.⁶ Especificamente, indivíduos com DM apresentam diminuição do desempenho físico, com aumento da dependência na realização das atividades de vida diária e reduzido desempenho em aspectos psicossociais, tais como diminuição da capacidade cognitiva e presença de sintomas depressivos.⁷

A literatura mostra ainda que a diabetes afeta diferentemente a homens e mulheres⁸, tanto na prevalência e incidência⁹, nas complicações e controle¹⁰, quanto na mortalidade¹¹. As mulheres apresentam pior qualidade de vida comparadas aos homens na presença da diabetes.^{6,12} Os fatores sociais associados à discriminação de gênero explicariam, em parte, os piores resultados em saúde verificados nas mulheres. Conhecer as diferenças de gênero na qualidade de vida, em pessoas com e sem DM2, nos mais diversificados contextos brasileiros, pode contribuir para otimizar a assistência da pessoa diagnosticada com a patologia e, conseqüentemente, melhorar o controle da doença no país.

Com base nas menções acima, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e as variáveis Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro Abdominal (PA) e características sociodemográficas de homens e mulheres com e sem DM2 residentes na cidade de Viçosa - Minas Gerais e assistidos pelo Programa Hiperdia.

MÉTODOS

Estudo quantitativo de caráter transversal realizado por meio de entrevista individual com pessoas diagnosticadas com DM2 e indivíduos sem DM2, com idade igual ou superior a 40 anos, residentes na cidade de Viçosa-Minas Gerais. Para o grupo de estudo (pessoas com DM2), foram entrevistados usuários do Centro Hiperdia de Minas Gerais (CHVM), selecionados por meio de amostragem aleatória simples a partir do cadastro de pacientes disponibilizado pelo centro de saúde. Os critérios de inclusão foram: indivíduos que estavam sendo acompanhados por no mínimo três meses pelo CHVM e que não apresentavam estado de doença agudo ou crônico grave e tampouco úlcera ativa e/ou amputação. Além do grupo de estudo, foram coletados dados de um grupo controle (indivíduos não diagnosticados com DM2 e sem patologias agudas ou crônicas em órgãos alvo da diabetes). Para a seleção desse grupo os próprios casos de estudo indicaram indivíduos residentes em

equivalente bairro e que não possuíssem vínculo familiar, destes, foram sorteados aqueles que formaram a amostra.

Foram excluídos do estudo indivíduos que não obtiveram pontuação maior ou igual a 15 pontos no instrumento *Mini Mental State Exame* (MMSE), considerando o baixo nível de escolaridade dos participantes. A amostra final foi composta por 117 indivíduos com DM2 e 81 controles (CTL), contabilizando um total de 198 entrevistados. Do total, 125 eram mulheres (63%) e 73 homens (37%). A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2013 e janeiro de 2014. Antes de iniciarmos os trabalhos, todos os indivíduos foram informados sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para caracterização sociodemográfica da amostra foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, residência, estado conjugal e ocupação. Para avaliação antropométrica, os indivíduos foram convidados a verificar peso e altura para obtenção do índice de massa corporal (IMC), e perímetro abdominal (PA), sendo estes dados registrados nos inquéritos de cada um dos participantes. Para coleta de dados referente a peso, altura e PA utilizamos uma balança digital Micheletti® modelo/código 1227, com estadiômetro acoplado e uma fita métrica não extensível com marcação em

centímetros e milímetros. Para classificar os indivíduos de acordo com o IMC foram utilizados os critérios da OMS, considerando-se excesso de peso valores maiores que 25 e menores que 30 (Kg/m²) e, obesidade, valores maiores ou iguais a 30 (Kg/m²). Já para o PA foram utilizados os critérios da *International Diabetes Federation* (IDF), sendo considerados como valor limite os 94 centímetros para o sexo masculino e os 80 centímetros para o sexo feminino.

Na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, utilizamos o *Medical Outcomes Study SF-36* versão 2 (SF-36 v2®) traduzido e validado para o Brasil. É um instrumento genérico (não específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento) e de fácil aplicação e compreensão. O SF-36 é um questionário multidimensional constituído por dois componentes, físico (CF) e mental (CM), que engloba oito escalas em saúde totalizando trinta e seis perguntas. Dentro do CF encontram-se as escalas: função física, desempenho físico, dor e saúde geral. Já o CM engloba as escalas vitalidade, função social, desempenho mental e saúde mental. O instrumento avalia as últimas quatro semanas do indivíduo, tanto em aspectos negativos (doença) quanto positivos (bem-estar). A pontuação para cada componente pode variar entre 0 (pior

qualidade de vida) e 100 pontos (melhor qualidade de vida).

Os dados foram analisados por meio do programa *IBM SPSS Statistics Version 21*. Foi realizada análise descritiva univariada para as variáveis sociodemográficas, representada por distribuição de frequências relativas para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central (médias e desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Para análise dos componentes e escalas do SF-36 e dos indicadores antropométricos (IMC e PA) foram calculadas as médias e o desvio-padrão. Para comparação das médias entre os grupos (CTL e DM2) em mulheres e homens foi utilizado o teste t de Student, considerando nível de significância $p < 0,05$. A verificação da homocedasticidade das variâncias e a distribuição normal das variáveis Qualidade de vida, IMC e PA foram realizadas respectivamente pelos testes de Bartlett e distribuição normal. Na ausência de homocedasticidade e distribuição normal, os dados foram transformados utilizando logaritmo. Além da comparação das médias através do teste t de Student, foram calculadas as diferenças entre as médias dos grupos CTL e DM2 em mulheres e homens.

Os dados da análise para as variáveis do SF-36, IMC e PA foram apresentados em tabelas separadas para mulheres (tabela 2) e homens (tabela 3).

Esta perspectiva de análise desagregada por sexo (Mulheres DM2 *vs.* Mulheres CTL; Homens DM2 *vs.* Homens CTL) mostra a diferença entre as médias dos grupos CTL e DM2 em cada um dos sexos. Isso permitiu verificar maiores ou menores diferenças nas médias das variáveis estudadas, contribuindo para uma melhor avaliação do impacto da doença segundo o sexo.

O estudo aqui apresentado foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (Portugal), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo CHVM.

RESULTADOS

Na tabela 1 encontram-se as variáveis sociodemográficas da população estudada. A maioria dos entrevistados vivem em zona urbana, possuem idade média de 60 anos e apresentam baixa escolaridade, essa, verificada principalmente entre mulheres DM2 ($4,1 \pm 3,2$ anos). Maioritariamente mulheres (CTL: 54,5%; DM2: 42,9%) e homens (CTL: 42,3%; DM2: 57,4%) disseram estar casados. No entanto, a porcentagem de mulheres viúvas é importante (CTL: 30,9%; DM2: 27,1%). Há maior percentual de homens e mulheres CTL trabalhando de forma remunerada (25,5% mulheres e 30,8% homens) quando comparado ao

grupo DM2 (10% mulheres e 12,8% homens). Além disso, destaca-se a porcentagem de mulheres que trabalham exclusivamente nos afazeres domésticos (CTL: 38,2%; DM2: 32,9%). Os homens DM2 representam maior percentual de

aposentados, quer por tempo de serviço (34%), quer por invalidez (25,5%), comparado aos seus controles e às mulheres, especialmente no caso da invalidez.

Tabela 1. Médias, desvio-padrão e distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas segundo sexo e presença ou não da DM2.

Variáveis	Mulheres CTL (n=55)	Mulheres DM2 (n=70)	Homens CTL (n=26)	Homens DM2 (n=47)
Idade (MD ± DP)	61,4±10	60,1±9,9	57,1±11,7	61,1±11,8
Escolaridade (anos)	5,5±2,5	4,1±3,2	4,4±2,1	5±3,1
Residência				
Urbana	96,4 %	92,9 %	92,3 %	87,2 %
Rural	3,6 %	7,1 %	7,7 %	12,8 %
Estado Conjugal				
Nunca foi casado	10,9 %	11,4 %	19,2 %	14,9 %
Casado	54,5 %	42,9 %	42,3 %	57,4 %
separado ou divorciado	1,8 %	4,3 %	30,7 %	12,7 %
Viúvo	30,9 %	27,1 %	7,7 %	4,3 %
mora junto	1,8 %	4,3 %	-	10,7 %
Ocupação				
Trabalho remunerado	25,5 %	10 %	30,8 %	12,8 %
Autônomo	5,5 %	8,6 %	11,5 %	17 %
Dona de casa	38,2 %	32,9 %	3,8 %	-
Aposentado	25,5 %	25,7 %	26,9 %	34 %
Aposentado por invalidez	-	7,1 %	3,8 %	25,5 %
Desempregado	5,4 %	15,7 %	23 %	10,7 %

A tabela 2 apresenta os estatísticos univariáveis e Teste t para os componentes e escalas do SF-36 e os indicadores antropométricos (IMC e PA) das mulheres CTL e DM2. Os resultados mostram diferenças estatísticas significantes para os componentes físico e mental da qualidade de vida entre os grupos CTL *vs.* DM2 nas mulheres (CF: $p < 0,05$; CM: $p < 0,05$). Médias superiores foram verificadas no grupo CTL (CF: $53,4 \pm 6,2$; CM: $52 \pm 11,8$) comparado ao grupo DM2 (CF: $42,3 \pm 10,1$; CM: $46,9 \pm 12,4$), sugerindo menor qualidade de vida neste último. Considerando as oito escalas dos componentes da qualidade de vida, é possível verificar diferenças estatísticas significantes para todas as escalas CTL *vs.* DM2 nas mulheres ($p < 0,05$). No entanto, observa-se maiores diferenças nas escalas função física (26,8) e desempenho físico (27,7) no componente físico, e na escala

vitalidade (22,6) no componente mental (tabela 2).

Referente aos parâmetros antropométricos, os resultados mostram diferenças estatísticas significantes entre os grupos CTL *vs.* DM2 nas mulheres tanto para o IMC como para o PA ($p < 0,05$). Médias superiores para ambas as variáveis foram verificadas em mulheres DM2 (IMC: $33,3 \pm 7,8$; PA: $108,1 \pm 14,8$) comparados aos seus controles, sendo mulheres DM2 classificadas como obesas. Além disso, as mulheres CTL apresentam médias que as classificam na faixa de sobrepeso, sendo os valores médios do IMC próximos à obesidade (IMC: $29,8 \pm 5,7$). Sobre o PA os resultados mostram que mulheres (CTL: $97,6 \pm 11,7$; DM2: $108,1 \pm 14,8$) apresentam valores superiores ao recomendado pela IDF, revelando que essas se encontram na faixa de risco cardiovascular (tabela 2).

Tabela 2. Comparação das pontuações entre o CTL e DM2 para os componentes e escalas SF-36, e IMC e PA – Mulheres

SF-36	CTL (n=55) MD±DP	DM2 (n=70) MD±DP	Diferença entre médias (MD)	Valor P*
Componente Físico	53,4±6,2	42,3±10,1	11,1	< 0,05
Função Física	82,4±16,3	57,6 ± 24,6	26,8	< 0,05
Desempenho Físico	94,8±9,4	67,1±31	27,7	< 0,05
Dor	77,5±23,9	54,8±33,7	22,7	< 0,05
Saúde Geral	71,7±22,9	49,2 ±24,1	22,5	< 0,05
Componente Mental	52±11,8	46,9±12,4	5,1	< 0,05
Vitalidade	71,9±25,2	49,3±22,8	22,6	< 0,05

Função Social	85±27,7	71 ±28,1	14	< 0,05
Desempenho Mental	87,7±24,5	70,7±32,4	17	< 0,05
Saúde Mental	77±20,8	65,9±23,9	11,1	< 0,05
**Índice de Massa Corporal	29,8±5,7	33,3±7,8	3,5	< 0,05
**Perímetro Abdominal	97,6±11,7	108,1±14,8	10,5	< 0,05

* Test t-Student

** Para as análises do Índice de Massa Corporal e Perímetro Abdominal, CTL (n=46) e DM2 (n=61)

A tabela 3 representa dados da variável qualidade de vida para os homens. Quanto aos dois componentes da qualidade de vida, os resultados das análises evidenciam diferenças estatísticas significantes apenas para o CF ($p < 0,05$), com médias mais elevadas verificadas no grupo CTL ($52,6 \pm 7,4$) quando comparado ao grupo DM2 ($46 \pm 8,5$). Para o componente mental não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p > 0,05$). Referente às escalas dos componentes da qualidade de vida dos homens, observa-se diferenças estatísticas significantes entre os grupos CTL e DM2 para as quatro escalas do CF e apenas para a escala função social do componente mental. Ao observar as diferenças nas médias, pode-se dizer que

essas são maiores para as escalas dor corporal (20), saúde geral (16,4) e função social (14) (tabela 3).

Quanto aos parâmetros antropométricos dos homens, os dados também mostram diferenças estatísticas significantes nas médias do IMC e PA entre os grupos CTL e DM2 ($p < 0,05$), sendo as médias dos homens DM2 (IMC: $28,8 \pm 6,4$; PA: $100,4 \pm 15,9$) mais elevadas quando comparadas aos CTL (IMC: $25,3 \pm 2,8$; PA: $89,3 \pm 7,4$), classificando os homens DM2 na faixa de sobrepeso. Também os valores médios do IMC nos homens CTL evidencia a presença do sobrepeso, enquanto a média do PA para homens DM2 apresenta valor superior ao recomendado pela IDF (tabela 3).

Tabela 3. Comparação das pontuações entre o CTL e DM2 para os componentes e escalas SF-36, e IMC e PA – Homens

SF-36	CTL (n=26) MD±DP	DM2 (n=47) MD±DP	Diferença entre médias (MD)	Valor P*
Componente Físico	52,6±7,4	46±8,5	6,6	< 0,05

Função Física	83,6±17,5	70,5±25,6	13,1	< 0,05
Desempenho Físico	89,1±19,9	82±22,1	7,1	< 0,05
Dor	78,1±27,1	58,1±27,5	20	< 0,05
Saúde Geral	76,5±20,4	60,1±23,9	16,4	< 0,05
Componente Mental	55,5±9,2	54±9,5	1,5	> 0,05
Vitalidade	74,7±20,4	65±25,1	9,7	> 0,05
Função Social	92,3±17,3	78,3±27,8	14	< 0,05
Desempenho Mental	87,5±24	87,4±20,7	0,1	> 0,05
Saúde Mental	85,3±15,2	79,1±19,8	6,2	> 0,05
**Índice de Massa Corporal	25,3±2,8	28,8±6,4	3,5	< 0,05
**Perímetro Abdominal	89,3±7,4	100,4±15,9	11,1	< 0,05

* Test t-Student

**Para as análises do Índice de Massa Corporal e Perímetro Abdominal, CTL (n=22) e DM2 (n=43)

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que, em relação à qualidade de vida, os homens DM2 apresentam menor pontuação média apenas para o componente físico quando comparados aos homens CTL, enquanto o componente mental parece ser menos afetado pela doença. Diferente das mulheres, que apresentaram diminuída qualidade de vida para ambos os componentes do SF-36. Mais especificamente, as diferenças nas médias entre CTL e DM2 nos dois componentes da qualidade de vida e nas suas escalas (tabelas 2 e 3, colunas “Diferenças entre médias”) são maiores entre as mulheres (CF: 11,1; CM: 5,1) comparado aos homens (CF: 6,6; CM: 1,5), sobretudo no CM. Porém, na

escala Função Social deste componente, verifica-se a mesma diferença entre ambos os sexos (14 pontos de diferença). No que se refere à escala vitalidade, mulheres apresentaram as maiores diferenças nas médias entre CTL vs. DM2 (22,6 pontos), enquanto nos homens essas diferenças são bem menores, inclusive nas escalas vitalidade (9,7 pontos), desempenho mental (0,1) e saúde mental (6,2) não há diferenças estatísticas significantes.

Isso indica que, em geral, na presença da doença a qualidade de vida das mulheres piora em maior medida comparada com a dos homens sobre tudo do ponto de vista mental, resultado que também é confirmado por outros trabalhos.^{6,12} Especificamente, um estudo

afirma que homens apresentam menor propensão para relatar sintomas de depressão ou ansiedade, quando comparado às mulheres¹³, o que pode contribuir para a melhor qualidade de vida verificada no sexo masculino. O desempenho de papéis tradicionalmente femininos, e a sua influência sobre pressões sociais, estresse crônico, sobrecarga com as responsabilidades domésticas e baixos níveis de satisfação, está relacionado com as diferenças de gênero na saúde.^{14,15} Portanto, a vulnerabilidade feminina, causada principalmente pela situação de discriminação de gênero na sociedade¹⁵, explicaria os piores resultados no componente mental da qualidade de vida entre as mulheres DM2 em nossa amostra. O pior estado de saúde mental das mulheres evidencia a necessidade de uma assistência psicológica mais abrangente no CHVM, sendo indispensável a disponibilização de formação em questões de gênero e suas problemáticas específicas aos profissionais de saúde. Dessa forma, uma melhoria na saúde mental das mulheres contribuiria para a otimização do autocontrole da doença com efeitos positivos na qualidade de vida.

No que se refere aos indicadores antropométricos, os dados mostram valores mais elevados nas mulheres quando comparadas aos homens, tanto no grupo CTL como no DM2, sugerindo que mulheres, em geral, estão mais propensas à

obesidade.^{16,17} No entanto, ao comparar a diferença entre as médias CTL vs. DM2 em homens e mulheres para as variáveis antropométricas (tabelas 2 e 3, colunas “Diferenças entre médias”), observa-se diferenças muito próximas nas mulheres e nos homens (3,5 pontos de diferença no IMC em mulheres e em homens, e cerca de 11 pontos no PA tanto em mulheres como em homens). Assim, na presença da doença, os resultados para as variáveis antropométricas aumentam de forma similar tanto em mulheres como em homens, o que indica que a diabetes afeta ambos os sexos no que se refere à obesidade. Entretanto, para além do processo de envelhecimento e das mudanças nos estilos de vida dos indivíduos, a obesidade em mulheres também está associada à fatores sociais relacionados à discriminação na sociedade e na influência destes nas condições socioeconômicas.¹⁸ Por isso torna-se relevante considerar a maior predisposição para a obesidade nas mulheres, onde fatores socioeconômicos e de gênero estão inter-relacionados, na implementação de intervenções específicas para controlar a DM2 no CHVM. Por outro lado, alguns trabalhos evidenciam que, na população geral, há relação entre aumento do IMC e negativo bem estar, e essa relação seria ainda mais aparente em mulheres.¹⁹ Portanto, considerando que o IMC e o PA

estão relacionados com a qualidade de vida e que as mulheres do estudo apresentam obesidade e os mais elevados resultados para o PA, sugere-se a contribuição das variáveis antropométricas na menor qualidade de vida das mulheres assistidas pelo CHVM.

Finalmente, cabe ressaltar a baixa escolaridade da amostra, sobre tudo entre as mulheres. Em geral, a baixa escolaridade dificulta o acesso à informação, além de levar à reduzidas chances de compressão das orientações terapêuticas o que, conseqüentemente, conduz a maiores dificuldades para a autogestão da diabetes.²⁰ Nesse sentido, é importante que os profissionais da saúde do CHVM adaptem as estratégias terapêuticas ao perfil dos usuários, considerando as condições socioeconômicas e o nível de escolaridade das pessoas assistidas pelo Centro, com especial atenção às mulheres, uma vez que estas apresentaram menores níveis de escolaridade.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo evidenciam resultados desfavoráveis na qualidade de vida das mulheres comparado aos homens na presença da DM2, sobretudo do ponto de vista mental, e também a maior prevalência da obesidade entre as mulheres em geral. Levando em consideração esses resultados, é conveniente um planejamento das

estratégias de assistência às pessoas com DM2 assistidas pelo CHVM orientadas pelo gênero. Isto possibilitaria otimizar a autogestão da diabetes com efeitos positivos na qualidade de vida dos indivíduos com DM2.

Finalmente, o estudo apresenta duas principais limitações. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo de caráter transversal, o que pode explicar, parcialmente, os resultados desfavoráveis para a qualidade de vida em pessoas com DM2. Em segundo lugar, seria necessário ampliar e aprofundar a análise de gênero através da consideração de outras variáveis sociais, além do nível educativo. Ademais, considerando a diversidade sociocultural do Brasil, faz-se necessário outros estudos, com a finalidade de adequar a assistência à pessoa com DM2 aos diferentes contextos de vida existentes no país.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation . IDF diabetes atlas [Internet]. 8th ed. Brussels: IDF; 2017 [citado em 18 dez 2018]. 147p. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>
2. Leitner DR, Frühbeck G, Yumuk V, Schindler K, Micic D, Woodward E, et al. Obesity and type 2 diabetes: two diseases with a need for combined treatment strategies - EASO can lead the way. *Obes Facts*. [Internet]. 2017

- [citado em 29 jul 2019]; 10(5):483-92. doi:10.1159/000480525
3. Artilheiro MMVSA, Franco SC, Schulz VC, Coelho CC. Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS?. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado em 2 fev 2019]; 101(38):210-24. doi:10.5935/0103-1104.20140019
 4. Borges BB, Lacerda JT. Ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na atenção básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado em 2 fev 2019]; 116(42):162-78. doi:10.1590/0103-1104201811613
 5. Junior ACA. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 22p.
 6. Werfalli M, Kassanje R, Kalula S, Kowal P, Phaswana-Mafuya N, Levitt NS. Diabetes in South African older adults: prevalence and impact on quality of life and functional disability - as assessed using SAGE Wave 1 data. *Glob Health Action* [Internet]. 2018 [citado em 29 jul 2019]; 11(1):1449924. doi:10.1080/16549716.2018.1449924
 7. Al Senany S, Al Saif A. Assessment of physical health status and quality of life among Saudi older adults. *J Phys Ther Sci* [Internet]. 2015 [citado em 7 mar 2019]; 27(6):1691-95. doi: 10.1589/jpts.27.1691
 8. Kautzky-Willer A, Harreiter J, Pacini G. Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus. *Endocr Rev* [Internet]. 2016 [citado em 29 jul 2019]; 37(3):278-316. doi:10.1210/er.2015-1137
 9. Vitoi NC, Fogal AS, Nascimento CM, Franceschini SCC, Ribeiro AQ. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2015 [citado em 7 mar 2019]; 18(4):953-65. doi:10.1590/1980-5497201500040022
 10. Lira Neto JCG, Xavier MA, Borges JWP, Araújo MFM, Damasceno MMC, Freitas RWJF. Prevalência da síndrome metabólica em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017 [citado em 7 mar 2019]; 70(2):265-70. doi:10.1590/0034-7167-2016-0145
 11. Penso JM, Périco E. Mortalidade por Diabetes mellitus em uma macrorregião de saúde de Minas Gerais. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 10 mar 2019]; 5(2):34-44. doi:10.18554/reas.v5i2.1536
 12. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Are gender differences in health-related quality of life attributable to sociodemographic characteristics and chronic disease conditions in elderly people? *Int J Prev Med*. [Internet]. 2017 [citado em 29 jul 2019]; 8:95. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_197_16
 13. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. [Internet]. 2017 [citado em 29 jul 2019]; 143(8):783-822.
 14. Mayor E. Gender roles and traits in stress and health. *Front Psychol*. [Internet]. 2015 [citado em 29 jul 2019]; 6:779. doi:10.3389/fpsyg.2015.00779
 15. Nava S, Carreno I, Rempel C, Schwingel G, Pissia LF, Belé P. Perfil epidemiológico da hipertensão e diabetes em mulheres. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 17 mar 2019]; 4(1):42-54. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1262>
 16. Silveira E, Vieira LL, Souza JD. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças

- respiratórias. Ciên Saúde Colet. [Internet]. 2018 [citado em 10 mar 2019]; 23(3):903-12. doi/10.1590/1413-81232018233.01612016
17. Malta DC, Silva AG, Tonaco LAB, Feitas MIF, Velasquez-Melendez G. Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado em 24 out 2019]; 35(9): e00223518. doi: /10.1590/0102-311X00223518
18. Palomino PA, Grande ML, Linares M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Rev Int Sociol. [Internet]. 2014 [citado em 28 mar 2019]; 72(1):45-70. doi/10.3989/ris.2013.02.16
19. Apple R, Samuels LR, Fonnesebeck C, Schlundt D, Mulvaney S, Hargreaves M, et al. Body mass index and health-related quality of life. Obes Sci Pract [Internet]. 2018 [citado em 22 Out]; 4(5): 417-26. doi: 10.1002/osp4.292
20. Couselo-Fernández I, Rumbo-Prieto JM. Riesgo de pie diabético y déficit de autocuidados en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Enferm Univ. [Internet]. 2018 [citado em 22 out]; 15(1):17-29. doi: 10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62902

RECEBIDO: 16/05/2019

APROVADO: 10/12/2019

PUBLICADO: 07/2020