



# Fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes diabéticos

Care management actions in the Family Health Strategy

Factores relacionados con la calidad de vida de pacientes diabéticos

Sabrina Silva Frota<sup>1</sup>, Maria Vilani Cavalcante Guedes<sup>1</sup>, Larissa Vasconcelos Lopes<sup>1</sup>

**Objetivo:** analisar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e estilo de vida de diabéticos, correlacionando-os aos domínios da escala Diabetes Quality of Live-Brazil. **Métodos:** estudo transversal, analítico com 60 diabéticos cadastradas em uma unidade de atenção primária. A escala possui 44 itens divididos em quatro domínios: Satisfação, Impacto, Preocupações sociais/vocacionais e Preocupações gerais relacionadas ao diabetes. **Resultados:** encontrou-se que pacientes que não adotam hábitos de vida saudáveis possuem melhores níveis de qualidade de vida, pois o "estar doente" ocorre, geralmente, quando instaladas as complicações. As necessidades mais prevalentes de modificação foram: mudança alimentar, realização de atividade física e seguimento dos cuidados com os pés. **Conclusão:** a utilização de instrumentos validados como DQOL-Brasil possibilita uma melhor visualização da situação de saúde do paciente, sendo importante a intervenção efetiva do enfermeiro nos aspectos negativos encontrados.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Diabetes Mellitus; Enfermagem.

**Objective:** to identify, from nurses' speeches, the actions that enable care management in the Family Health Strategy. **Methods:** descriptive study with a qualitative approach conducted with 32 nurses of primary care. It was used a semi-structured interview as the data collection technique. The methodological process of the collective subject discourse was used to organize the data. **Results:** from the nurses' speeches one identified the categories: complementary relationship between care and management; meeting with community health agents, a care management strategy in nurses' work; health education activities such as a care management action and a health information system as an essential tool for care. **Conclusion:** it was possible to observe that nurses understood the importance of coordination and complementarity between the activities of the working process of care and management.

**Descriptors:** Quality of Life; Diabetes Mellitus; Nursing.

**Objetivo:** analizar la asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y estilo de vida de diabéticos, correlacionándolas a los dominios de la escala *Diabetes Quality of Live* -Brasil. **Métodos:** estudio transversal, analítico, con 60 pacientes diabéticos inscritos en una unidad de atención primaria. La escala tiene 44 artículos divididos en cuatro dominios: Satisfacción, Impacto, Preocupaciones sociales/vocacionales y Preocupaciones generales relacionadas con la diabetes. **Resultados:** se encontró que pacientes que no adopten hábitos de vida saludables han mejorado los niveles de calidad de vida, como el "quedarse enfermo", por lo general, ocurre cuando se instalan complicaciones. Las necesidades más prevalentes de cambios fueron: cambio alimentario, realización de actividad física y seguimiento de atención a los pies. **Conclusión:** el uso de instrumentos validados como DQOL-Brasil ofrece mejor visión del estado de salud del paciente, es importante la intervención efectiva del enfermero en los aspectos negativos encontrados.

**Descriptores:** Calidad de Vida; Diabetes Mellitus; Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Sabrina Silva Frota  
Rua Clóvis Maia, N 60, Apt 102, Bloco A, Aerolândia. CEP: 60851-000. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: sabrinefrota@hotmail.com

## Introdução

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica caracterizada como importante problema de saúde pública. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as limitações impostas pelo tratamento podem levar a série de alterações no estilo de vida dos pacientes.

Em todo mundo, existem 346 milhões de pessoas com diabetes. Mais de 80% da doença ocorrem em país de baixa e média renda e, segundo as projeções, o número de mortes de pessoas com diabetes irá dobrar entre 2005 e 2030<sup>(1)</sup>.

Determinados hábitos de vida são responsáveis por manter essas taxas em ascensão. Entre estes, ressaltam-se aumento das taxas de obesidade, sedentarismo, dieta hipercalórica e rica em açúcares, que aumenta consideravelmente as chances de manifestação dessa enfermidade.

Deve-se focalizar a prevenção por meio da avaliação dos fatores de risco para detecção precoce e vigilância das complicações do diabético, enfatizando sempre a importância da mudança no estilo de vida<sup>(2)</sup>.

Uma das características marcantes das condições crônicas em geral é o espaço que a doença passa a ocupar na vida das pessoas. Muitas vezes, ocorre um choque emocional por não estarem preparados para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica<sup>(3)</sup>. Deste modo, as mudanças na vida do diabético podem interferir na qualidade de vida, porquanto viver bem, muitas vezes, está relacionado ao viver sem doenças.

No geral, pode-se perceber que o significado de qualidade de vida inclui amplas variedades de condições internas e externas escolhidas por cada um de nós. Percebe-se, então, a importância de pesquisas que definam quais as principais dificuldades do paciente diabético que irão influenciar na sua qualidade de vida. Uma vez elaborado esses dados, eles serão úteis para auxiliar na melhoria dos serviços de saúde.

Diante disso, torna-se relevante conhecer os

fatores que afetam a qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus, pois o conhecimento facilitará na elaboração do plano terapêutico dessas pessoas. Isso auxiliará na redução das complicações e, conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida.

Diante disso, o presente estudo objetivou analisar a associação das características sociodemográficas, clínicas e estilo de vida de diabéticos, correlacionando-os aos domínios da escala Diabetes Quality of Live-Brazil.

## Método

Estudo transversal-analítico, de abordagem quantitativa realizado de janeiro a abril de 2012, em uma unidade de Atenção Primária a Saúde pertencente à Regional IV no município de Fortaleza-CE.

A população foi formada por 427 pacientes diabéticos. A amostra calculada inicialmente foi de 75 pacientes, determinado pela fórmula indicada para populações finitas. Fixou-se o nível de significância em 5% e o erro amostral de 8%. Estimou-se em 20% a proporção p de pacientes com qualidade de vida razoável e q= 80% percentagem complementar (100-p). Aplicando-se esses valores na fórmula tem-se que n = 75 pacientes. Porém somente 60 pacientes foram coletados devido à acessibilidade nos dias que comparecerem para a consulta de enfermagem, terem diagnóstico de diabetes mellitus firmado por médico, idade maior de 20 anos, em condições de participar da coleta de dados, verbalizando suas necessidades e residirem em Fortaleza.

Para coleta de dados, captou-se dados sociodemográficos, clínicos (índice de massa corpórea, tempo de diagnóstico e de tratamento, doenças associadas e número de medicamentos ingeridos) e estilo de vida. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento específico para diabetes, denominado: Diabetes Quality of Live-Brazil<sup>(4)</sup>. Que possui 44 questões, organizadas em quatro domínios: 1. Satisfação do diabético com a vida, mesmo com o adoecimento crônico, 2. Impacto do diabetes na sua

vida, 3. Preocupações sociais/vocacionais em relação a essa doença e, 4. Preocupações gerais relacionadas ao diabetes. Para cada pergunta há possibilidade de uma resposta com valores de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a uma melhor qualidade de vida e 5 a pior qualidade de vida. O valor máximo obtido na escala total e em cada domínio representa os melhores níveis para se definir a qualidade de vida.

Fez-se a análise estatística pelo *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0. Para analisar a normalidade das variáveis aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para aquelas com distribuição normal, aplicou-se o teste F de Snedecor ou o teste t de Student para comparação das médias. Compararam-se as médias das variáveis associadas ao erro padrão médio independentes (atividade física, dietoterapia, cuidados com os pés, tabagismo e alcoolismo) com as médias das variáveis dependentes (domínios referentes a escala de qualidade de vida). As análises inferenciais foram aceitas como estatisticamente significantes se os valores de  $p < 0,05$ .

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará no Parecer nº 10244361.

## Resultados

Dos 60 diabéticos, 75% são do sexo feminino, a idade variou de 30 a 86 anos (Média = 66,9 anos). Das pessoas estudadas 80% tinham menos de 6 anos de estudo e 53,4% eram não casados. Dentre os pesquisados, 91,6% dos pacientes possuíam diagnóstico recente, de 1 a 6 anos e de 50% deles não realizavam o tratamento prescrito pelos profissionais, como seguimento da dieta e realização de atividade física.

As Tabelas 1 e 2 apresentam os escores das médias e erro padrão médio, tanto na escala total quanto nos domínios com cada variável sociodemográfica.

**Tabela 1** - Comparação das médias da escala e seus domínios, com as variáveis sociodemográficas: idade, sexo e estado civil

Variáveis	n	Satisfação	Impacto	Preocupação social vocacional	Preocupação em diabetes	Escala total
Idade		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
30 - 49	10	54,0 ± 5,3	58,4 ± 3,2	92,1 ± 3,6	57,5 ± 7,5	62,2 ± 2,4
50 - 59	11	67,5 ± 5,7	68,8 ± 3,7	92,8 ± 5,7	67,6 ± 7,8	72,1 ± 4,1
60 - 69	21	56,0 ± 3,8	64,3 ± 2,8	92,6 ± 1,8	58,0 ± 5,6	65,4 ± 2,7
70 - 86	18	58,1 ± 4,9	66,5 ± 3,5	98,0 ± 1,1	59,7 ± 5,6	68,0 ± 3,2
Sexo		Média±EPM p= 0,028	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p= 0,034
Masculino	15	67,6 ± 4,9	69,0 ± 3,1	95,2 ± 2,3	70,0 ± 5,9	72,8 ± 2,8
Feminino	45	55,3 ± 2,6	63,4 ± 2,0	93,8 ± 1,7	56,9 ± 3,6	64,9 ± 1,8
Estado civil		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Casado	28	57,2 ± 3,3	63,7 ± 2,2	90,4 ± 2,7	61,6 ± 4,0	65,5 ± 2,1
Solteiro	12	58,8 ± 6,2	64,5 ± 3,2	98,2 ± 1,2	59,3 ± 8,0	67,5 ± 3,6
Viúvo	15	59,5 ± 5,9	65,5 ± 4,6	98,0 ± 1,0	60,8 ± 7,7	68,2 ± 3,9
Separado	5	61,0 ± 9,2	69,4 ± 4,6	94,2 ± 2,6	52,5 ± 8,7	68,9 ± 5,4

\*EPM: Erro padrão médio

**Tabela 2** - Comparação das médias da escala e seus domínios, com as variáveis sociodemográficas, renda, escolaridade e ocupação

Variáveis	n	Satisfação	Impacto	Preocupação social vocacional	Preocupação em diabetes	Escala total
Renda familiar (salário*)		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
0	13	55,1 ± 4,4	62,9 ± 3,5	92,8 ± 2,5	53,3 ± 6,5	64,1 ± 3,1
1	35	59,7 ± 3,2	65,4 ± 2,4	96,8 ± 1,0	60,3 ± 4,0	68,0 ± 2,1
2 a 5	12	58,1 ± 6,3	65,1 ± 3,3	88,0 ± 5,5	67,1 ± 7,7	66,6 ± 3,9
Escolaridade		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Analfabeto	8	67,9 ± 4,5	69,7 ± 2,4	93,7 ± 2,8	64,8 ± 8,4	72,5 ± 2,7
Fundamental	40	57,1 ± 2,8	63,9 ± 2,3	95,6 ± 1,2	58,9 ± 3,9	66,2 ± 2,0
Médio/Superior	12	56,0 ± 6,8	64,3 ± 2,6	89,8 ± 5,5	61,4 ± 7,0	65,4 ± 4,2
Ocupação		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Trabalha	28	57,8 ± 3,8	66,9 ± 2,7	95,5 ± 1,3	64,0 ± 4,5	68,1 ± 2,5
Não trabalha	32	58,9 ± 3,1	62,9 ± 2,0	93,0 ± 2,3	56,8 ± 4,3	65,8 ± 2,0

\*Valor do salário mínimo mensal à época do estudo era de R\$ 622,0, equivalente a US\$ 1256,44

Na escala total da Tabela 1, percebe-se que, em relação à variável idade, as pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos possuem melhor qualidade de vida (72,0±4,1) quando comparadas aos participantes das outras faixas de idade. Também estão mais satisfeitas com a vida (67,5±5,7) e têm menos preocupações com seu estado de saúde (67,6±7,8).

Os homens possuem melhor qualidade de vida (72,8±2,8), do que as mulheres (64,9±1,8), pois diferença significativa na pontuação da escala total e domínio satisfação. No que se refere ao estado civil, os dados mostram os separados possuem melhor qualidade de vida quando comparados aos outros status (68,9±5,4).

Quanto à renda em salários mínimos, as informações mostram que as pessoas que recebem apenas 1 salário mínimo têm melhor qualidade de vida (68,0±2,1), quando comparados aqueles que possuem entre 2 a 5 salários. Os dados mostram que houve significância no domínio preocupação social, p= 0,048.

Em relação à escolaridade, as evidências apontam que os analfabetos apresentam melhor qualidade de vida (72,5±2,7).

No que se refere à ocupação, os resultados apontam que os trabalhadores ativos possuem melhores níveis de qualidade de vida (68,1±2,5), quando comparados aos aposentados, porém no quesito satisfações no geral, esses sujeitos demonstraram menor satisfação com o modo de viver. No presente estudo, associaram-se dados clínicos com os domínios do instrumento de avaliação da qualidade da vida, como pode-se ver na tabela 3.

Ao avaliar o índice de massa corpórea, os dados mostram que os obesos têm melhor qualidade de vida, sendo representado por (69,5±2,8) na escala total.

Correlacionando os dados sobre a qualidade de vida ao tempo de diagnóstico identificou-se que as pessoas com melhor qualidade de vida são aquelas que têm de 11 a 35 anos de diagnóstico (72,1±2,7). Ao analisar o valor de p, na escala total e domínio satisfação com p= 0,002 e p=0,003, respectivamente. Esse valor se repete, quando avaliada qualidade de vida em relação ao tempo de tratamento.

Ainda em relação às variáveis clínicas, ao avaliar os dados sobre o número de medicações, nota-se que as pessoas que tomam de 4 a 9 medicações são as que apresentam menores níveis de qualidade de vida.

Como pode ser visto na tabela 4, os dados apontam que a qualidade de vida dos participantes que possuem outras doenças, além do diabetes é pior ( $66,7 \pm 1,7$ ).

A pesquisa correlacionou e avaliou a qualidade de vida com modo de viver, na Tabela 5, e percebeu-se que as pessoas com melhor qualidade de vida são aquelas que não seguem o tratamento adequado do diabetes.

**Tabela 3** - Comparação das médias da escala e de seus domínios, com dados clínicos do paciente

Variáveis	n	Satisfação	Impacto	Preocupação social vocacional	Preocupação em diabetes	Escala total
Índice de massa corporal		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Eutrófico	22	58,7 ± 4,5	65,0 ± 3,5	94,9 ± 1,6	69,2 ± 5,1	67,2 ± 3,2
Sobrepeso	23	56,0 ± 3,7	62,5 ± 2,5	93,7 ± 1,8	57,8 ± 5,2	64,8 ± 2,3
Obesidade	15	61,6 ± 4,5	68,0 ± 2,0	93,8 ± 4,4	63,7 ± 6,6	69,5 ± 2,8
Tempo de diagnóstico		Média±EPM p= 0,003	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p= 0,002
1 a 3	20	67,6 ± 4,9	69,0 ± 3,1	95,2 ± 2,3	70,0 ± 5,9	72,8 ± 2,8
4 a 6	13	55,3 ± 2,6	63,4 ± 2,0	93,8 ± 1,7	56,9 ± 3,6	64,9 ± 1,8
7 a 10	9	58,4 ± 2,4	64,8 ± 1,7	94,2 ± 1,4	60,2 ± 3,1	66,9 ± 1,6
11 a 35	18	66,6 ± 4,1	69,4 ± 2,9	98,8 ± 0,8	58,3 ± 5,9	72,1 ± 2,7
Tempo de tratamento		Média±EPM p=0,002	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p=0,008
1 a 3	21	45,0 ± 3,6	60,7 ± 2,6	90,9 ± 3,3	54,7 ± 4,8	59,6 ± 2,5
4 a 6	12	70,5 ± 4,0	64,3 ± 5,1	95,2 ± 2,5	60,9 ± 8,1	70,5 ± 4,0
7 a 10	9	68,5 ± 2,3	65,7 ± 2,5	91,2 ± 2,8	75,6 ± 6,5	68,5 ± 2,3
11 a 35	18	72,1 ± 2,7	69,4 ± 2,9	98,8 ± 0,8	58,3 ± 5,9	72,1 ± 2,7

\*EPM: Erro padrão médio

**Tabela 4** - Comparação das médias da escala e de seus domínios, com dados clínicos do paciente

Variáveis	n	Satisfação	Impacto	Preocupação social vocacional	Preocupação em diabetes	Escala total
Número de medicamentos		Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p> 0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
1	8	57,0 ± 6,4	68,5 ± 4,8	93,7 ± 3,4	57,8 ± 8,8	67,6 ± 4,3
2	7	54,0 ± 7,5	69,8 ± 3,7	97,9 ± 2,0	63,3 ± 9,9	68,3 ± 4,4
3	10	65,1 ± 6,9	61,3 ± 6,1	92,1 ± 3,2	69,3 ± 7,6	68,2 ± 4,9
4	14	57,2 ± 3,7	61,5 ± 2,6	96,9 ± 1,7	52,2 ± 5,5	64,8 ± 2,5
5	14	58,0 ± 5,0	66,8 ± 2,9	92,3 ± 4,5	66,9 ± 7,2	64,6 ± 6,6
6 a 9	7	57,8 ± 9,9	63,0 ± 5,9	92,3 ± 3,8	49,1 ± 8,5	64,6 ± 6,6
Outras doenças		Média±EPM p>0,05	Média±EPM P> 0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Sim	52	58,8 ± 2,6	64,5 ± 1,8	93,7 ± 1,5	58,7 ± 3,3	66,7 ± 1,7
Não	8	56,0 ± 6,3	66,4 ± 5,4	97,3 ± 2,6	69,5 ± 9,9	68,1 ± 4,2

\*EPM: Erro padrão médio

**Tabela 5** - Comparação das médias da escala e de seus domínios, com dados sobre estilo de vida dos pacientes

Variáveis	n	Satisfação	Impacto	Preocupação social vocacional	Preocupação em diabetes	Escala total
Atividade		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Sim	19	53,7 ± 4,5	63,3 ± 2,9	92,2 ± 2,2	62,8 ± 5,5	64,6 ± 2,7
Não	41	60,6 ± 2,8	65,5 ± 2,1	95,1 ± 1,7	58,9 ± 3,8	67,9 ± 1,9
Segue a dieta		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Sim	18	53,0 ± 4,9	61,3 ± 3,2	92,6 ± 2,0	59,0 ± 6,4	63,2 ± 3,1
Não	42	60,7 ± 2,7	66,3 ± 1,9	94,2 ± 1,8	60,7 ± 3,6	68,4 ± 1,8
Cuidados pés		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Sim	23	52,3 ± 3,6	63,9 ± 2,6	94,7 ± 1,5	60,0 ± 4,8	64,0 ± 2,3
Não	37	62,2 ± 3,1	65,3 ± 2,2	93,9 ± 2,0	60,3 ± 4,1	68,3 ± 2,1
Fuma		Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05
Sim	8	55,6 ± 6,9	57,4 ± 6,3	93,7 ± 3,4	57,0 ± 8,3	57,0 ± 8,3
Não	52	58,8 ± 2,6	65,9 ± 1,6	94,2 ± 1,5	60,6 ± 3,4	60,6 ± 3,4
Uso de bebida alcoólica		Média±EPM p=0,02	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p>0,05	Média±EPM p=0,022	Média±EPM p=0,046
Sim	10	71,0 ± 5,6	69,8 ± 3,5	90,7 ± 3,8	76,5 ± 5,3	74,1 ± 3,6
Não	50	55,9 ± 2,5	63,8 ± 1,9	94,9 ± 1,5	57,0 ± 3,4	65,4 ± 1,7

\*EPM: Erro padrão médio

As informações são relevantes, pois mostram que as pessoas que não praticam atividade física (67,9±1,99), que não seguem a dieta recomendada pela nutricionista (68,4±1,8) e que não realizam os cuidados com pés (68,3±2,1) possuem os maiores valores na escala total, possuindo maiores níveis de qualidade de vida.

## Discussão

O diabetes mellitus é considerado um dos principais problemas de saúde pública na atualidade, sendo o tipo 2 a forma prevalente entre os indivíduos com idade mais avançada. A maior parte (21) dos participantes desta pesquisa tinham de 60 a 69 anos. O Diabetes Mellitus tipo 2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos<sup>(5)</sup>. Outro dado congruente no estudo foi o predomínio de participantes do gênero feminino, apontando o fato de as mulheres terem maior assiduidade nos serviços de saúde.

Identificou-se baixa escolaridade nesta pesquisa, pois os pacientes tinham em maioria

até o ensino fundamental completo. Acredita-se que isso, afeta as condições de saúde das pessoas, podendo dificultar a compreensão de informações e, conseqüentemente, dificultar a adesão ao tratamento, aumentando a exposição aos fatores de risco.

Em relação à investigação clínica, verificou-se que a maioria 38 (63,3%) apresenta peso acima do normal. Além de se destacar como uma doença, a obesidade é um fator de risco para o aparecimento da hipertensão e do diabetes<sup>(6)</sup>. Esse dado justifica a necessidade de controle do peso, por meio da mudança de hábitos alimentares e atividades físicas dos pacientes estudados.

Com relação ao tempo de diagnóstico, verificou-se que 70,0% dos pacientes possuíam diagnóstico de Diabetes Mellitus de até 10 anos. O tempo de diagnóstico pode influenciar no aparecimento de complicações, pois quanto mais tempo com a doença, maiores são as chances de desenvolver lesões em órgãos-alvos. O tempo de duração do diabetes e o controle glicêmico são, respectivamente, os dois fatores mais importantes relacionados ao desenvolvimento e à gravidade da Retinopatia Diabética<sup>(5)</sup>.

Ainda no âmbito da investigação clínica, pode-se ver que a maioria da amostra, 52 (86,6%) pacientes, apresentam outras doenças além do diabetes mellitus, dentre elas, a que se destacou foi a Hipertensão arterial sistêmica. Acredita-se que isso se deva a mais da metade da amostra constituir de pacientes idosos, pois se percebe que esses, por viverem mais, apresentam maiores condições crônicas.

A literatura salienta que o aumento no número de doenças está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional<sup>(7)</sup> e as situações adversas quando não enfrentadas adequadamente, podem levar à ansiedade e à depressão que, na maioria das vezes, atuam como “trampolim” para o desencadeamento de outras doenças<sup>(8)</sup>.

Em relação ao número de medicamentos de uso desses pacientes, destaca-se que a maioria, 28 (46,6%) pacientes, tomam de 4 a 5 comprimidos por dia. Esse dado tem importância, pois a literatura salienta que o uso elevado de fármacos constitui uma barreira para adesão aos tratamentos, na medida em que torna complexos os esquemas terapêuticos, e possibilita a ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas<sup>(7)</sup>.

Considerando que a maioria dos participantes da amostra são idosos, a dificuldade de adesão aos tratamentos nesse estágio se deve também a outros fatores distintos. Pode ser citado o déficit cognitivo, diminuição da compreensão das instruções, falta de comunicação e aumento das limitações físicas na complexidade do regime terapêutico. O cuidado de enfermagem, deve se desenvolver em ações de saúde adequadas e compatíveis com e para o paciente na sua totalidade.

Quando se analisam os comportamentos de saúde, percebeu-se que a maioria não realiza o seguimento da dieta recomendada e a prática de exercício físico, por sua vez, também teve baixa adesão entre os participantes deste estudo. Quanto aos cuidados com os pés, 37 (61,6%) mencionaram não dispensar-lhes nenhum cuidado específico. Desta forma, ressalta-se a necessidade de atividades

educativas que incentivem tais práticas.

Esses dados demonstram que, apesar das recomendações, há resistência para a mudança no estilo de vida. Ter que mudar hábitos de vida que estão consolidados e assumir uma nova rotina que envolva disciplina constitui grande desafio para esses pacientes.

Alguns autores apontam a importância da aquisição e da manutenção de hábitos saudáveis direcionados à melhoria da qualidade de vida e da saúde. Uma qualidade de vida boa é aquela possível de oferecer um mínimo de condições para desenvolver o máximo das suas potencialidades, vivendo, trabalhando, ou simplesmente, existindo. Contudo, é difícil conceituar esse termo, sobretudo porque, este pode sofrer influência de valores culturais, éticos e religiosos<sup>(9-10)</sup>.

Apesar das dificuldades de adesão ao tratamento, a enfermagem tem um papel crucial no tratamento dessa doença, em face da necessidade de investigação comportamental para identificar as respostas ineficientes que exigem apoio do profissional e de familiares<sup>(11)</sup>. O suporte familiar pode direcionar ações adequadas à saúde, influenciando nos modos de adaptação necessários, a fim de garantir suporte ao paciente<sup>(12)</sup>.

Ainda no âmbito do estilo de vida, o consumo de bebida alcoólica e o tabagismo foram observados em menor proporção entre os pacientes em estudo. Os efeitos deletérios acarretados pelo tabagismo e o uso de álcool na população são amplamente divulgados, entretanto, parece que esse fato não preveniu esses pacientes do consumo de cigarro ou da bebida alcoólica.

Em relação à segunda parte do instrumento aplicado, no que se refere à qualidade de vida da população estudada, em relação a variável sexo, os dados revelam que os homens possuem uma melhor qualidade de vida (72,8±2,8). Estes frequentam menos os serviços de saúde, logo demoram mais a descobrir o diagnóstico da doença, retardando o impacto e sentimentos negativos que serão despertados a

partir do diagnóstico do Diabetes Mellitus. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar atentos à população masculina a qual são responsáveis, pois o atendimento deve chegar até eles, mesmo que as medidas realizadas para tal ato exijam mais dedicação.

No tocante à escolaridade, os dados revelam que os analfabetos apresentam maiores níveis de qualidade de vida, possuindo os maiores níveis de satisfação. Isso se justifica, pois a falta de conhecimento dificulta a compreensão sobre a enfermidade, dando a falsa sensação de bem estar, quando na verdade, a falta de domínio resultará em complicações posteriores<sup>(6)</sup>.

Em relação ao estado civil, os separados destacam-se. O estudo realizado em São Paulo encontrou representações sociais sobre isto e mostrou que algumas pessoas identificam aspectos negativos no zelo que os familiares assumem em relação ao tratamento, pois pode promover sofrimento psíquico e restrição da liberdade e autonomia pessoal, portanto, a separação traria benefícios nesse caso<sup>(13)</sup>.

No âmbito da ocupação, os dados mostram que os trabalhadores possuem melhores níveis de qualidade de vida ( $68,1 \pm 2,5$ ), quando comparados com os aposentados, porém no quesito satisfações no geral, esses sujeitos demonstraram uma menor satisfação com o modo de viver.

Acredita-se que uma melhor satisfação em relação à vida deve-se ao fato de que nesse período, a família e os amigos evidenciam suas importâncias, e os aposentados retornam a vida pessoal deixada de lado, com bom relacionamento entre casais, filhos e amigos fora do ambiente de trabalho. Por outro lado, ao se aposentar, grande número de pessoas perde seu ponto de referência, o reconhecimento da sociedade, a referência na profissão, os compromissos, os horários, o ser "útil", tendo conseqüentemente menor qualidade de vida e o ocorre contraditoriamente, com a maioria das pessoas que trabalham.

No estudo, observou-se também a qualidade de vida em relação aos dados clínicos e percebe-se que os pacientes obesos possuem melhores índices de qualidade de vida. O que os autores salientam

vai de encontro ao foi observado no estudo. Estes afirmam que quando os pacientes realizam a dieta recomendada, há vários significados, tais como a perda do prazer de comer e beber, a restrição da autonomia e o cerceamento da liberdade para se alimentar como e quando desejar<sup>(14)</sup>. As limitações e proibições impostas pela doença e seu tratamento tiram a liberdade de fazer o que sentem vontade, o que provoca um viver triste afetando diretamente na qualidade de vida dessas pessoas.

Em relação ao tempo de diagnóstico, as pessoas que possuem maiores níveis de qualidade de vida são aquelas que descobriram a adoecimento há mais tempo. A compreensão sobre os benefícios do tratamento e a conseqüente adesão às propostas de mudanças, variam conforme a convivência com o problema. Viver saudável, compreender melhor a doença, obter estabilidade dos sintomas e melhorar a qualidade de vida são objetivos traçados por aqueles que convivem com esses distúrbios há longo tempo<sup>(14)</sup>. Acredita-se que o motivo para isso seja o fato de que esses sujeitos estão adaptados positivamente, ou seja, estão lidando melhor com essa doença crônica que é responsável por complicações clínicas que prejudicam a saúde do indivíduo.

Acredita-se que a presença de outras comorbidades, conforme identificado neste estudo, faz com que os entrevistados sofram mais devido as conseqüências de cada doença, aumentando a tomada do número de medicamentos, de procedimentos como exames laboratoriais e consultas.

Em relação ao aumento do número de medicamentos, a polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, e constitui um fato que aumentou de modo importante nos últimos anos. O uso de vários medicamentos está associada ao aumento do risco e da gravidade nas reações adversas, interações medicamentosas, além de gerar uma dificuldade na adesão ao tratamento, diminuindo a qualidade de vida dessas pessoas<sup>(15)</sup>.

A pesquisa correlacionou e avaliou a qualidade de vida como modo de viver e pode-se perceber neste



estudo que as pessoas com melhor qualidade de vida são aquelas que não seguiam o tratamento adequado do diabetes.

De acordo com a literatura, a qualidade de vida relacionada à saúde, é uma avaliação subjetiva do paciente e que pode ser construída e consolidada, num processo que inclui a reflexão sobre o que é definitivo para sua vida, tendo como inspiração o desejo de ser feliz<sup>(16)</sup>.

Diante disso, adaptar-se a uma doença crônica não transmissível envolve diversas mudanças nos hábitos que interferem na vida cotidiana dos indivíduos, o que parece ser algo extremamente penoso e difícil. Ao observar os dados sobre estilo de vida, nota-se que não seguir esses hábitos mais saudáveis reflete em maiores níveis de qualidade de vida.

Ainda investigando o estilo de vida desses pacientes, um achado que chamou atenção foi em relação aos cuidados realizados pelos pacientes com os pés, pois menos da metade da amostra, 23 realizam os cuidados necessários.

As úlceras nos membros inferiores decorrem de hábitos inadequados, como andar descalço, uso de sapatos apertados, corte inadequado das unhas e pequenas micoses, rachaduras, calos e deformidades nos pés, tais situações podem causar significativos danos nos diabéticos. Demonstrando a importância da educação em saúde como medida preventiva<sup>(17)</sup>.

## Conclusão

No estudo encontrou-se que pacientes que não adotam hábitos de vida saudáveis acreditam-se possuidores de melhores níveis de qualidade de vida. Sendo assim, as necessidades mais prevalentes de intervenção foram: mudança no padrão alimentar, realização de atividade física e seguimento dos cuidados com os pés. Estas mudanças apesar de proporcionarem bons níveis de qualidade de vida, atualmente, para esses pacientes, no entanto, o não cumprimento

da terapêutica poderá resultar, posteriormente, em complicações, afetando consideravelmente, a qualidade de vida dessas pessoas.

Portanto, a utilização de instrumentos validados como DQOL-Brasil possibilita melhor visualização da situação de saúde e acredita-se que apesar das mudanças de estilo de vida ser difíceis, é importante que esses pacientes eliminem essas práticas inadequadas em relação ao tratamento e se adaptem à sua nova condição de saúde para evitar possíveis complicações que afetarão sua qualidade de vida.

## Colaborações

Frota SS e Guedes MVC contribuíram para a concepção, coleta dos dados de campo, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Lopes L contribuiu na análise e interpretação dos dados do artigo. Frota SS, Guedes MVC e Lopes LV contribuíram para a concepção e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. World Health Organization. Diabetes, key facts. [Internet] 2012 [cited 2012 Sept. 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
2. Andrade DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Pacientes com diabetes Mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético na atenção primária à saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(4):616-21.
3. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupo de apoio psicológico. *Rev Bras Enferm*. 2010; 64(2):301-7.
4. Brasil F, Pontarolo R, Correr CJ. Qualidade de vida em adultos com Diabetes tipo 1 e validade do DQOL- Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2014; 35(1):105-12.
5. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

6. Berlezi EM, Schineider RH. Análise de risco cardiovascular em hipertensos adscritos a uma unidade de Estratégia de saúde da família. *Rev Contexto Saúde*. 2009; 9(17):45-52.
7. Silva R, Schmidt OF, Silva S. Polifarmacia em geriatria. *Rev AMRIGS*. 2012; 56(2):164-74.
8. Souza DB, Serra AJ, Suzuki FS. Atividade física e depressão em idosos. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012; 16(1):3-6.
9. Torres GV, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 58(1):39-44.
10. Leite ES, Lubenow JAM, Moreira HRC, Martins MM, Costa IP, Silva AO. Avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015; 14(1):822-9.
11. Souza IVB, Marques DKA, Lacerda ORM, Collet N. Percepção das mães frente ao diagnóstico do filho com diabetes mellitus tipo 1. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(1):43-8.
12. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adherence to drug therapy in diabetic elderly. *Rev Rene*. 2013; 14(2):394-4.
13. Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas RP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):651-8.
14. Vieira CM, Cordeiro SN, Magdaleno Júnior R, Turato ER. Significados da dieta e mudança de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3161-8.
15. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):136-40.
16. Cordeiro JABL, Brasil VV, Silva AMTC, Oliveira LMAC, Zatta LT, Silva ACCM. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2009; 11(4):785-93. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>
17. Carvalho RDP, Carvalho, CDP, Martins DA. Aplicação dos cuidados com pés entre portadores de diabetes mellitus. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(1):106-9.