

QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS ACOMPANHADOS EM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS ASSISTED IN A FAMILY HEALTH CENTER

Artigo Original

Adriana Ferreira Soares¹

Ana Débora Assis Moura²

Cristianne Soares Chaves³

Guldemar Gomes de Lima⁴

Shirley Cristiane Ramalho Bueno de Faria⁵

RESUMO

Objetivou-se investigar a qualidade de vida de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, acompanhados em um Centro de Saúde da Família. Estudo descritivo, com 20 portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrados por uma equipe de Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, e os dados submetidos à análise de conteúdo. Verificou-se que a idade variou de 22 anos a maiores de 80 anos; em sua maioria do sexo feminino, com cônjuge, ensino fundamental incompleto, renda através de aposentaria ou auxílio doença; e a neuropatia como comprometimento predominante. Os fatores que interferem na qualidade de vida estavam relacionados ao desconforto, locomoção, e perda da capacidade funcional. Os cui-

dados dispensados a essa população devem visar à prevenção de complicações e, quando presentes, intervir com cuidados para facilitar o manejo das mesmas e alcance de uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade De Vida; Diabetes Mellitus; Saúde Da Família.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the quality of life of people with Type 2 Diabetes Mellitus assisted in a Family Health Center. A descriptive study conducted with 20 patients with type 2 diabetes registered by a Family Health team in Fortaleza, Ceará, Brazil. Data collection occurred in October 2011 through

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF).

² Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES/Buenos Aires-Argentina). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: rosavida04@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela UCES/Buenos Aires – Argentina. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁴ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UFC

semi-structured interviews and data were submitted to content analysis. It was verified that the age ranged from 22 to 80 years and older; predominantly female; married; incomplete primary education; income from retirement or illness aid; and neuropathy as predominant impairment. Factors that affect their quality of life were related to comfort, mobility, and loss of functional capacity. The care provided to this population should seek to prevent complications and, if present, implement actions to facilitate its management and achieve a better quality of life.

Keywords: Quality Of Life; Diabetes Mellitus; Family Health.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) atinge um grande número de pessoas em todo o mundo. Faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), resultado de defeitos na secreção de insulina e/ou na ação desta. É uma doença crônica grave que traz sérias complicações, como disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos⁽¹⁾.

Os tipos mais frequentes são diabetes mellitus tipo 1 (DM1), antes conhecido como diabetes juvenil, e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal⁽¹⁾.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões no ano 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil, existem aproximadamente cinco milhões de diabéticos, e 50% deles não conhecem o diagnóstico⁽¹⁾.

Segundo a presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes no Ceará (SBD-CE), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que, no Ceará, 380 mil pessoas tenham diabetes, sendo que 115 mil estão em Fortaleza⁽²⁾.

O aumento da mortalidade no diabetes está associado ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas, como hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar; e crônicas, como retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica⁽³⁾.

Na saúde pública, o diabetes mellitus configura-se um grande problema, causando impacto principalmente relacionado a complicações crônicas decorrentes da doença, que frequentemente tem caráter incapacitante, comprometendo a qualidade de vida de seus portadores, necessitando de demanda profissional qualificada⁽³⁾.

A vivência da cronicidade do diabetes mellitus exige mudanças de comportamentos que possam contribuir para o de-

envolvimento e agravamento do aspecto crônico. Estudos sugerem que a qualidade de vida diminui à medida que o número de complicações crônicas que o doente possui aumenta⁽⁴⁾.

Para a enfermagem torna-se relevante obter informações de como esta população está lidando com a patologia e com as complicações advindas dela. Pois além do avanço no conhecimento, pode-se obter estratégias de Educação em Saúde para a população estudada, possibilitando uma melhoria na qualidade de vida das pessoas por meio da formulação e da avaliação das políticas e dos programas de saúde pública.

Pretende-se que este estudo possa trazer reflexões para a sociedade em geral, observando a falta de conhecimento das complicações decorrente da doença, e para o grupo específico, o ensinamento de como viver e manejar a doença na forma como se apresenta, exigindo modificações no contexto de seu estilo de vida. Portanto, este estudo tem como objetivo investigar a qualidade de vida de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, acompanhados em um Centro de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. Os estudos qualitativos respondem a questões particulares, direcionadas ao longo do seu desenvolvimento, preocupando-se com a realidade e trabalhando com a natureza dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes⁽⁵⁾. A pesquisa em enfermagem se destina a gerar conhecimento, orientando à prática da enfermagem e melhorando o atendimento e a qualidade de vida dos pacientes. A finalidade é conduzir o pesquisador neste tipo de investigação aprofundando as dimensões, as variações, a importância dos fenômenos⁽⁶⁾.

A coleta de dados se deu por visitas domiciliares realizadas a pacientes cadastrados em um Centro de Saúde da Família, localizado na periferia da cidade de Fortaleza, Ceará. Os dados foram coletados no domicílio, após sua identificação junto à Equipe de Saúde da Família. O agente comunitário de saúde (ACS) da área adscrita acompanhou a pesquisadora durante a coleta de dados, que aconteceu no mês de outubro de 2011. Utilizou-se como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturado, que continha dados de identificação e questões norteadoras, com relação à moradia, locomoção, lazer, conforto e afetividade.

A entrevista semiestruturada é empregada quando o entrevistador utiliza um guia para garantir que todas as questões sejam abrangidas. O entrevistador tem a função de encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos constantes no guia⁽⁶⁾.

A população do estudo foi composta por 20 sujeitos, todos portadores de diabetes mellitus tipo 2, que apresentavam sequelas microvasculares, cadastrados pela Equipe de Saúde da Família. Os sujeitos foram identificados pelas suas iniciais, seguidas da idade.

Os resultados obtidos foram organizados e analisados através da análise de conteúdo, que pode abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁵⁾.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Dona Libânia, sob protocolo de nº 064/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos Sujeitos

Os sujeitos estavam na faixa etária entre 22 e 45 anos (3); 50 e 74 anos (14); e maiores de 80 anos (3). Os dados encontrados são pertinentes com a literatura, onde estudos mostram que a prevalência do Diabetes Mellitus tipo II encontra-se em indivíduos com idade superior a 35 anos.

Quanto ao gênero, houve predomínio do sexo feminino, com (12) sujeitos, em relação ao sexo masculino (8). O acometimento predominante entre a população feminina pode ser explicado pela demografia da população brasileira, constituída principalmente por mulheres, aumentando as chances de estas apresentarem um maior percentual de complicações, destacando ainda o tradicional cuidado que as mulheres têm em procurar os serviços de saúde.

O estudo realizado mostrou prevalência dos dois grupos no que se refere a complicações micro e macrovasculares. A representação feminina com complicações crônicas do diabetes mellitus constitui uma associação positiva, podendo estar a princípio relacionada à maior preocupação desse grupo com relação ao seu estado de saúde⁽⁴⁾.

No que se refere ao estado civil, constatou-se que 10 sujeitos eram casados, 7 viúvos e 3 separados. O estado civil mostra-se importante fator para doenças crônicas degenerativas, onde os indivíduos podem ser influenciados em relação ao autocuidado, dentro da dinâmica familiar. No estudo, dois grupos merecem destaque: os sujeitos casados, que foram representados por dez pacientes, e que, segundo o estudo, podem receber auxílio em cuidados com a medicação e hábitos alimentares; e para o grupo dos pacientes viúvos (7) e separados (3), o estudo revela⁽⁷⁾ um coeficiente mais elevado de mortalidade, uma vez que, por tenderem a ficar isolados, não contam com um companheiro(a) para auxiliar nos cuidados.

Com relação à escolaridade, percebeu-se: analfabetismo (3); ensino fundamental completo (2); ensino fundamental incompleto (10); ensino médio completo (1); ensino médio incompleto (2); e ensino superior incompleto (2). A baixa escolaridade, com 15 sujeitos do estudo, apresenta maior propensão ao desenvolvimento de complicações crônicas pelo diabetes, devido à falta de compreensão em relação ao tratamento, à adesão e ao autocuidado, que se torna fator dificultador para os portadores.

O baixo nível de escolaridade pode limitar ainda o acesso dos pacientes às informações e oportunidades de aprendizagem relacionadas aos cuidados dispensados à saúde, pois apresentam menor habilidade de leitura, escrita e compreensão. Este aspecto também pode diminuir a valorização, por parte dos pacientes, de ações preventivas e a procura por assistência médica⁽⁷⁾.

No que se refere à ocupação, encontrou-se: aposentados (7); recebem benefício do governo (auxílio doença) (5); recebem benefício e aposentadoria (3); trabalham (4); desempregado (1). Tais fatores ressaltam a necessidade desses pacientes em utilizar de sua renda para ajudar nos custos advindos com a doença e principalmente com as complicações crônicas.

Os custos representados pela doença comprometem uma parte do orçamento familiar, o que representa grande impacto nos aspectos pessoal, social e financeiro, reduzindo de forma significativa o nível de vida, e podendo estabelecer, possivelmente, manifestações de tristeza, estresse e ansiedade⁽⁸⁾.

Quanto às complicações crônicas e ao grau de comprometimento microvascular encontrou-se, predominantemente, a neuropatia (13), caracterizada por formigamento e dormência nos membros, pernas edemaciadas, perda da sensibilidade, pé diabético e amputações. A retinopatia (4) mostrou-se presente com comprometimentos como perda da visão e visão turva. Já no caso da nefropatia (3), todos faziam tratamento de hemodiálise e apresentavam também retinopatia associada.

O diabetes apresenta alta morbimortalidade, trazendo perda importante na qualidade de vida. A insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular representam causas importantes dessa mortalidade. A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1997 foi de que, após 15 anos de acometimento da doença, 2% dos indivíduos estariam cegos, e 10% teriam deficiência visual grave. A OMS estimou ainda, que no mesmo período de doença, 30 a 45% teriam algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia e 10 a 25% teriam desenvolvido doença cardiovascular⁽¹⁾.

A prevalência das complicações micro e macrovasculares, e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus e síndrome metabólica mostrou que, em relação às complicações microvasculares, a retinopatia esteve presente em 16% dos casos, seguida da nefropatia, com 28%, e da neuropatia, com 41% dos pacientes do estudo⁽⁹⁾.

Qualidade de Vida

O estudo levantou questionamentos sobre vários aspectos que podem interferir na qualidade de vida, tais como moradia, locomoção, lazer, conforto e afetividade.

Quanto à moradia, a maioria dos sujeitos (17) possui casa própria; mas quando indagados sobre os meios de locomoção, alguns relataram não possuir facilidade para locomover-se, representados nas falas a seguir:

“Eu não ando não, meu pé não deixa, fico só aqui deitado nessa rede” (AFS; 77 anos);

“Mas eu não ando não, não enxergo nada” (MTSL; 81 anos);

“Só é ruim os batentes, aqui tem muito batente, é ruim de passar a cadeira” (AEB; 69 anos).

A maior parte dos sujeitos alegou as dificuldades de locomoção a razões como a estrutura física dos domicílios, que não comportam o deslocamento por cadeiras de rodas. As sequelas deixadas pela doença, em que o paciente não consegue deambular, encontra-se acamado, ou não possui cadeiras de rodas para facilitar o deslocamento ou ainda precisa da ajuda de um cuidador, também são fatores que influenciam negativamente na qualidade de vida.

Torna-se importante destacar o papel do cuidador, que na maioria das vezes, é representado por um familiar. A família atuante funciona como um pilar de sustentação para seguir na batalha rumo ao enfrentamento de uma patologia que traz limitações. O paciente que conta com o apoio da família aumenta a probabilidade de viver de maneira mais saudável e apresentar melhor qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

Quando o sujeito necessita sair do domicílio, refere como fator complicador o comprometimento clínico causado pela doença, que está presente e é muito relevante, dificultando até mesmo na realização do tratamento e na monitorização do diabetes, pois os sujeitos apresentam dificuldades até em comparecer à Unidade de Saúde, como descrito nos seguintes diálogos:

“Meu corpo pesa, tenho tontura por causa desse tratamento, quando vou pra clínica (hemodiálise), passo o dia todo mole” (MLS; 74 anos);

“Pago taxi até pra ir no posto, tirar a glicemia. Por causa da cadeira de rodas que é ruim” (FPS; 75 anos);

“Não posso caminhar, não tenho força, meu pé não deixa” (AFS; 77 anos).

Outros sujeitos ainda destacam em suas falas a necessidade do apoio de alguém para facilitar sua locomoção. Estudo mostra que na vigência da dependência física se aumentam as dificuldades, exigindo da família um maior esforço e recursos que permitam lidar com a situação⁽¹¹⁾.

Indagados sobre a necessidade de auxílio na realização de suas atividades, foi observado que o nível de dependência é elevado, onde não se consegue realizar atividades de autocuidado, aliado ainda a falta de estrutura física condizente com a dificuldade vivenciada.

“Até banho minha filha tem que me dar” (AMQ; 89 anos);

“Tomo banho com um menino, o banheiro é apertado e escorrega” (AFS; 77 anos);

“Tudo alguém tem que me dar na mão, mas tomo banho sozinha e como também, só não faço outras coisas porque não vejo” (MTSL; 81 anos).

A dificuldade de realização de atividades básicas de vida diária, como tomar banho, por exemplo, interfere na qualidade de vida do indivíduo. Quando acontece comprometimento da capacidade de funcionalidade impedindo a realização do autocuidado, a responsabilidade para a família e o Sistema de Saúde poderá ser muito grande, levando à dependência e perda da autonomia⁽¹²⁾.

A dependência funcional pode ocasionar a perda de autonomia e dependendo da impossibilidade, implica em transtorno para o paciente e sua família, trazendo prejuízos para sua vida social, além de mobilizar disposição de tempo, energia e também de recursos financeiros para o suprimento das demandas exigidas⁽¹²⁾.

Outros ainda apresentam dificuldades na realização de necessidades fisiológicas e alimentação, apresentando diminuição da capacidade funcional nas atividades básicas da vida diária, que estão vinculadas ao autocuidado do indivíduo, em atividades como alimentação, banho ou vestir-se⁽¹³⁾.

“Levar pra todo lugar, pro banheiro, pra comer” (OPS; 65 anos);

“Minhas mãos não fecham, minha filha que bota meu comer no prato” (FSV; 78 anos);

“Não visto minha roupa só, não tomo banho, só como sozinha” (AEB; 69 anos).

As condições crônicas do diabetes se manifestam de forma significativa na idade mais avançada, podendo causar um processo incapacitante, que afeta a funcionalidade das pessoas idosas, trazendo dificuldade ou até mesmo impedindo que realizem o desempenho de suas atividades diárias independentemente. E destaca que embora não sejam fatais, em geral essas condições tendem a afetar significativamente a qualidade de vida dos idosos⁽¹⁾.

Qualquer ser humano poderá sentir-se saudável desde que possa ser capaz de cumprir funções e atividades, executar projetos, alcançar objetivos, desempenhar alguma função social, manter-se ativo em seu meio, realizando-se como ser humano e obtendo, assim, boa qualidade de vida. Logo, a impossibilidade de alcançar esses objetivos pode comprometer a auto-realização pessoal, trazendo sentimentos de impotência. Há, portanto, uma correlação direta entre saúde e bem-estar com independência, e principalmente com autonomia⁽¹⁴⁾.

“Procuro não depender de ninguém, faço minhas necessidades na cadeira pra não precisar deles” (AMS; 63 anos);

“Mesmo doente sou eu que faço tudo aqui” (MCS; 81 anos);

“Com dificuldade, porque tem que ser feito e não tem ninguém que faça por mim” (VLLS; 54 anos).

Com relação ao conforto, alguns sujeitos o relacionam à presença da família, o que também foi mostrado em estudo, que destaca que um dos graus de satisfação para alcance da qualidade de vida encontra-se na vida familiar⁽¹⁵⁾.

“Tenho conforto, estou com minha família” (MCCF; 50 anos);

“Não tem outra casa, tem que ser assim mesmo, mas a gente faz o possível. Meu filho vai fazer um quarto e um banheiro, não subo na escada sozinha” (MLS; 74 anos);

“Tenho meu quarto aqui nessa casa” (MTSL; 81anos).

Para os sujeitos (8) que não se sentem confortáveis com as condições que a moradia lhes proporciona, é possível identificar o quanto as complicações do diabetes desfavorecem a sua qualidade de vida. E percebe-se a ausência de apoio familiar como fator desconfortante, destacando ainda a falta de recursos financeiros, outro agravante.

“Nunca é confortável pra quem é cadeirante” (FPS; 75anos);

“Tem horas aqui que a gente fica sozinho” (JCA; 62 anos);

“Quando a casa não é da gente, todo mês tem que ter dinheiro pra pagar aluguel” (VLLS; 54 anos).

Os aspectos socioeconômicos foram relatados como fatores dificultadores. Estudo realizado mostra que a questão financeira é determinante, e com impacto expressivo na prática de cuidar, fazendo com que as pessoas realizem melhorias e promovam adaptações com objetivo de melhor cuidar⁽¹⁶⁾. Concorrendo com o estudo, percebe-se que os pacientes, por apresentarem dificuldades financeiras, habitam em casas alugadas e em lugares que não trazem o bem-estar que gostariam.

O apoio familiar forma uma base para o paciente que vive em situação crônica de saúde. E as necessidades de apoio familiar dos portadores de diabetes nem sempre são atendidas favoravelmente. Sentimentos de desamparo, solidão e abandono trazem essas representações para os pacientes⁽¹¹⁾.

Quando questionados sobre se morar sozinho ou com familiares, e ainda quem são os familiares do seu convívio, percebe-se que apenas 4 moram sozinhos e 16 tem a presença de algum familiar no domicílio. O número de componentes familiares foi bastante variado, sendo possível perceber a presença de esposas(os) e filhos(as), além de genros, noras, netos e cunhados, o que torna a residência extremamente numerosa e sem estrutura para comportar todos os seus membros com o devido conforto.

Muitas vezes, a presença numerosa de familiares na residência acaba por comprometer o orçamento familiar, uma vez que os familiares sobrevivem apenas da aposentadoria ou do benefício do doente.

Quando investigados sobre a realização de atividades de lazer, e quanto à sua frequência, os sujeitos relataram não desenvolverem esse tipo de atividade, e vários aspectos foram justificados, como dificuldades financeiras, falta de interesse, até mesmo pela impossibilidade trazida pela complicação crônica e tratamento realizado.

As atividades de lazer precisam ser valorizadas por toda a vida, podendo ter efeito protetor para manutenção das atividades laborais, em especial em idosos. No entanto, os fatores sociais, culturais, as doenças, os tratamentos, dificultam e prejudicam o estímulo dessas atividades para essas pessoas⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado sobre a qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão mostrou que um dos aspectos que menos contribuíram para a qualidade de vida foi a pouca participação em atividades de lazer e oportunidades para a realização dessas atividades⁽¹⁵⁾. A participação em grupos de idosos constitui um momento de realização de atividades de lazer, assim como as atividades físicas são importantes para a autoestima e contribuem no tratamento não medicamentoso. Visitar a família também constitui uma atividade de lazer para os participantes.

Os grupos e associações funcionam como um ponto de encontro para os idosos, pois tais instituições proporcionam atividades de lazer, esportivas e de educação para as pessoas da comunidade que fazem parte desse grupo⁽¹⁸⁾.

Existe a necessidade de atividades educativas abrangendo todos os grupos de idosos que atuam continuamente, visando à participação social, a diminuição dos obstáculos, ampliando um sentimento de cidadania na sociedade⁽¹⁹⁾. Portanto, algumas alternativas são consideradas para minimizar as dificuldades encontradas pelos idosos, como o acesso aos serviços de apoio aos idosos, grupos de convivência e de orientações aos familiares.

“Vou ao encontro de idosos, três vezes por semana, lá eu danço, faço alongamento e exercício” (MCS; 81 anos);

“Só vou na casa do meu filho, no interior” (MTSL; 81 anos);

“Viajo pra casa dos meus familiares” (MLBA; 33 anos).

Quando interrogados quanto à realização de atividade física, o grau de comprometimento da doença não permite a prática de exercícios físicos; o tratamento para complicações, como nefropatia, além de demandar tempo e dedicação, é muito desgastante. Em outros, percebe-se que esse hábito nunca fez parte da vida dos sujeitos, e às vezes até demonstram intenção em praticar a caminhada, mas necessitam de auxílio para a realização de tal atividade.

As atividades físicas trazem benefícios para todos os grupos de pessoas, mas a inclusão dos idosos é reduzida nessas ati-

vidades, existindo barreiras que incapacitam a concretização, como a presença de doenças, tratamentos e estereótipos⁽¹⁹⁾.

“Não consigo, minhas pernas não dão” (FSV; 78 anos);

“Não dá, só esse tratamento (hemodiálise) me cansa muito” (MLS; 74 anos);

“Nenhuma, há se eu pudesse. Só empurro essa cadeira aqui” (AMS; 63 anos);

“Só caminho quando minha filha me leva pegando na minha mão” (MTSL; 81 anos).

As atividades físicas e reuniões sociais, como grupos de idosos, permitem interação social, promovem envelhecimento saudável, melhoram a autoestima, incentivam a criatividade, e ainda combatem a insônia⁽¹⁴⁾.

Estudo relata a importância das atividades em grupo, demonstrando que se vêm obtendo resultados importantes, amenizando momentos de solidão, promovendo o conhecimento de si, diminuindo os níveis de tensão e contribuindo como suporte, para um viver mais saudável⁽¹⁸⁾.

Com relação à afetividade, 10 sujeitos não possuem parceiros, necessitando de outros membros da família para receber e dar afeto, carinho e proteção. A afetividade é um sentimento, uma condição e uma ação concebida que se transforma nas expressões humanas de amor, ternura, proteção, cuidado, respeito, aceitação, amizade e afeição entre as pessoas⁽²⁰⁾.

Dos participantes que referiram possuir companheiro, alguns realizam atividades de lazer com os mesmos, como viajar, ir à praia e a igreja. A organização familiar influencia o comportamento de seus membros em relação ao estado de saúde, possuindo estratégias importantes para ajudar uma pessoa com diabetes no manejo e complexidade da doença⁽¹¹⁾. No caso dos sujeitos do estudo, o companheirismo do parceiro constitui um fator positivo importante para realização de atividades de lazer.

“Viajamos pro interior e às vezes vamos a praia” (MLBA; 33 anos);

“Sempre vamos pra igreja, e às vezes a gente passeia na casa de familiares” (MDCD; 50 anos).

A rotina de tratamento impossibilita, muitas vezes, na realização de atividades de lazer entre os cônjuges, e a necessidade de cuidados por parte dos pacientes faz dos companheiros aliados em todo o processo de tratamento e adaptação do paciente, dando suporte nas necessidades, atenção e carinho.

Diante de uma condição de cronicidade em que os aspectos físicos são comprometidos, acontecem repercussões pessoais, familiares e sociais, sendo necessário reaprender a viver. Nessa perspectiva, os membros da família, a fim de atender às demandas do paciente, mudam seus padrões de vida e suas ações ajustando-se ao sofrimento, revendo os sonhos e as expectativas trazidas pela realidade da cronicidade⁽¹⁶⁾.

“Só saio pra hemodiálise, às vezes ele me leva” (AEB; 69 anos);

“Não, ela só faz cuidar de mim, se eu ficar só eu caio” (MLS; 74 anos);

“Só faço brigar mesmo, mas na mesma hora quero beijar” (OPS; 65 anos).

As amizades, as horas de lazer com os amigos, melhoram a qualidade de vida desses sujeitos, que por apresentarem dificuldades de deambulação, podem sentir-se sozinhos, solitários. As relações de amizade entre idosos promovem uma melhor qualidade de vida, mostrando-se eficazes no combate à depressão, à solidão, à imobilidade e ao suicídio. E relações antigas e recentes se diferenciam, já que nas antigas o grau de intimidade e afinidade é maior. Outro ponto forte é a diferença do ambiente que influencia o processo de socialização dos idosos⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida está ligada a vários aspectos da vida do ser humano, ligados à sua satisfação pessoal, familiar, social e à saúde. No portador de complicações crônicas por diabetes, vários domínios de sua vida podem ser afetados, como o nível de dependência, o autocuidado, a funcionalidade e estrutura da família, a afetividade, os amigos, os recursos financeiros, as atividades físicas e de lazer.

Destacam-se elementos que dificultam esses sujeitos a alcançarem uma melhor qualidade de vida, principalmente relacionados ao conforto, às dificuldades de locomoção, à perda da capacidade funcional, às condições socioeconômicas, ao tratamento realizado e o apoio familiar e de amigos. Outros elementos, como a realização de atividades físicas, de lazer e de trabalho encontram-se comprometidas. Mostrando-se que a condição crônica de saúde implica em elementos que são essenciais para um viver saudável e com qualidade.

O apoio familiar é outro ponto que merece destaque na condição de vida desses sujeitos, atuando como facilitadores no cuidado, oferecendo carinho e atenção nas dificuldades e enfrentamento da doença. No entanto, essa vivência não foi encontrada em todos os sujeitos, estando presentes também situações de desamparo, abandono, e comprometimento do orçamento familiar por outros membros da família.

Torna-se importante, para a Enfermagem, o conhecimento da qualidade de vida dos seus pacientes, com sequelas decorrentes de uma patologia que se encontra em constante incidência, como o diabetes mellitus; para que os cuidados dispensados a esse grupo visem à prevenção dessas complicações e, quando presentes, colaborem com cuidados para facilitar no manejo das complicações e alcance de uma melhor qualidade de vida. Fazendo isto, a Enfermagem cumpre com um dos princípios fundamentais do seu código de ética, que é o comprometimento com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. SANTOS ICRV, Carvalho EF, Souza WV, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Recife. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, 2008, 8(4): 427-33.
4. SILVA I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H, Ramos H, Carvalhosa SF, Dias S, Gonçalves A. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psic, Saúde & Doenças*, 2003, 4(1): 21-32.
5. MINAYO MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 4ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
6. POLIT DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. São Paulo: Artmed, 2004.
7. TEIXEIRA CJ, Oliveira ACP, Bazotte RB, Batista MR. Pé diabético: perfil metabólico e socioeconômico de pacientes atendidos pelo laboratório de ensino e pesquisa da Universidade Estadual de Maringá. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, 2010, 14(2): 125-32.
8. CASTRO ADRV, Grossi SAA. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1: dificuldades das famílias. *Acta Paul Enferm*, 2008, 21(4): 624-8.
9. QUEIROZ PC, Aguiar DC, Pinheiro RP, Moraes CC, Pimentel IRS, Ferraz CLH, Ferraz TMBL. Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus e síndrome metabólica. *Rev Bras Clin Med*, 2011, 9(4): 254-8.
10. FRANÇIONI FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm*, 2007, 16(1): 105-11.
11. SANTOS MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Rev Esc Enferm USP*, 2011, 45(3): 651-8.
12. TORRES GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Rev Baiana de Saúde Pública*, 2010, 34(1): 19-30.
13. DUCA GFD, Silva MC, Halla PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 2009, 43(5): 796-805.
14. TENÓRIO MEV, Santos MJM, Sena TCS, Lacerda NC. Avaliação da capacidade funcional de idosos em comunidade do município de Moreno-PE. *Rev. RENE*, 2006, 7(2): 57-66.
15. MIRANZI SSC et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 2008, 17(4): 672-9.
16. FRÁGUAS G, Soares SM, Silva PAB. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demanda e recursos. *Esc. Anna Nery*, 2008, 12(2): 271-7.
17. D'ORSI E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. Saúde Pública*, 2011, 45(4): 685-92.
18. ARRUDA C, Silva Dgv, Kuse E, Luckmann G, Tavares R, Baptista R. Redes sociais: contribuição para um viver saudável de pessoas com doença cardiovascular crônica. *Rev Tenden da Enferm Profis*, 2010, 2(4): 241-6.
19. SANTOS CE, Schrank Y, Kupfer R. Análise crítica dos critérios da OMS, IDF e NCEP para síndrome metabólica em pacientes portadores de diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2009, 53(9).
20. RIBEIRO ML, Jutras F. Representações sociais de professores sobre afetividade. *Estudos de Psicologia Campinas*, 2006, 23(1): 39-45.
21. ALMEIDA AK, Maia EMC. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, 2010, 15(4): 743-50.

Recebido em: 28.07.2016

Aprovado em: 20.08.2016