

QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA DIABÉTICA

Tania Theodoro de Souza*
Luciana Santini*
Silvia Ayumi Wada*
Carolina Ferreira Vasco*
Miako Kimura**

SOUZA, T.T. de. et al. Qualidade de vida da pessoa diabética. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.31, n.1, p. 150-64, abr. 1997.

Trata-se de um estudo que teve por objetivos identificar o significado de qualidade de vida para a pessoa diabética, reconhecer os aspectos mais influenciados pela doença e o seu grau de satisfação com a vida. Participaram do estudo 46 pacientes diabéticos, adultos, de ambos os sexos, em tratamento ambulatorial. Os resultados obtidos demonstraram que o significado de qualidade de vida relacionou-se, prioritariamente, ao bem estar físico (54,5%), à estabilidade sócio-econômica (26,0%) e ao bem-estar psico-emocional e espiritual (16,9%). Os aspectos mais afetados pela doença foram: trabalho, estudo e atividades do lar (38,5%), capacidade física (25,6%) e relacionamento familiar (10,3%). Quanto ao grau de satisfação com a vida, a maioria dos pacientes (66,6%) considerou-se satisfeita ou muito satisfeita. Ressalta-se a importância de que, na assistência à pessoa diabética, seja considerada a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

UNITERMOS: Qualidade de vida, Diabetes Mellitus.

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é um problema universal, que vem afetando populações de vários países em todos os estágios de desenvolvimento. Nas últimas décadas, sua importância vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da esperança de vida, industrialização, sedentarismo, obesidade, dietas hipercalóricas e ricas em açúcares, entre outros (BRASIL, 1993).

* Alunas do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem da USP.

** Orientadora do trabalho. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médica-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,1993), devem existir na população brasileira cerca de 4.500.000 diabéticos, dos quais aproximadamente 450.000 em uso de insulina. Além disso, estima-se que em torno de 2.000.000 de indivíduos desconhecem a sua condição de diabético, e que provavelmente, muitos só serão identificados ao apresentar uma condição crônica e irreversível da doença. Ressalta-se, ainda, um aumento da prevalência de diabéticos nas regiões Sul e Sudeste, que por serem as mais industrializadas, estão intimamente relacionadas às doenças crônico-degenerativas.

A média geral encontrada em nove capitais brasileiras (7,60%) é pouco superior à observada na população dos Estados Unidos, que é de 6,6%, onde o diabetes é considerado um problema de saúde pública. Vale a pena ressaltar que a magnitude da prevalência do diabetes desse país norte americano foi superada pelos resultados das cidades do Rio de Janeiro (7,47%), São Paulo (9,66%) e Porto Alegre (8,89%), (BRASIL,1993).

Estes dados tornam-se particularmente relevantes quando observamos que numa população economicamente instável como a brasileira, onde o sistema de saúde frequentemente convive com múltiplas crises financeiras e déficit na captação de recursos, existe um grande contingente de indivíduos com moléstias não diagnosticadas ou não tratadas adequadamente. Este fato tem levado a um aumento de internações hospitalares, assim como a uma elevada taxa de pagamentos de seguros e benefícios por incapacidade física.

A incapacidade física, no diabético, decorre do desenvolvimento de lesões crônicas nos vasos sanguíneos e nervos, afetando principalmente rins, retina, artérias, cérebro e nervos periféricos. Além disso, a pessoa diabética está sujeita a complicações de natureza aguda caracterizadas por crises de hipo ou hiperglicemia (cetoacidose), (CHATTON,1983; BEVILAQUA et al,1989; GREGG;ROBERTUS;STONE,1989; CHACRA,1991). Paralelamente, a pessoa diabética pode enfrentar dificuldades econômicas para adquirir alimentos e medicamentos, o que leva a problemas de adesão ao tratamento, bem como apresentar reações adversas à terapêutica adotada, contribuindo para o agravamento da doença. Exercem, também, papel importante no desenvolvimento de complicações a predisposição genética, doenças associadas como a hipertensão arterial e fatores ambientais, refletindo assim a somatória dos fatores psicossociais à própria fisiopatologia da doença.

O diabetes mellitus é considerado uma doença crônica marcada por longa duração e recorrência frequente da sintomatologia. Embora as doenças crônicas tenham um caráter de permanência, nem todas são fatais ou desencadeadoras de maiores males, quando devidamente controladas (TRENTINI et al, 1990-a).

Adaptar-se de maneira bem sucedida à doença crônica inclui a concepção de que a quantidade e a qualidade da vida valem o esforço da luta (CURTIN; LUBKIN, 1990).

BURCKHARDT et al (1989); THOMPSON, (1990); HELLER, (1991); LIPP;ROCHA, (1994) definem como qualidade de vida o conjunto de respostas

manifestadas pelos indivíduos aos fatores físicos, emocionais, sociais e econômicos com os quais interagem. GUTIÉRREZ (1985) explicita o conceito de qualidade de vida relacionando-o à capacidade de exercer funções da vida diária, à produtividade, à capacidade intelectual, à estabilidade emocional e à satisfação de viver. FERRANS; POWERS (1992) salientam que a satisfação com a vida, incluindo aspectos de interação familiar e social, desempenho físico e exercício profissional é um dos parâmetros importantes para a avaliação da qualidade de vida do indivíduo.

O paciente diabético é geralmente dependente de insulina ou hipoglicemiantes orais, de dieta específica e exercícios físicos rigorosamente controlados (GREGG; ROBERTUS; STONE, 1989). Podemos, assim, pressupor que a repercussão da doença sobre o seu modo de vida seja bastante significativa, uma vez que a adaptação a ela requer todo um conjunto de mudanças nos hábitos e no cotidiano deste indivíduo (CURTIN; LUBKIN, 1990).

Na tentativa de conhecer de forma mais global as condições de vida da pessoa diabética na convivência com sua doença, estabelecemos como objetivos específicos deste trabalho:

1. identificar o significado de “qualidade de vida” para a pessoa diabética;
2. reconhecer em que aspectos de sua vida o diabetes causou maior influência;
3. identificar o seu grau de satisfação com a vida .

2 METODOLOGIA

2.1 Local de Pesquisa

O presente estudo foi realizado no Ambulatório de Clínica Médica de dois hospitais gerais, públicos e de ensino do Município de São Paulo.

2.2 População de estudo

Foram incluídos no estudo 46 pacientes diabéticos, adultos, de ambos os sexos, vinculados a grupos específicos de tratamento do diabetes mellitus, grupos estes integrados aos ambulatórios dos hospitais citados.

Os critérios de inclusão dos pacientes foram: estar presentes no ambulatório para consulta médica nos dias determinados para coleta de dados e concordar em participar do estudo.

2.3 Coleta de Dados

2.3.1 Instrumento

As informações pertinentes ao estudo foram obtidas por meio de um formulário composto por três partes (ANEXO I). A primeira parte incluiu os

seguintes dados de identificação: nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, situação empregatícia, renda familiar e número de dependentes. Na segunda, constaram dados relativos ao diagnóstico e tratamento, como: tipo de diabetes, sinais, sintomas e complicações e regime de tratamento atual. A terceira parte destinou-se à obtenção de dados específicos sobre qualidade de vida e o grau de satisfação com a mesma, na perspectiva dos pacientes entrevistados. O instrumento foi submetido a um teste prévio, com ajustes necessários quanto ao seu conteúdo.

2.3.2 Procedimento

A coleta de dados foi realizada em outubro de 1994, após autorização formal das chefias de enfermagem dos ambulatórios, campos de pesquisa.

Os formulários foram preenchidos mediante entrevista realizada pelas autoras do estudo, no próprio ambulatório, durante o período que antecedeu a consulta médica ou após a mesma. Ao primeiro contato, as entrevistadoras identificavam-se junto ao paciente, esclarecendo-o sobre os objetivos do estudo e o caráter facultativo de sua participação. Os registros dos depoimentos foram feitos durante as entrevistas, cujo tempo médio de duração foi de 20 minutos.

2.4 Tratamento Estatístico

Os dados foram analisados em números absolutos e percentuais.

3 RESULTADOS

3.1 Dados de Identificação

Tabela 1. Distribuição dos pacientes entrevistados segundo idade e sexo. São Paulo, 1994

Idade	SEXO					
	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20-30	3	6,5	2	4,3	5	10,9
31-40	2	4,3	2	4,3	4	8,7
41-50	7	15,2	1	2,2	8	17,4
51-60	8	17,4	7	15,2	15	32,6
61-70	6	13,0	6	13,0	12	26,1
71-80	1	2,2	1	2,2	2	4,3
TOTAL	27	58,7	19	41,3	46	100,0

Pelos dados da Tabela 1, observa-se que, dos 46 pacientes entrevistados, 27 (58,7%) eram do sexo masculino e 19 (41,3%) do sexo feminino. Para ambos os sexos, a faixa etária predominante foi a compreendida entre 51 a 70 anos (58,7%), sendo que 32,6% dos pacientes tinham idade entre 51 e 60 anos. A maior frequência de pacientes com idade superior a 50 anos corrobora os dados estatísticos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1983), que constataram um aumento da frequência do diabetes mellitus após esta idade, em razão da crescente tendência de envelhecimento populacional observado atualmente no país.

Em relação ao estado civil, a grande maioria dos pacientes era casada (67,4%), havendo também, em igual frequência, pacientes solteiros e viúvos (13,0%). Os demais (6,6%) eram separados.

No que se refere ao número de dependentes, 41,3% dos entrevistados tinham entre 2 e 3 dependentes, 37,0% possuíam 1 ou nenhum, 17,4%, de 4 a 5 e 4,3%, mais de 05 dependentes.

Quanto a escolaridade, o maior contingente (60,9%) era de pacientes não alfabetizados ou com primeiro grau incompleto; 8,7% dos pacientes informaram ter concluído o primeiro grau, havendo também pacientes que cursaram até o segundo e terceiro graus (17,4% e 13,0% respectivamente).

Para a análise das ocupações utilizou-se a classificação proposta por FONSECA (1967), com adaptações para este trabalho.

Com este referencial, observamos a predominância de pacientes com ocupações de natureza manual, especializadas ou não (65,2%); 26,1% dos pacientes não tinham ocupação definida, sendo incluídos nesta categoria, os estudantes, desempregados e aposentados. Um dos pacientes (2,2%) não informou sua ocupação.

Com relação à renda familiar, 05 pacientes não souberam informar sobre este dado. Com base nas informações de 41 pacientes, verificou-se um predomínio daqueles com renda compreendida entre 01 e 03 salários mínimos (SM) (34,0%); 27,0% dos informantes recebiam entre 07 e 09 SM, seguidos de 22,0% que tinham rendimento de 10 ou mais SM, e de 17,0% com uma renda de 04 a 06 SM.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), o diabetes mellitus acomete igualmente todos os níveis sócio-econômicos da população, não sendo uma doença das classes mais favorecidas como habitualmente se pensa.

3.2 Dados do diagnóstico e tratamento

Para análise dos tipos de diabetes, os pacientes foram categorizados em dois grandes grupos: os diabéticos do tipo I, ou insulino-dependentes e os do tipo II, não insulino-dependentes (CHACRA, 1991). Na população entrevistada predominaram os do tipo II, equivalendo a 78,3% dos pacientes, enquanto que os do tipo I corresponderam a 21,7%. Estatísticas revelam que, entre os diabéticos em geral, o diabetes do tipo II é sempre mais frequente do que o do tipo I, fato

que também ocorreu entre a população do presente estudo. Segundo BRUNNER; SUDDARTH (1985), o diabetes mellitus insulino-dependente (DMID) corresponde a um percentual entre 5% a 10% de todos os diabéticos e o não insulino-dependente (DMNID), entre 90% a 95%.

Em relação ao tempo de diagnóstico, prevaleceram 29 pacientes com até 10 anos de identificação da doença (66,0%) e 10, com 20 anos de diagnóstico (23,0%). Houve 02 pacientes (4,5%) com diagnóstico estabelecido há menos de 01 ano; 02 (4,5%) há 40 anos e 01 paciente (2,0%) diagnosticado há 50 anos, dados estes que confirmam a cronicidade da doença.

Tabela 2. Sinais e sintomas relatados pela população de estudo. São Paulo, 1994

Sinais e Sintomas	Nº	%
Polidipsia	27	28,0
Poliúria	19	19,6
Cansaço/Fraqueza	11	11,3
Emagrecimento	08	8,2
Náuseas/Mal estar	07	7,2
Sudorese	07	7,2
Desmaio	07	7,2
Diminuição/Perda função visual	06	6,2
Polifagia	05	5,1
TOTAL	97*	100,0

* Média de 2.1 indicações por paciente.

Observa-se, na Tabela 2, que os sinais e sintomas mais freqüentemente relatados pela população de estudo foram a polidipsia (28,0%) e a poliúria (19,6%), seguidas de cansaço/fraqueza (11,3%) e emagrecimento (8,2%). Tais problemas, assim como os demais mencionados na Tabela 2, são típicas manifestações do diabetes mellitus, podendo ocorrer de forma isolada ou simultânea (MARCONDES, 1989).

Indagados sobre o regime do tratamento atual, 23 pacientes (50,0% dos entrevistados) referiram a utilização de insulina; 18 (39,1%), a utilização de hipoglicemiantes orais; 03 pacientes (6,5%) utilizavam simultaneamente insulina e hipoglicemiantes orais e apenas 02 pacientes (4,4%) não necessitavam de terapêutica medicamentosa, controlando o diabetes somente com dieta e/ou exercício físico (caminhada).

3.3 Dados sobre Qualidade de Vida e Grau de Satisfação

Tabela 3. Categorias de significados de qualidade de vida atribuídos pela população de estudo. São Paulo, 1994

Categorias de significados	Nº	%
Bem-estar físico	42	54,5
Estabilidade sócio-econômica	20	26,0
Bem-estar psico-emocional e espiritual	13	16,9
Outros (lazer e auto-estima)	02	2,6
TOTAL	77*	100,0

* Média de 1,7 indicações por paciente.

Os dados da Tabela 3 demonstram que, para as pessoas diabéticas deste estudo, o significado de qualidade de vida foi relacionado, principalmente, ao seu bem-estar físico (54,5% das indicações). Foram considerados como indicativos desta categoria, “viver com saúde” (31,1%), “ter condições de trabalhar” (10,3%), “conseguir controlar a doença” (7,9%) e “poder alimentar-se sem restrições” (5,2%). A menção de tais aspectos parece indicar que, para os pacientes deste estudo, o bem-estar físico pode ser interpretado como ausência da doença ou de seus sintomas e limitações.

Segundo TRENTINI et al (1990-b), a qualidade de vida pode ser influenciada pela percepção que um indivíduo tem sobre seu estado de saúde. Esta afirmação reforça o fato de que, para os entrevistados, “estar saudável” foi um fator considerado importante para sua qualidade de vida.

O segundo aspecto mais citado foi o sócio-econômico com 26,0% das indicações. Dentre estas, ter estabilidade financeira (19,5%) prevaleceu como a mais frequente. A possibilidade de estar inserido em um trabalho remunerado é um fator fundamental, não somente para a segurança e a auto-estima dos indivíduos, mas também para garantir a sua sobrevivência e a de seus dependentes. O outro significado atribuído à qualidade de vida pelos pacientes foi o bem-estar psico-emocional e espiritual (16,9%), vinculado ao fato de terem relacionamento familiar harmônico (10,4%), paz espiritual (3,9%) e apoio religioso (2,6%). Lazer e auto-estima foram também mencionados como aspectos relacionados à qualidade de vida. Concordamos com CURTIN; LUBKIN (1990) na afirmação de que todos estes aspectos (físico, emocional, espiritual e sócio-econômico) não podem ser dissociados quando se pensa em qualidade de vida, pois são partes inter-relacionadas e interdependentes da condição humana.

Tabela 4. População de estudo, segundo aspectos mais influenciados pelo diabetes. São Paulo, 1994

Aspectos	Nº	%
Trabalho/estudo/atividades do lar	15	38,5
Capacidade física	10	25,6
Relacionamento familiar	04	10,3
Alimentação	03	7,7
Independência/auto-cuidado	02	5,1
Recreação e lazer	02	5,1
Outros (segurança no atendimento médico, sexualidade e auto-imagem)	03	7,7
TOTAL	39	100,0

Dos 46 pacientes entrevistados, 07 (15,2%) informaram que não houve influência do diabetes em quaisquer dos aspectos de sua vida. Assim, os dados desta Tabela referem-se aos 39 pacientes que, de alguma forma, sofreram alterações em decorrência da doença. Podemos observar que a área relacionada ao trabalho, estudo e atividades do lar foi referida por 15 pacientes (38,5%), para os quais a doença influenciou causando limitação física, necessidade de ausentar-se ou retirar-se mais cedo do trabalho, problemas visuais, nervosismo e conflitos com o patrão, havendo ainda aqueles que referiram problemas sócio-econômicos devido ao afastamento do trabalho.

A capacidade física foi a segunda área mais influenciada pelo diabetes, citada por 10 pacientes (25,6%). As justificativas apontadas para esta influência foram a diminuição da capacidade e o cansaço físico , além de emagrecimento, fraqueza e desânimo.

Embora em menor freqüência, outros aspectos também foram citados, como relacionamento familiar (10,3%); alimentação, (7,7%); recreação/lazer (5,1%) e independência/auto-cuidado (5,1%). A assistência médica, sexualidade e auto-imagem também foram citados por 3 entrevistados (7,7%).

De acordo com estudo de TRENTINI et al (1990 - b), os indivíduos com doenças crônicas (entre elas o diabetes) e suas famílias, deverão adaptar-se a várias mudanças tais como perda na capacidade física e no trabalho.

A partir dos resultados observados na Tabela 4 , pressupomos que a confirmação de uma condição crônica de doença tende a afetar aspectos sociais, psicológicos, físicos e econômicos da vida de uma pessoa. Problemas como conflito de independência e auto cuidado, auto-imagem, alimentação e alteração na sexualidade também são fatores inevitavelmente enfrentados por pacientes portadores do diabetes. O objetivo da terapêutica para a maioria dos indivíduos em condições crônicas não é a cura, mas sim a redução da severidade da doença ou a detenção de sua progressão. Estes indivíduos só poderão alcançar essa

meta se enfrentarem da maneira mais positiva possível as inúmeras condições inerentes à situação de pessoa com doença crônica, as quais incluem: conhecer a doença, modificar sua rotina diária, ajustar-se aos relacionamentos sociais, enfrentar perdas, adaptar-se a mudanças no papel social, seguir o tratamento e controlar os sintomas físicos.

Acreditamos que fatores como o tempo de contato com o paciente e o próprio ambiente da coleta de dados possam, de alguma forma, ter influenciado nas respostas dos entrevistados. Entretanto, foi interessante observar uma indicação espontânea da sexualidade como área afetada pelo diabetes. Sabe-se que a cronicidade da doença pode ter sério impacto na esfera sexual, o que pode resultar em disfunção. Ocasionalmente, a impotência sexual pode ser um dos primeiros sintomas que leva à suspeita de que o paciente seja diabético. A incidência de impotência entre os pacientes com diabetes de longo período é de 50 a 60% (KOLODNY et al., 1974; CAMPBELL; CLARK, 1975 apud GREGG; ROBERTUS; STONE, 1989).

Tabela 5. Distribuição dos pacientes segundo o seu grau de satisfação com a vida. São Paulo, 1994

Grau de satisfação	Nº	%
Satisfeito	18	40,0
Muito satisfeito	12	26,6
Indiferente	7	15,6
Insatisfeito	7	15,6
Muito insatisfeito	1	2,2
TOTAL	45	100,0

Dentre os 46 pacientes, um não respondeu sobre o seu grau de satisfação com a vida. Dos 45 respondentes, 30 (66,6%) consideraram-se muito satisfeitos ou satisfeitos. Houve 07 indivíduos (15,6%) que se disseram indiferentes ; e outros 07 (15,6%), insatisfeitos; apenas 01 entrevistado (2,2%) considerou-se muito insatisfeito.

Pesquisas prévias têm verificado que o grau de satisfação com a vida está relacionado com a quantidade e qualidade de interações sociais, satisfação com os relacionamentos conjugais, condições sócio-econômicas, estado de saúde, grau de independência, oportunidade de selecionar metas pessoais, e disponibilidade de recursos para alcançar os objetivos pessoais (GREGG; ROBERTUS; STONE, 1989). Isto pôde ser constatado no presente estudo, pois aqueles que consideraram-se muito satisfeitos ou satisfeitos (66,6%) apresentaram justificativas relacionadas ao fato de ter saúde e o diabetes controlado; ter relação familiar harmônica; conseguir suprir as necessidades da família, estar trabalhando, aceitar e enfrentar a doença, dar maior valor à vida, crer em Deus

e ter maior esperança de vida. Estes fatores estão entre aqueles que os pacientes deste estudo consideraram significativos para uma vida com qualidade, conforme se observou na Tabela 3.

WHITE (1982) apud GREGG; ROBERTUS; STONE (1989) estudou o nível de satisfação com a vida de 57 adultos diabéticos dependentes de insulina e verificou que não havia diferença significativa com o de pessoas portadoras de doenças não crônicas. Constatou, também, que o nível de satisfação com a vida destas pessoas estava positivamente relacionado com o número de atividades envolvidas (por exemplo: artes, hobbies, viagens, igreja, esporte), com o grau de envolvimento nessas atividades, sucesso no controle da doença, ausência de complicações, e ausência de sinais de depressão ou ansiedade. Tais aspectos também puderam ser observados nas respostas dos entrevistados.

Sete pacientes (15,6%) consideram-se indiferentes em relação ao diabetes por estarem resignados com a doença e por não serem os únicos com o problema. Outros 07 indivíduos (15,6%) referiram estar insatisfeitos, sendo que as causas dessa insatisfação foram: sintomas da doença interferindo na vida pessoal, problemas familiares, e problemas financeiros. Vale ressaltar que somente 01 pessoa (2,2%) manifestou estar muito insatisfeita com seu *modus vivendi*, com a seguinte afirmação: “não posso comer o que desejo e dependendo da insulina”.

Pudemos constatar, no presente trabalho, que pessoas com diabetes não são necessariamente menos satisfeitas com sua qualidade de vida, fato também observado por LUDMAN; ASPLUND; NORBERG (1990). Estes autores relatam, inclusive, que muitos pacientes perceberam uma influência positiva da doença em suas vidas. Citam, como exemplo, um consumo de alimentos mais nutritivos na família e a adoção de um estilo de vida mais saudável. Relatam, também, que uma proporção significativa de pacientes sentiu que a doença lhes proporcionou um maior desenvolvimento psicológico.

5 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos demonstraram que, para os pacientes diabéticos, deste estudo, ter qualidade de vida significou prioritariamente ter bem-estar físico (54,5%), ter estabilidade sócio-econômica (26,0%), ter bem-estar psico-emocional e espiritual (16,9%), enquanto que para outros, o lazer e a auto-estima foram pontos significativos.

Os três aspectos mais afetados pela presença do diabetes, segundo os entrevistados, foram trabalho/estudo/atividades do lar (38,5%), capacidade física (25,6%) e relacionamento familiar (10,3%). A limitação física e a necessidade de ausentar-se ou sair mais cedo do trabalho, foram as formas mais referidas de influência sobre o aspecto trabalho/estudo/atividades do lar. Sobre a capacidade física, a interferência ocorreu pela sua diminuição, pelo cansaço físico,

emagrecimento, fraqueza e desânimo. O relacionamento familiar foi afetado devido ao “nervosismo” que os pacientes relataram pelo fato de terem a doença.

Em relação ao grau de satisfação com a vida, a maioria dos entrevistados considerou-se satisfeita ou muito satisfeita, enquanto que um menor número de pacientes declarou-se indiferente ou insatisfeito com a vida. Apenas um paciente disse estar muito insatisfeito. Foi possível verificar que o grau de satisfação com a vida relacionou-se, sobretudo, às condições de saúde, à relação familiar harmônica e à resolução de problemas financeiros, familiares e de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como qualidade de vida entendemos o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetivo, profissional e a que se refere à saúde (LIPP; ROCHA, 1994). O equilíbrio no atendimento das necessidades de cada um desses aspectos pode fazer com que um indivíduo sintam-se bem com a vida.

Os pacientes estudados relacionaram o significado de qualidade de vida mais intensamente com as três áreas a seguir: bem-estar físico, boas condições sócio-econômicas e bem-estar psíquico-emocional-espiritual. É importante salientar que o significado de qualidade de vida é extremamente subjetivo; depende de todo um contexto de vida pessoal, relacionando-se também a fatores como sexo, idade, inserção social, padrão cultural, entre outros. De maneira geral, a maioria dos pacientes declarou estar satisfeita com a vida, mesmo sentindo a influência da doença em áreas como o trabalho/estudo/atividade do lar, capacidade física e relacionamento familiar. Este sentimento de satisfação deve-se, talvez, ao fato de que os indivíduos possuíam compensações que os ajudavam a superar as dificuldades da doença, como por exemplo:

“... eu tenho de tudo, graças a Deus, eu tenho uma família que me apoia em tudo; no caso da doença, eu tenho os médicos a quem eu posso recorrer...”

“... tenho minha família, meus netos que me dão alegria, me dão satisfação.”

Ser diabético significa vivenciar uma profunda transformação em seu mundo, aprender a viver com certas limitações e com situações que exigem domínio físico e psíquico de si mesmo. Poucas doenças crônicas requerem do paciente um grau tão elevado de atenção e auto-monitorização quanto o diabetes. A pessoa deve manter sempre um controle do nível glicêmico, uma dieta especial, injeções de insulina e o controle do stress e das atividades físicas. Apesar disso, há sempre a ameaça de descompensação (BAPTISTA, 1992).

Por tudo isso, é fato comum que pessoas diabéticas necessitem também de apoio psicossocial. Tal suporte pode ser oferecido de várias formas e vir da

família, amigos, outros diabéticos ou profissionais de saúde. O apoio psicossocial tem sido visto como um elemento crítico no sucesso do controle do diabetes. A disponibilidade de apoio da família e amigos está ligada à diminuição da mortalidade e controle da doença (GREGG; ROBERTUS; STONE, 1989).

Como profissionais de saúde, precisamos conhecer estes pacientes em sua totalidade, se o objetivo é de ajudá-los; não devemos restringir nossa atuação apenas aos procedimentos técnicos ou à doença. A crença e o amor à vida e certas potencialidades que a pessoa certamente possui devem estar sendo sempre estimulados, pois da sua atitude positiva é que dependerá, fundamentalmente, a qualidade de vida. É necessário, portanto, que, no contato com estes pacientes, sejamos capazes de ampliar a nossa visão assistencial, integrando a ela a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAPTISTA, M.E.C. Fenomenologia do existir do diabético. Ribeirão Preto, 1992. 99p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BEVILAQUA, F. et al. Fisiopatologia Clínica. 4.ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1989.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação de doenças cardiovasculares no Brasil- SUS: dados epidemiológicos e assistência médica. Brasil, Ministério da Saúde, 1993.
- BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. 5.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.
- BURCKHARDT, C. S. et al. Quality of life of adults with chronic illness: psychometric study. Res. Nurs. Health, n.12, p.347-54, 1989.
- CHACRA, A.R. Diabetes Mellitus. In: PRADO, F.C.; RAMOS, J.A.; VALLE, J.R. do Atualização Terapêutica. 15.ed. São Paulo, Artes Médicas, 1991. p. 447-54.
- CHATTON. Diagnóstico e tratamento. São Paulo, Atheneu, 1983.
- CURTIN, M.; LUBKIN, I.M. What is chronicity? In Chronic illness: impact and interventions. 2.ed. Jones ;Bartlett, 1990. Cap.I.
- FERRANS, C.E.; POWERS, M.J. Psychometric assessment of the quality of life index. Res. in Nurs. Health, v.15,p.29-38, 1992.
- FONSECA, G. T. Modelo para uma classificação de ocupações. Rev. Bras. Est. Pedag., v. 48,n. 107, p. 274-311, 1967.
- GREGG, C.H.; ROBERTUS, J.L.; STONE, J.B. Psychological aspects of chronic illness. Springfield, Charles C. Thomas, 1989.

GUTIÉRREZ, J.V. La calidad de vida en el cardiopata. Arch. Inst. Cardiol. Méx. v.56. p. 277-82, 1986.

HELLER, A. Sociologia de la vida cotidiana. 3.ed. Barcelona, Península, 1991.

LIPP, M.; ROCHA, J.C. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. Campinas, Papirus, 1994.

LUNDMAN, B.; ASPLUND, K.; NORBERG, A. Living with diabetes: perceptions of well being. Res. Nurs. & Health, n.13, p.255-62, 1990.

MARCONDES, M. et al. Clínica médica: propedéutica e fisiopatologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1989.

THOMPSON, J. M. Quality of life after conventional ileostomy in NSW. WCETJ., p. 8-14, 1990.

TRENTINI, M. et al. Mudanças no estilo de vida enfrentados por pacientes em condições crônicas de saúde. Rev. Gaúcha Enf. v.11, n.1, p.18-28, 1990 (a).

TRENTINI, M. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares, crônicas e diabetes mellitus. Rev. Gaúcha Enf., v.11, n.2, p. 20-7, 1990 (b).

ANEXO I

Instrumento para coleta de dados

I. Dados de Identificação

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____
Estado Civil: _____ Escolaridade: _____ Ocupação/Profissão: _____
Situação Empregatória: _____ Renda Familiar: _____ Nº de dependentes: _____

II. Dados de diagnóstico e tratamento

Tipo de diabetes: _____ Tempo de diagnóstico: _____

Sinais, Sintomas e Complicações: _____

Regime de tratamento atual:

-Insulina: _____ -Hipoglicemiante Oral: _____

-Dieta Alimentar: _____ -Exercícios Físicos: _____

III. Dados sobre a qualidade de vida

-O que significa qualidade de vida para o (a) senhor (a) ?

-Dentre as áreas abaixo relacionadas enumere de 1 a 3, em ordem de prioridade crescente, as 3 áreas em que o diabetes causou maior influência. Justifique as opções assinaladas.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> trabalho/estudo/atividade do lar | <input type="checkbox"/> auto-imagem |
| <input type="checkbox"/> relacionamento familiar | <input type="checkbox"/> independência /auto-cuidado |
| <input type="checkbox"/> recreação e lazer | <input type="checkbox"/> outros _____ |
| <input type="checkbox"/> capacidade física | |

-De uma forma geral, qual o grau de satisfação com sua a vida atual?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> muito satisfeito | <input type="checkbox"/> Insatisfeito |
| <input type="checkbox"/> satisfeito | <input type="checkbox"/> muito satisfeito |
| <input type="checkbox"/> indiferente | Por quê? _____ |

Entrevistador: _____

Data: _____

The purposes of this study were to identify the meaning of the quality of life for the people who suffer from Diabetes Mellitus, to recognize the aspects which affect most their lives due to this disease and the degree of the satisfaction in their lives as well. Participated in this research forty-six (46) diabetic patients, adults of both sexes, who were in a policlinic for treatment. The results showed that the meaning of the quality of life had priority related to the physical well-being (54,5%), to the social and economical stability (26,0%), and to the spiritual and emocional well-being (16,9%). The most affected aspects due to this disease were: studying and home activities (38,5%) physical ability (25,6%) and family relationship (10,3%). Concerning about the degree of satisfaction with their lives, the majority of them (66,6%) considered themselves satisfied or very satisfied. It is worth while to point out the importance of considering the multidimensionality of the concept of quality of life while attending the diabetic person.

UNITERMS: Quality of life. Diabetes Mellitus.