



O IMPACTO DO DIABETES MELLITUS NA QUALIDADE DE VIDA E NO ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO

LARISSA DOS SANTOS GADEA¹; ANNE Y CASTRO MARQUES²; DÉBORA SIMONE KILPP³; RENATA TORRES ABIB⁴; LÚCIA ROTA BORGES⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – larissagadea@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – annezita@gmail.com

³Hospital Escola/EBSERH da Universidade Federal de Pelotas- dekilpp@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas - renataabib@ymail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas - luciarotaborges@yahoo.com.br

1. Introdução

O diabetes mellitus (DM) é uma doença de alta prevalência mundial, sendo definido como um distúrbio metabólico complexo, de etiologia múltipla, caracterizado por hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na ação e/ou secreção de insulina (SBD, 2009). Seu impacto na saúde pública é evidente, não só pelo grande número de pessoas afetadas, mas também pela incapacidade e mortalidade que a doença pode gerar, além dos custos exorbitantes para seu controle e tratamento, repercutindo negativamente na qualidade de vida do paciente diabético (PACE et al., 2003).

A prevalência de DM tem aumentado em todo o mundo e segundo Guariguata et al. (2013), em 2013, 382 milhões de pessoas no mundo possuíam diagnóstico de diabetes, e, esse número deve aumentar para 592 milhões em 2035. O aumento da prevalência mundial de DM está associado a fatores, como: urbanização, transição epidemiológica e nutricional, sedentarismo, excesso de peso e também, à maior sobrevida dos indivíduos acometidos pela doença (BRASIL, 1993).

Pacientes com DM enfrentam mudanças importantes no seu estilo de vida, com alterações nos hábitos alimentares e adesão a esquemas terapêuticos restritivos, o que reflete em muitas adaptações no seu cotidiano, e pode interferir diretamente na sua qualidade de vida (QV). Essa situação pode acarretar uma depreciação da QV, pois reflete em seus diferentes aspectos, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dificuldades no relacionamento social, instabilidade emocional, bem como aspectos envolvendo os custos financeiros da doença (AGUIAR et al., 2008).

A análise da QV de indivíduos com diabetes é de fundamental importância, pois possibilita a implantação de políticas públicas de saúde propiciando melhorias no seu tratamento, com repercussões positivas na sua qualidade de vida.

2. Metodologia

Realizou-se uma análise transversal de todos os pacientes maiores de 18 anos, portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 e 2, de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Nutrição do Centro de Diabetes e Hipertensão da Universidade Federal de Pelotas e que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O presente trabalho compreende um recorte do estudo principal, onde foi realizada a análise das variáveis de qualidade de vida e estado nutricional e o impacto do DM nessas

variáveis. Para este estudo, foi utilizado um banco de dados pré-existente, cuja coleta ocorreu nos meses de agosto a setembro de 2016. A amostra foi composta por 210 pacientes, sendo utilizadas apenas as variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes, qualidade de vida e estado nutricional.

Para caracterizar o perfil clínico e sócio demográfico dos pacientes foram analisadas as seguintes informações obtidas da anamnese nutricional: sexo, idade, estado civil (com companheiro ou sem companheiro), tabagismo, etilismo e prática de atividade física.

Para analisar o perfil socioeconômico foram utilizados os dados resultantes do questionário proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que classifica o indivíduo em cinco classes sociais, variando de maior poder aquisitivo (A) ao de menor poder (E) (ABEP, 2018).

Para avaliar o impacto do diabetes na qualidade de vida dos pacientes foi utilizado o instrumento WHOQOL-bref, que contém 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além de duas questões gerais de qualidade de vida (qualidade de vida geral e saúde geral). As respostas para todas as questões foram obtidas por intermédio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 a 5, sendo posteriormente transformadas em escores de 0 a 100, sendo que maiores escores denotam melhor qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

A partir da obtenção dos dados de peso e altura, foi avaliado o estado nutricional por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), definido como a razão entre o peso (Kg) e o quadrado da altura (m), sendo utilizados para a classificação do estado nutricional, os pontos de corte específicos para adultos e idosos. Para pacientes adultos, os critérios adotados foram os propostos pela Organização Mundial da Saúde (1995) e para os idosos, a classificação foi conforme os pontos de corte de Lipschitz (1994) (LIPSCHITZ, 1994; OMS, 1995).

Os dados foram inseridos em um banco de dados no programa Excel® versão 2007 para Windows®. Após, foram transferidos para o programa Stata® versão 12.0 e foi realizada a análise das variáveis estudadas, com apresentação de médias e desvios-padrão ou proporções, conforme a natureza da variável. As comparações e testes de associação foram realizados pelos testes de qui-quadrado ou Exato de Fischer. Para verificar as diferenças de médias foi utilizado o teste t-Student. O nível de significância para todas as análises foi de 5% ($p < 0,05$).

3. Resultados e discussão

Foram analisados os dados de 210 pacientes, sendo 90,95% DM2 e 9,05% DM1, com média de idade de $53,81 \pm 15,5$ anos. Segundo a faixa etária, 60,0% eram adultos ($n=126$) e 40,0% idosos ($n=84$), a maioria dos pacientes pertencia ao sexo feminino (72,86%), possuíam companheiro (55,24%) e pertencia a classe social C (49,05%). Quanto aos hábitos de vida, apenas 6,67% eram tabagistas, 19,52% eram etilistas e menos da metade da amostra ($n=71$) praticavam atividade física.

Em relação ao estado nutricional os pacientes apresentaram peso médio de $79,70 \pm 20,50$ Kg, com média de IMC de $30,73 \pm 6,97$ Kg/m². Os homens apresentaram peso médio de $89,07 \pm 22,93$ Kg, diferindo estatisticamente das mulheres que apresentaram média de peso de $76,21 \pm 18,42$ Kg ($p < 0,005$). A maioria foi classificada com excesso de peso e/ou obesidade ($n=169$) estes resultados corroboram com os achados da OMS (2003) que afirma a associação entre o ganho de peso, obesidade abdominal, sedentarismo e o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2. Não houve diferença entre estado

nutricional, avaliado pelo IMC e o tipo de diabetes ($p=0,4067$) enfatizando a necessidade da realização de mais estudos analisando esta associação.

Em relação à qualidade de vida o domínio social obteve maior escore, com $68,90 \pm 15,5$ pontos, indo de encontro com outro estudo realizado na cidade de Pelotas, que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida entre os usuários portadores de doenças crônicas que buscam atendimento nas unidades básicas de saúde. Segundo os autores, o escore médio do domínio social da amostra estudada foi de $71,3 \pm 17,71$ pontos (AZEVEDO et al., 2013). Os domínios psicológico e qualidade de vida geral apresentaram os valores médios respectivos de $62,41 \pm 15,84$ pontos e $60,48 \pm 11,65$ pontos. Os menores escores foram nos domínios físico ($56,77 \pm 16,14$ pontos) e ambiental ($57,45 \pm 11,46$ pontos). O menor escore do domínio físico pode ser explicado pelo fato de que o organismo de uma pessoa com DM sofre distúrbios inerentes às dificuldades do fluxo sanguíneo, principalmente nas extremidades, onde é comum ocorrerem lesões ulcerosas e amputações, além da sensação de fadiga e síndromes depressivas, refletindo diretamente na sua qualidade de vida, principalmente avaliada pelo domínio físico (MORESCHI et al., 2018).

A Tabela 1 apresenta a associação entre qualidade de vida e o tipo de diabetes. Os resultados demonstram que houve associação significativa entre o tipo de diabetes e os domínios de qualidade de vida, observando-se menores escores para os domínios físico, psicológico e qualidade de vida geral entre os pacientes diabéticos tipo 2.

Tabela 1. Qualidade de vida dos pacientes, segundo o tipo de diabetes dos pacientes atendidos no Centro de Diabetes e Hipertensão da UFPel/Pelotas-RS 2020 (n=210).

Domínios de Qualidade de Vida	DM1 (n \pm dp)	DM 2 (n \pm dp)	VALOR p
Domínio Físico	64,85 \pm 18,13	55,96 \pm 15,75	0,0217
Domínio Psicológico	72,59 \pm 13,04	61,40 \pm 15,76	0,0031
Domínio Social	68,42 \pm 18,75	68,95 \pm 15,25	0,8881
Domínio Ambiental	58,71 \pm 10,49	57,33 \pm 11,57	0,6164
Qualidade de vida geral	65,57 \pm 11,71	59,98 \pm 11,56	0,0458

Avaliando a correlação entre o estado nutricional e os domínios de qualidade de vida, os resultados demonstram que mesmo havendo uma correlação negativa entre os domínios físico, ambiental e qualidade de vida geral, segundo o estado nutricional dos pacientes, esta associação não foi significativa.

4. Conclusões

A qualidade de vida foi considerada positiva na maioria dos aspectos analisados. O domínio social obteve o maior escore, sendo o domínio que mais contribuiu para a melhor qualidade de vida. Em relação ao estado nutricional foi evidenciado a presença de sobrepeso e obesidade, porém sem relação destes estados nutricionais com pior qualidade de vida.

Conhecer os domínios de qualidade de vida e suas influências positivas ou negativas para os indivíduos diabéticos possibilita a implantação de ações de promoção de saúde e de prevenção de complicações advindas desta patologia. Fica claro a importância do acompanhamento nutricional para estimular possíveis



mudanças de hábitos e estilo de vida para o paciente, pois estas ações impactam diretamente na qualidade de vida.

5. Referências Bibliográficas

AGUIAR T, VIEIRA A, CARVALHO A, JUNIOR R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada á saúde no diabetes melito. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2008; 52(6): 931-39.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**, 2018. Disponível em http://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2018.pdf.

AZEVEDO ALS, SILVA RA, TOMASI E, QUEVEDO LA. Chronic diseases and quality of life in primary health care. **Cad Saúde Pública.** [Internet]. 2013; 29 (9): 1774-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a17v29n9.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Coordenação de doenças cardiovasculares no Brasil- SUS: dados epidemiológicos e assistência médica.** Brasil, Ministério da Saúde, 1993.

FLECK PA, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L, PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública,** 34 (2): 178-83, 2000.

LIPSCHITZ DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care** 1994 Mar; 21:55-67.

MORESCHI C, REMPEL C, SIQUEIRA DF, BACKES DS, PISSAIA LF, GRAVE MTQ. Family Health Strategies: Profile/quality of life of people with diabetes. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018; 71(6):2899-906. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup_pl_2_final.pdf.

PACE AE, NUNES PD, OCHOA-VIGO K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2003; 11: 312-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Enfermagem. **Manual de enfermagem: cuidados de enfermagem em diabetes mellitus.** São Paulo; 2009.36