

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS DE UMA UBS NA CIDADE DE CASCAVEL/PR

MARTELLI, Vittoria¹
MORAIS, Michelle Policanti²
SCHEUERMANN, Sibeli Cristina³
BREDA, Daiane⁴

RESUMO

A qualidade de vida é um indicador de saúde visto que é utilizada para analisar como encontram-se as condições em vários âmbitos dos brasileiros. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida de pacientes diabéticos de uma UBS de Cascavel/PR, a fim de nortear como essa doença crônica traz influências ao paciente. Assim, foi possível analisar também as condutas terapêuticas e consequentes adesões dos diabéticos, que são responsáveis por uma parte do sucesso do tratamento, não excluindo o esforço e a dedicação que demandam cuidados na alimentação, medicação e exercícios físicos. Dessa forma, por meio deste estudo transversal, de caráter exploratório, foi concluído como a qualidade de vida desses pacientes é influenciada por essa doença, além de corroborar com a melhora do percurso da diabetes quando a qualidade de vida é alavancada e permite resultados satisfatórios.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes. Qualidade de Vida. Doença Crônica. Tratamento.

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF DIABETIC PATIENTS AT A UBS IN THE CITY OF CASCAVEL/PR

ABSTRACT

Quality of life is a health indicator since it is used to analyze how Brazilians meet conditions in various areas. In this context, the objective of this study was to evaluate the quality of life of diabetic patients at a UBS in Cascavel/PR, in order to guide how this chronic disease influences the patient. Therefore, it was also possible to analyze the therapeutic behaviors and consequent adherence of diabetics, which are responsible for part of the success of the treatment, not including the effort and dedication that demand care in terms of food, medication and physical exercise. Thus, through this exploratory cross-sectional study, we analyzed how the quality of life of these patients is influenced by this disease, in addition to corroborating with the improvement of the course of diabetes when the quality of life is leveraged and allows advanced results.

KEYWORDS: Diabetes. Quality of Life. Chronic Disease. Treatment.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença prevalente globalmente. “Em 2017, 347 milhões de pessoas tinham diabetes mellitus, e se estima um aumento de 55% até 2035, com mais de 90% sendo DM2 (diabetes mellitus 2)” (MARKLE-REID *et al*, 2017, p. 12). Assim, mostra-se a frequência elevada dessa doença, que é responsável por complicações, muitas vezes, irreversíveis, devido seu curso progressivo quando não tratada adequadamente.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: vittoriarmartelli@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: michellepolicanti@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: sibelischeuermann@gmail.com

⁴ Médica pela Universidade do Sul Catarinense e Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: daianebreda@hotmail.com

Por esse viés, o tratamento e o percurso do diabetes devem ter notoriedade, principalmente pelo fato da melhoria da qualidade de vida ser consequência de um excelente controle da doença. Ou seja, a qualidade de vida é um indicador de saúde que deve ser analisado para proporcionar melhores resultados para os pacientes diabéticos, ajudando, assim, a prevenir complicações e manter uma saúde mais adequada.

Com isso, é imprescindível analisar esse indicador prevenindo intervenções que seriam desnecessárias caso o controle da doença acontecesse de forma correta. Soma-se ainda a facilidade de identificar e quantificar a qualidade de vida para consequente análise e repercussão no diabetes. Por fim, é indispensável observar todos os âmbitos da vida de um paciente, que tem uma intervenção significativa no diabetes. O fator mais importante a ser analisado em pacientes nesse molde é como a qualidade de vida está sendo reflexo do seu tratamento e até mesmo ajudando na terapêutica da doença. Por isso, é plausível o enfoque do tratamento não levar em consideração a qualidade de vida como primordial no sucesso do tratamento?

O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida dos diabéticos a fim de melhorar o tratamento dessa doença, não só no viés terapêutico como também nos outros âmbitos que envolvem a qualidade de vida, por meio da análise de pacientes da UBS Palmeiras na cidade de Cascavel/PR.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população brasileira reformula o cenário das doenças no país. Com essa nova dinâmica, observou-se uma diminuição das doenças infecciosas e um crescimento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus (BERNINI *et al*, 2017). Nesse viés, torna-se necessário o estudo abrangente dessa doença, a qual afeta grande parte da população. “Nos países em desenvolvimento ocorreu aumento do diabetes em todas faixas etárias, entre 45 e 64 anos a prevalência triplicará até 2030 e será duplicada entre 20 e 44 anos e acima de 65 anos” (CÔRREA *et al*, 2017, p. 35).

A Estratégia Saúde da Família destaca-se como uma importante política pública nacional, atuando na reorganização da atenção básica e na vigilância à saúde, com um enfoque na promoção da qualidade de vida (MIRANZI *et al*, 2008). Dessa forma, mostra-se que a política pública analisa novos conceitos – nesse caso, a qualidade de vida com o intuito de promover saúde adequada e de qualidade. Pyatak *et al* (2018) afirmam que, no diabetes, grande parte do potencial para manter a saúde e prevenir complicações secundárias decorre da capacidade dos pacientes de realizar consistentemente atividades de autogestão (recomendações dietéticas, automonitoramento e adesão à

medicação). Desse modo, o seguimento terapêutico é primordial para que complicações secundárias à doença não apareçam, além de ser possível manter um bom controle da doença, impedindo sua progressão.

Somado a esse fator, a qualidade de vida é outro quesito que pode contribuir com o diabetes. “As demandas do manejo dessa doença complexa também afetam muitas dimensões da qualidade de vida (QV), que engloba o bem-estar físico, emocional e social. Indivíduos com diabetes relatam menor QV do que indivíduos sem doenças crônicas” (RUBIN; PEYROT, 1999, p. 142).

Entende-se por qualidade de vida, segundo a OMS, “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010, p. 112).

A qualidade de vida é quantificada por meio de escalas que podem ser aplicadas nas populações, objetivando analisar como isso influencia na doença. “Existem muitas escalas diferentes que podem medir a QV, como EuroQol 5D (EQ-5D), Audit of Diabetes Dependent Quality of Life (ADDQoL), Diabetes-Specific Quality of Life (DSQL), Short Form-Series (SF-36, SF-8, SF-12)” (JING *et al*, 2018).

Conforme o estudo DAWN2, Kovacs-Burns *et al* (2013) relatam que uma parte significativa dos familiares de pessoas com diabetes expressava preocupações com o risco de eventos hipoglicêmicos e experimentava um alto nível de angústia ao pensar na condição de seus entes queridos. Por sua vez, a “qualidade de vida inferior afeta a capacidade de gerenciar a HbA1c (exame laboratorial, utilizado para avaliar o tratamento e controle do diabetes) e outras atividades de tratamento do diabetes” (COCHRAN; CONN, 2010, p. 10).

O quadro psicoemocional pode ser composto por preocupação, frustração e desesperança com o caráter crônico da doença e suas complicações; sobrecarga, esgotamento ou desânimo com seu manejo. Citam-se, ainda, baixa autoestima, inferioridade, ansiedade e depressão (POLONSKY; 2002; POLONSKY, 2000; MARCELINO; CARVALHO, 2005). Assim, vários são os fatores que podem estar relacionados com a doença e ser responsáveis por mudanças no prognóstico.

Ademais, “entre os aspectos sociais estão o custo financeiro da doença, a sensação do paciente acerca do grau de apoio social que recebe e da qualidade e nível de conflito das relações interpessoais e familiares” (POLONSKY, 2002, p. 11).

Por outro lado, a qualidade de vida desses pacientes não influencia só no contexto da saúde deles, mas também na área econômica do país. Medidas genéricas de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) baseadas em preferências são frequentemente usadas para estimar esses benefícios na avaliação econômica e, portanto, desempenham um papel fundamental no reembolso de

intervenções de saúde (RAYMAKERS *et al*, 2018).

Cruz, Collet e Nóbrega (2018) afirmam que o diabetes mellitus é uma das condições que mais impacta a qualidade de vida do paciente, exigindo uma mudança significativa em seu estilo de vida e no de sua família para manter o controle metabólico dentro dos parâmetros ideais. Dessa forma, é perceptível analisar a correlação da qualidade de vida com pacientes diabéticos, visto que eles são somatórios de resultados promissores.

Corroborando com o que foi explícito anteriormente, diversos fatores podem influenciar a qualidade de vida (QV) dos diabéticos. Entre esses, a idade, o sexo, a obesidade, a presença de complicações e o esquema terapêutico antidiabético (IMAYAMA *et al*, 2011). Além disso, “quanto mais graves forem as complicações de um paciente com DM, pior tende a ser sua QV” (VENKATARAMAN; WEE; LEOW, 2013, p. 121).

Assim, para avaliar a qualidade de vida é de suma importância seguir um padrão para que a análise seja feita da forma mais legítima. O Diabetes Quality of Life Measure (DQOL), que além de ser o instrumento específico de avaliação da QVRS (qualidade de vida relacionada a saúde) em DM mais consagrado no mundo, trata-se da versão única que foi validado para o Brasil tanto para DM tipo 2 (CORRER *et al*, 2008) quanto para DM tipo 1 (BRASIL; PONTAROLO; CORRER, 2014). A brasileira foi denominada DQOL-Brasil (BRAZIL, 2015).

Brazil *et al*. (2015) descrevem que o DQOL-Brasil utiliza uma escala Likert de 5 pontos e é composto por 44 itens, que são distribuídos em quatro domínios: satisfação, impacto, preocupações sociais/vocacionais e preocupações relacionadas ao diabetes. Dito isso, calculando a média dos itens individuais obtêm-se os escores, que quanto mais próximos de um, melhor classifica-se a QVRS (BRAZIL *et al*, 2015).

Dessa maneira, por meio dos escores, torna-se possível correlacionar doença e qualidade de vida para contrastar quais as intercorrências que as duas juntas podem proporcionar ao paciente. “Avaliar a QV torna-se essencial para a formulação e implementação de estratégias de cuidado para as pessoas com DM, a partir da identificação dos fatores que interferem na QV, para que as intervenções sejam efetivas e capazes de minimizar ou prevenir o seu comprometimento” (MACIEL *et al*, 2018, p. 111).

3. METODOLOGIA

Este estudo foi de delineamento transversal, exploratório, com coleta de dados por meio de questionários de análise da qualidade de vida em pacientes atendidos na UBS Palmeiras do município de Cascavel/PR.

Foram entrevistados, por meio do questionário de qualidade de vida que foi baseado no *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL) (CORRER *et al*, 2008), os pacientes, maiores de 18 anos, diabéticos tipo 1 e 2, sem distinção de sexo ou tempo do diagnóstico, que foram atendidos na UBS Palmeiras pelo menos duas vezes ao ano, levando em consideração o período de 2020 até 2022.

Foram incluídos de forma aleatória na pesquisa os pacientes diabéticos – tipo 1 e 2, que realizam o tratamento da doença, e consequentemente o acompanhamento, na UBS de Cascavel/PR, com consultas médicas regulares, no mínimo duas vezes ao ano.

Foram excluídos da pesquisa pacientes diabéticos que fazem menos de duas consultas ao ano e não fazem acompanhamento em uma UBS de Cascavel/PR e os menores de 18 anos.

Primeiramente, levou-se em consideração os diversos âmbitos que interferem no diabetes, como por exemplo, alimentação, prática de atividade física, uso de medicação, aspectos mentais, abrangendo o indivíduo e também toda a sociedade, e sentimentais. A partir disso, foi possível contrastar a diferença no percurso da doença conforme varia a qualidade de vida desses pacientes, a fim de garantir melhores adesões, resultados e controle do diabetes. Assim, a duração da pesquisa foi de 6 meses, sendo que 3 meses, de outubro a novembro, foram destinados à coleta desses formulários para fazer um relatório dos dados observados, por meio de tabelas do Excel.

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG) e aprovada pelo CAEE nº 60356022.6.0000.5219. Depois, para execução da pesquisa, foi feita uma análise dos questionários sobre qualidade de vida em todos os pacientes diabéticos que estão fazendo acompanhamento, no mínimo duas vezes ao ano, na UBS Palmeiras, de Cascavel/PR.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL DA DOENÇA

Em primeiro momento, ocorreu uma discrepância de números referentes ao tipo do diabetes. Como era de se imaginar, e ainda sendo prevalente mundialmente, o tipo 2 foi mais frequente (94,7%) entre os pacientes dessa UBS. Dessa forma, é primordial atentar-se aos hábitos de vida dessa população, visto que a qualidade de vida interfere diretamente no aparecimento dessa doença. Entretanto, no artigo estruturado por Pyatak *et al* (2018), observou-se que 75% dos pacientes analisados tinham diabetes tipo 1, assim, mostra-se que nem todas as abrangências têm predominância de diabéticos tipo 2.

Tabela 1 - Número de diabéticos tipo 1 e 2 e análise do ano em que foi feito o diagnóstico.

Variáveis	n	%
Diabetes		
Tipo 1	3	5,3
Tipo 2	54	94,7
Descoberta do diagnóstico		
Pandemia (2019-2022)	18	31,6
Outros anos	39	68,4

Fonte: Dados da pesquisa.

É necessário cuidado com alimentação, exercício físico, para manter-se em adequado peso, assim as chances de adquirir resistência insulínica são mais baixas, que é um fator primordial para que comece o estado de pré-diabetes. A resistência à insulina é a chave para a instalação do diabetes mellitus tipo 2, e ocorre em todos os tecidos dependentes de insulina como fígado, músculo e tecido adiposo (MACIEL *et al*, 2018). Ou seja, a maioria dos casos revela progressões externas ao indivíduo, que podem ser modificadas e melhoradas conforme sua evolução e força de vontade.

Por outro lado, não são apenas os fatores extrínsecos que corroboram para o aparecimento do diabetes tipo 2, também ocorre influência de casos familiares, outras comorbidades, que na maioria das vezes não podem ser freadas. Entretanto, nesses casos, deve-se ter maior atenção em relação ao possível surgimento da doença.

Sob o viés do diagnóstico, observou-se que o período da pandemia do COVID-19 (2019- 2022), o qual foi um processo de isolamento social, teve grande quantidade de descoberta de diagnósticos, se for comparado com outros anos. Correlaciona-se a isso a importância da atividade física, bem como da alimentação saudável. Na pandemia, as pessoas apenas ficavam em casa, diminuindo, dessa forma, a realização de atividades físicas e aumentando a ingesta alimentar, resultando no ganho de peso. Seguindo esse pensamento, outro estudo desenvolvido por Rodrigues *et al* (2020) analisa que o tempo de diagnóstico do diabetes mais frequente foi entre 6 meses e 5 anos (39,2%), fato que contribui para concluir-se que a pandemia foi um possível agravante.

4.2 MEDICAÇÃO

A medicação deve ser bem prescrita pelo médico, entretanto para ela realizar o resultado desejado deve ser usada conforme as orientações e ter boa adesão por parte do paciente. Com isso,

foi analisado dois tipos de terapias medicamentosas usadas no diabetes mellitus – antidiabéticos orais e insulinas.

Tabela 2 - Porcentagem de insulínodépendentes, juntamente com a inspeção do uso da medicação.

Variáveis	n	%
Insulínodépendentes	11	19,3
Antidiabéticos orais + insulina		
Uso correto	50	87,7
Uso irregular	4	7
Uso inadequado	3	5,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os questionados, tem-se que de 57 diabéticos, 11 deles utilizam insulina. Assim, pode-se concluir que 3 são diabéticos do tipo 1, uma vez que o tratamento desse tipo é feito, necessariamente, com insulina, e 8 são diabéticos do tipo 2. Portanto, pode-se analisar o tratamento feito por esses pacientes, que além dos antidiabéticos orais é associada medicação autoaplicável para obter um bom controle glicêmico. Em contrapartida, na análise de Côrrea *et al* (2017), a maioria dos pacientes (94,8%) fazia uso de insulina.

Enquanto isso, o uso correto da medicação também gera resultados satisfatórios ou não. Dessa forma, foi analisado como o uso da medicação estava sendo feito. Nesse viés, 87,7% utilizavam a medicação corretamente, enquanto 7% apontaram o uso irregular e 5,3% inadequado. Esses dados são alarmantes, uma vez que para o progresso do tratamento e consequente controle, deve-se ter uma preocupação em fazer a terapia medicamentosa correta, a fim de evitar complicações ou associação desnecessária de mais terapias. Soma-se ainda outro estudo exploratório, de Bernini *et al* (2017), o qual obteve dos pacientes maior aderência em tomar o número indicado de comprimidos e fazer o uso correto da medicação.

Pode-se observar, por exemplo, casos em que o paciente tem consciência da importância de um bom controle sobre a doença e das consequências, mas, ainda assim, não adere ao tratamento. Isso ocorre porque “não basta ter consciência da doença e suas repercussões, pois a doença física atinge diretamente o emocional e este não é determinado apenas por aspectos conscientes” (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Esse fato coloca em evidência o quanto é importante orientar adequadamente e acompanhar na UBS todos os pacientes diabéticos, sempre procurando que eles tenham acesso à medicação adequada, além de uma rede de apoio para conferir se o paciente está seguindo a posologia, conforme

prescrição médica.

4.3 FATORES PRIMORDIAIS DO TRATAMENTO

Sob esse prisma, foram analisadas diversas variáveis, como hemoglobina glicada, prática de exercício físico, alimentação, além de acompanhamento psicológico para saber lidar com a doença e todas as adversidades que ela traz consigo. Na hemoglobina glicada podemos ressaltar que 23 (53,5%) pacientes apresentaram um controle ideal. Dessa forma, o trabalho de toda UBS deve ser reconhecido, além do esforço do paciente para que as metas sejam atingidas.

Tabela 3 – Análise dos valores de hemoglobina glicada, número de diabéticos fisicamente ativos, números relacionados à qualidade alimentar e adeptos ao acompanhamento.

Variáveis	n	%
Hemoglobina glicada		
Ideal (<7%)	23	53,5
Limítrofe (7-8,5%)	14	32,6
Ruim (>8,5%)	6	13,9
Exercício físico		
Não pratica	34	59,6
1x na semana	3	5,3
2x na semana	10	17,5
3x na semana	10	17,5
Alimentação		
Saudável	47	82,5
Não saudável	10	17,5
Acompanhamento psicológico		
Já fizeram	3	5,3
Fazem	3	5,3
Nunca fizeram	51	89,4

Fonte: Dados da Pesquisa.

Já em valores limítrofes, entre 7 e 8,5%, 14 (32,6%) pessoas apresentavam o exame nessa condição, evidenciando que existem oportunidades de melhora, além de que, ele não indica que está totalmente ruim. Por conseguinte, Côrrea *et al* (2017) demonstraram que mais de 50% dos pacientes analisados apresentavam hemoglobina glicada >7%. Ou seja, nesse grupo é interessante intensificar os cuidados e orientações para que eles sejam beneficiados com diminuições dos valores na hemoglobina glicada.

Por último, 6 (13,9%) pacientes tiveram a hemoglobina glicada maior que 8,5% o que indica

que a terapia pode ser melhorada, ou, o mais interessante, é saber se a terapia está sendo seguida corretamente pelos pacientes. Visto que, não adianta todo um trabalho multiprofissional da Unidade Básica, sendo que o principal influenciador não consegue seguir as orientações do tratamento.

Comentando sobre a prática de atividade física, 34 (59,6%) não realizavam atividade física, enquanto 3 (5,3%) realizavam 1x na semana e 20 (35,0%) de 2 a 3 vezes na semana. Acredita-se que a associação da medicação com atividades físicas regulares fornecem melhores respostas terapêuticas. Esses dados corroboram com os encontrados por Côrrea *et al* (2017), os quais 53,8% dos diabéticos não realizavam nenhuma atividade física, fator que preocupa o sucesso do tratamento da doença.

Considerando a alimentação, a maioria relatou que tem consciência de que faz uma escolha saudável na hora de se alimentar, visto que a preocupação com a doença e outras comorbidades são levadas em predileção. Em contrapartida, no estudo de Côrrea *et al* (2017), 52,3% não seguiram uma dieta na hora de alimentarem-se.

No próximo quesito, relacionado a acompanhamento psicológico, são poucos os que fizeram ou fazem, uma vez que a maioria não é adepta, por estigma ou por não conseguirem acesso a esse serviço, mas ele é importante em pacientes que não conseguem aceitar o diagnóstico ou sentem a doença como um fardo, fato que vamos relatar mais adiante. Em um estudo de Santos *et al* (2019), verificou-se que domínios referentes ao componente físico afetaram mais a QV dos pacientes com DM do que os relacionados à saúde mental. Isso não justifica que o âmbito mental seja desprezado em pacientes diabéticos apenas por não afetar tanto a qualidade de vida como a parte física.

Frente ao índice alarmante e a cronicidade da enfermidade, o estudo volta-se para uma análise da qualidade de vida desses pacientes, a qual está, consequentemente, agravando-se em âmbito geral, dado pela ausência de atividades físicas, má alimentação e falta de conhecimento da doença, que leva uma pessoa a óbito em cada 10 segundos (MACIEL *et al*, 2018).

4.4 INCONVENIENTES

Desde a privação de alimentos mais calóricos e recheados de carboidratos, até a escolha certa de aplicar a insulina em locais públicos pode fazer com que a doença apresente aspectos inconvenientes. Não esquecendo ainda do sentimento de fardo ou peso em ter a doença, e ser o “escolhido” para portá-la. São esses os fatores que mais afetam psicologicamente os pacientes diabéticos.

Tabela 4 – Avaliação do diabetes no âmbito social: privação de alimentos e a doença como um fardo.

Variáveis	n	%
Privação de alimentos		
Concorda sempre	25	43,8
Concorda às vezes	11	19,3
Não concorda	21	36,8
Diabetes como um peso		
Concorda	26	45,6
Concorda às vezes	12	21
Não concorda	19	33,4

Fonte: Dados da Pesquisa.

Primeiramente, a privação de alguns alimentos sempre foi e será notória. Muitas vezes, ao invés de optar por ingerir algum doce, eles devem hesitar para que a glicemia não seja elevada. É importante esse autocontrole, mas 21 (36,8%) dos pacientes não concordaram que exista essa privação. Pode ser que seja por livre e espontâneo relaxo ou sensação falsa de que não irá mudar em nada no controle da doença. Às vezes isso não muda, significativamente, mas as consequências podem ser tardias, as quais são demonstradas nas complicações da doença. Em contribuição, o estudo de Ribas *et al* (2011) revelou sobre a alimentação de pessoas com DM e a relação existente entre proibição, desejo e transgressão, ao constatar que o desejo alimentar está sempre presente na vida do indivíduo com a doença, fazendo-o sofrer, reprimir-se, mentir, controlar e sentir culpa. A interdição de certos hábitos alimentares surge sempre que há um desejo que o indivíduo sente como de difícil controle.

Como se não bastasse, existem pacientes que não aceitam o diagnóstico e carregam a doença como um peso por toda vida. Não aceitam que tem a doença, ou ficam se perguntando o porquê aconteceu com eles. Dessa forma, 26 (45,6%) concordaram que a doença é um peso, fato que pode ser relevante enquanto seguimento da terapêutica do diabetes. Já no estudo de Bernini *et al* (2017), 19% dos pacientes não aceitam o diagnóstico, dado que se comparado ao presente estudo é menos relevante, mas ainda assim tem um papel importante na qualidade de vida, bem como no curso do tratamento.

Sob esse mesmo prisma, o emocional é constituído por aspectos mais profundos internamente e inconscientes, que podem impedir um bom controle da doença se esta não for internamente aceita (MARCELINO; CARVALHO, 2005). Com isso, observa-se o quão primordial é aliar o emocional ao tratamento da doença, para que a qualidade de vida seja cada vez mais beneficiada nessa associação

de condutas.

4.5 CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida é bem individualizado, por isso, abertamente, pediu-se aos entrevistados que discorressem sobre o que significava esse termo para eles. As respostas variaram entre “viver tranquilo”, “estar bem com a saúde” até “levar a vida sem restrições”, “acordar descansado, porque o diabetes cansa”, “poder fazer o que tem vontade de fazer”. Nesse quesito, alguns colocaram o diabetes como um empecilho, além de se preocuparem com o uso de medicações que alguns relataram, também responderam que qualidade de vida é não ter nenhuma doença.

Tabela 5 – Qualidade de vida, sono, relações interpessoais, saúde, suporte social com a doença foram classificados em diferentes adjetivos pelos diabéticos.

Variáveis	n	%
Qualidade de vida		
Muito boa	6	10,5
Boa	31	54,4
Razoável	15	26,3
Ruim	3	5,3
Muito ruim	2	3,5
Sono		
Muito bom	14	24,6
Bom	23	40,3
Razoável	8	14
Ruim	8	14
Muito ruim	4	7
Relações interpessoais		
Muito boa	23	40,3
Boa	24	42,1
Razoável	10	17,5
Ruim	0	0
Muito Ruim	0	0
Satisfação da saúde		
Muito satisfeito	6	10,9
Satisfeito	22	40
Razoavelmente satisfeito	18	32,7
Insatisfeito	8	14,5
Muito insatisfeito	1	1,8
Suporte social com a doença		
Muito bom	14	24,6
Bom	31	54,4
Razoável	11	19,3

Ruim	1	1,7
Muito Ruim	0	0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Com esse aspecto visto pelos pacientes, 31 (54,4%) classificaram a qualidade de vida como boa, enquanto 3 (5,3%) e 2 (3,5%) como ruim e muito ruim, respectivamente. Pelos dados, pode-se inferir que apesar da doença, a maioria dos pacientes relata estar satisfeito com a qualidade de vida que levam, mesmo muitos considerando apenas questões relacionadas a ter ou não alguma doença, especificamente o diabetes. Analisando o proposto por Miranzi *et al* (2008), 46,6% dos entrevistados avaliaram a qualidade de vida como “nem ruim, nem boa”.

Em relação ao sono, 23 (40,3%) dos pacientes consideraram o sono bom. Assim, foi possível analisar que quadros de insônia não vem afetando significativamente esses pacientes diabéticos que poderiam ter o sono desregulado caso realizassem o controle glicêmico noturno ou tivessem eventos de hipo/hiperglicemia conforme a noite passasse. As mesmas características foram relatadas por Miranzi *et al* (2008), visto que metade dos participantes relataram estarem satisfeitos com o sono. Dessa forma, pode-se concluir que a qualidade do sono não está interferindo de modo direto na estratificação da qualidade de vida.

Todavia, as relações interpessoais desses pacientes variaram bastante entre “boa” e “muito boa”, excluindo resultados desfavoráveis, como relações “ruins” ou “muito ruins”. Esse quesito corrobora muito com o prognóstico da doença, visto que, quanto melhor e maior a rede de apoio em relação ao paciente, melhor tende a ser seus resultados com o controle e estabilidade da doença. Nesse viés, o artigo desenvolvido por Miranzi *et al* (2008) apresentou também resultados favoráveis tratando-se das relações pessoais. Assim, 46,67% responderam estarem satisfeitos, e 36,67%, muito satisfeitos.

Somado a isso, o suporte da sociedade com a doença foi bem analisado entre os participantes, uma vez que 31 (54,4%) analisaram como “bom” o que a sociedade oferece para os diabéticos. Novamente, o estudo de Miranzi *et al* (2008), apresentou o maior escore do domínio, no qual 66,6% responderam estarem muito satisfeitos e 43,3% satisfeitos.

Por fim, os pacientes diabéticos entrevistados encontraram-se, no geral, razoavelmente satisfeitos com a saúde. Ademais, no artigo de Miranzi *et al* (2008), 30% também detém do mesmo pensamento sobre a satisfação com a saúde. Fator primordial para mantê-los na busca por novas melhorias a fim de contribuir com uma boa qualidade de vida por meio da melhora no âmbito da saúde, que deve advir dos próprios pacientes que estão percebendo uma chance de reinventar e contribuir com esse aspecto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar se era plausível não levar em consideração a qualidade de vida como primordial no sucesso do tratamento do diabetes. E, após encontrar tais dados que interferem e corroboram com a teoria de que a qualidade de vida pode sim influenciar na terapêutica da doença, torna-se, de modo essencial, buscar estudar e trazer melhorias na qualidade de vida, a fim de beneficiar outros aspectos da doença.

Assim, é possível concluir que investindo na qualidade de vida dos pacientes diabéticos, bem como orientando adequadamente todos os vieses que influenciam na doença, o cuidado passa a ser multimodal, além de permitir que o controle da doença aconteça precocemente, por meio da inserção desse cuidado. Por outro lado, se a qualidade de vida não é levada em consideração, não ocorre regressão na doença, que pode ficar estagnada ou piorar conforme o tempo passa.

Portanto, todo paciente diabético precisa investir em uma boa alimentação, na prática de exercícios físicos, ter acesso a um acompanhamento médico, psicológico, aceitar o diagnóstico para, a partir desses fatores, ter uma boa qualidade de vida e poder fazer tudo que uma pessoa que não tem DM faz.

REFERÊNCIAS

- BERNINI, L.S.; BARRILE, S. R.; MANGILI, A. F.; *et al.* O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. São Carlos, v. 25, n. 3, p. 533- 541, 2017.
- BRASIL, F.; BRASIL, A. M.B.; SOUZA, R. A. P.; *et al.* Desenvolvimento da versão brasileira resumida do Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil-8). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. p. 943-952, out-dez, 2015.
- BRASIL, F.; PONTAROLO, R.; CORRER, C. J. Qualidade de vida em adultos com diabetes tipo 1 e validade do DQOLBrasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v. 35, n. 1, p. 105-112, 2014.
- COCHRAN, J.; CONN, V. S. Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. **Diabetes Education**. p. 815-823, 2010.
- CORRÊA, K.; GOUVÊA, G. R.; SILVA, M. A. V.; *et al.* Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 921-930, mar, 2017.
- CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; MELCHORS, A. C.; *et al.* Tradução para o português e validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo. p. 515-522, 2008.

CRUZ, D. S. M.; COLLET, N.; NÓBREGA, V. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com DM1- revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. p. 973-989, mar, 2018.

GUTHRIE, D. W.; BARTSOCAS, C.; JAROSZ-CHABOT, P.; *et al.* Psychosocial issues for children and adolescents with diabetes: overview and recommendations. **Diabetes Spectrum**. v. 16, p. 7-12, 2003.

IMAYAMA, I.; PLOTNIKOFF, R. C.; COURNEYA, K. S.; *et al.* Determinants of quality of life in adults with type 1 and type 2 diabetes. **Health and Quality of Life Outcomes**. p. 109-115, dez, 2011.

JING, X.; CHEN, J.; DONG, Y.; *et al.* Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, set, 2018.

KOVACS-BURNS, K.; NICOLUCCI, A.; HOLT, R. I. G.; *et al.* Educational and psychological issues diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2): cross-national benchmarking of diabetesrelated psychosocial outcomes for people with diabetes. **Diabetic Medicine** p. 767–777, 2013.

MACIEL, C. L.; SANTOS, R. M.; LIMBORÇO, M.; *et al.* Impacto do diabetes tipo 1 e 2 na qualidade de vida do portador. **Revista Saúde em Foco**. n. 10, p. 378-393, 2018.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre. p. 72-77, 2005.

MARKLE-REID, M.; PLOEG, J.; FRASER, K. D.; *et al.* Community Program Improves Quality of Life and Self- Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 66, p. 263-273, nov, 2017.

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, p. 672-679, out-dez, 2008.

POLONSKY, W. H. Aspectos emocionais e da qualidade de vida do tratamento do diabetes. **Curr Diab Rep Lat Am**. p. 388-396, 2002.

POLONSKY, W. H. Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. **Diabetes Spectrum**. p. 36-41, 2000.

PYATAK, E. A; CARANDANG, K.; VIGEN, C. L. P.; *et al.* Occupational Therapy Intervention Improves Glycemic Control and Quality of Life Among Young Adults With Diabetes: the Resilient, Empowered, Active Living withDiabetes (REAL Diabetes) Randomized Controlled Trial. **Diabetes Care**. v. 41, ed 4, p. 696-704, abril, 2018. (PYATAK *et al.*, 2018)

RAYMAKERS, A. J. N.; GILLESPIE, P.; O'HARA, M. C.; *et al.* Factors influencing health-related quality of life in patients with Type 1 diabetes. **Health and Quality of Life Outcomes**. fev, 2018.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Interamerican Journal of Psychology**. v. 45, n. 2, p. 255-262, 2011.

RIBEIRO, J. P.; ROCHA, A. S.; POPIM, R. G. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro. p. 765-771, out- dez, 2010.

RODRIGUES, A. M. A. M.; CAVALCANTI, A. L.; PEREIRA, J. L. S. H.; *et al.* Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 3, p. 845-858, 2020.

RUBIN, R. R.; PEYROT, M. Quality of life and diabetes. **Diabetes Metabolism Research and Reviews**. p. 205-218, 1999

SANTOS, R. L. B.; CAMPOS, M. R.; FLOR, L. S. Fatores associados à qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 3, p. 1007- 1020, 2019.

VENKATARAMAN, K.; WEE, H. L.; LEOW, M. K. S. Associations between complications and health-related quality of life in individuals with diabetes. **Clinical Endocrinology**. p. 865-873, 2013.