Brazilian Journal of health Review

Qualidade de Vida e Doenças Crônicas: Possíveis Relações

Quality of Life and Chronic Diseases: Possible Relationships

DOI:10.34119/bjhrv3n4-077

Recebimento dos originais: 13/06/2019
Aceitação para publicação: 14/07/2020

Clara Nardini Souto
Psicóloga formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie
Instituição: Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP
Endereço: Rua Doutor Albuquerque Lins, nº 915 - Santa Cecília, São Paulo – SP, Brasil
E-mail: claransouto@gmail.com

RESUMO

Introdução: O termo qualidade de vida (QV) é definido como a percepção do indivíduo sobre sua vida nos seguintes contextos: saúde, relações sociais, trabalho, estado psicológico, lazer e sua relação com o ambiente. Ao falar QV, engloba-se os hábitos diários, que podem ser prejudiciais à saúde, como o sedentarismo, uso nocivo de álcool, tabagismo, alimentação inadequada e estresse, que são considerados fatores de risco que diminuem a qualidade de vida, estando associados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Tais doenças geralmente se prolongam ao longo do tempo, em geral não se resolvem espontaneamente e raramente têm cura, alterando completamente a vida diária do indivíduo. **Objetivo geral:** Apresentar as possíveis relações entre a qualidade de vida dos brasileiros com o surgimento de doenças crônicas e a adesão ao tratamento, especialmente em pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo II. **Método:** Realizou-se um estudo bibliográfico com consulta em diversas bases de dados, considerando o período de 2010 a 2019. **Resultados:** A partir da análise de 34 artigos, foi possível observar a influência da qualidade de vida dos brasileiros no desenvolvimento de doenças crônicas, uma vez que está relacionada aos comportamentos e hábitos dos indivíduos, podendo ser prejudiciais à saúde. Estes fatores de risco, muitos presentes na população brasileira, podem causar riscos intermediários como aumento da pressão arterial, alto nível de glicose, alta concentração de lipídios e sobrepeso. O estresse e a depressão são outros fatores de riscos, uma vez que podem causar uma desregulação do sistema biológico, aumentando o risco do desenvolvimento de doenças como diabetes, hipertensão, vários tipos de câncer, dentre outros. Por sua vez, o desenvolvimento de doenças crônicas causa diversos impactos na QV do indivíduo, como na sua capacidade física, mental e na sua independência. Após o diagnóstico de diabetes, o indivíduo pode apresentar dificuldades emocionais e psicológicas para enfrentá-lo e aderir ao tratamento, podendo desenvolver sentimentos negativos, como baixa autoestima, revolta, ansiedade, negação da doença e insegurança. A não adesão ao tratamento é a principal causa para o desenvolvimento de complicações, piorando a QV e aumentando a mortalidade. Para que haja adesão, a família e o psicólogo têm um papel importante, pois darão apoio e farão com que o paciente se sinta acolhido e motivado para continuar o tratamento e assim fazer as mudanças necessárias, restabelecendo sua qualidade de vida. **Conclusão**: Conclui-se que o baixo nível de qualidade de vida predispõe ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Com o seu diagnóstico ocorre uma piora, maior ou menor, na QV, conforme a estrutura psicológica do indivíduo que também influi na adesão ao tratamento, responsável por uma possível melhora significativa na qualidade de vida do paciente.

Brazilian Journal of health Review

Palavras-chave: qualidade de vida, doenças crônicas, adesão ao tratamento

ABSTRACT

Introduction: The term quality of life (QOL) is defined as the individual's perception of their life in the following contexts: health, social relationships, work, psychological state, leisure and their relationship with the environment. When speaking QOL, daily habits are included, which can be harmful to health, such as physical inactivity, harmful use of alcohol, smoking, inadequate diet and stress, which are considered risk factors that decrease quality of life, being associated with chronic non-communicable diseases (NCDs). Such diseases generally last over time, usually do not resolve spontaneously and are rarely curable, completely altering the individual's daily life. **General objective:** To present the possible relationships between the quality of life of Brazilians with the emergence of chronic diseases and adherence to treatment, especially in people with type II diabetes mellitus. **Method**: A bibliographic study was carried out with consultation in several databases, considering the period from 2010 to 2019. **Results:** From the analysis of 34 articles, it was possible to observe the influence of the quality of life of Brazilians in the development of chronic diseases , since it is related to the behaviors and habits of individuals, and can be harmful to health. These risk factors, many present in the Brazilian population, can cause intermediate risks such as increased blood pressure, high glucose level, high concentration of lipids and overweight. Stress and depression are other risk factors, since they can cause a deregulation of the biological system, increasing the risk of developing diseases such as diabetes, hypertension, various types of cancer, among others. In turn, the development of chronic diseases causes several impacts on the individual's QOL, such as on his physical, mental capacity and on his independence. After the diagnosis of diabetes, the individual may have emotional and psychological difficulties to face it and adhere to the treatment, and may develop negative feelings, such as low self-esteem, anger, anxiety, denial of the disease and insecurity. Non-adherence to treatment is the main cause for the development of complications, worsening QOL and increasing mortality. For adherence, the family and the psychologist have an important role, as they will support and make the patient feel welcomed and motivated to continue the treatment and thus make the necessary changes, restoring their quality of life. **Conclusion:** It is concluded that the low level of quality of life predisposes to the development of chronic non-communicable diseases. With its diagnosis, there is a worsening, greater or lesser, in QOL, depending on the psychological structure of the individual who also influences treatment adherence, responsible for a possible significant improvement in the patient's quality of life.

Keywords: quality of life, chronic diseases, treatment adherence

1 INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida vem sendo muito discutido nos dias de hoje, devido ao aumento da expectativa de vida e a busca constante por uma vivência de mais qualidade. Mas o que é qualidade de vida? No contexto atual, este termo pode ser considerado muito subjetivo e envolve todos os componentes essenciais de condição humana, seja físico, psicológico, emocional, social, cultural ou espiritual, afinal cada um interpreta de maneira distinta e

individual. Segundo Nobre (1995, p.299), cada um considera o que é importante para si a fim de viver bem e isto é qualidade de vida, afirma também que:

> "Assim, a qualidade de vida foi definida como sensação intima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence"

Outra explicação para qualidade de vida, foi descrita por Toldrá (2014, p.160):

> "O conceito "qualidade de vida" tem caráter subjetivo, ou seja, depende da percepção de cada pessoa sobre o seu estado e envolve diversas dimensões da vida."

Atualmente a qualidade de vida vem sendo altamente discutida em relação a saúde da população, mas para avalia-la torna-se complicado pelo fato de não haver uma definição universal aceita. Segundo Azevedo (2014), ela pode ser definida como o entendimento individuo sobre sua vida, tanto no contexto de cultura, como no sistema de valores e suas expectativas. Ele também afirma que:

> "O conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente." (AZEVEDO, 2014, p.1775)

Por ser um termo muito pessoal e inconstante é difícil considera-lo de forma única para todos. Por exemplo, para aqueles que acreditam que qualidade de vida está unicamente relacionada ao bem-estar material, como ter um bom salário ou um bom poder econômico, perder o emprego ou receber um salário ou uma remuneração não satisfatório mensalmente pode acarretar em estresse, conflitos, mal estar, entre outros sentimentos que podem impulsionar o surgimento de uma patologia orgânica, como: diabetes, cardiopatia, hipertensão, entre outros. Esse quadro não teria o mesmo desfecho caso acontecesse com uma pessoa que relaciona qualidade de vida ao bem-estar familiar, consequentemente os danos causados por esta ideia seriam dificilmente diagnosticados como decorrentes.

Analisando os quadros acima, no primeiro caso o indivíduo se consideraria de boa vida de boa qualidade por receber um salário que o agrade, enquanto o segundo indivíduo, não se satisfaria apenas com um valor em dinheiro, caso não estivesse em paz com sua família. Concluímos que se tornar um "workaholic", no primeiro caso, seria uma possível solução, enquanto a mesma medida, no segundo, seria um motivo para o mal-estar e possível surgimento

de doenças crônicas. Logo, o que se pode concluir é que não há uma causa única para a prevenção destas patologias.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,1998) qualidade de vida está representada na percepção dos indivíduos, de que suas necessidades sejam satisfeitas, ou de que estão sendo negadas oportunidades para alcançar a felicidade e autorrealização. Sendo importante a independência de seu estado de saúde físico ou de suas condições sociais e econômicas. É preciso afirmar também que é impossível discutir sobre este assunto sem ressaltar que ele está diretamente ligado aos hábitos diários da população, como os valores éticos/morais, regras sociais e culturais e até mesmo aos hábitos alimentares, além de sua extrema importância para o cuidado com a própria saúde.

Outro fator de extrema relevância diretamente ligado ao bem-estar, porém muitas vezes ignorado, são as condições de vida de um cidadão, especialmente nas grandes cidades. No Brasil, a poluição ambiental e sonora é um fator corriqueiro e alarmante. Afeta a vida da população, uma vez que a qualidade de sono é prejudicada, o medo estarrecedor, a respiração dificultada, o estado de alerta se tornam constante e a tranquilidade é violada. Apesar de grande parte da população não perceber, estes fatores estão diretamente relacionados à qualidade de vida que é constantemente prejudicada e que acarreta inúmeras doenças.

Atualmente, devido à pressão social imposta sobre a população para que todos sejam bem-sucedidos economicamente, temos observado um aumento significativo de pessoas sofrendo de doenças que podem estar ligadas a essa “má” qualidade de vida, a qual está se travestindo de bem-estar econômico no Brasil.

Pode-se afirmar que o conceito de saúde tem relação direta com o conceito de qualidade de vida mesmo que implicitamente, uma vez que saúde não é apenas a ausência de doença e sim um bem-estar físico, mental e espiritual. Então, a qualidade de vida foi descrita por vários autores como um conceito muito amplo, relacionado à expectativa e ao bem-estar. Portanto, doenças crônicas podem estar relacionadas as estas condições de vida e de trabalho. Por interferir na vida cotidiana, podem repercutir no âmbito psicossocial, trazendo uma mudança, geralmente repentina, na qualidade de vida e nos hábitos diárias do indivíduo que a possui.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE em 2013, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil, sendo a causa pelas mortes antes dos 70 anos de idade. E segundo os dados, 40% da população adulta brasileira, possui pelo

menos uma DCNT, as doenças mais recorrentes são diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, enfermidades respiratórias crônicas e circulatórias.

Um levantamento realizado pelo IBGE, expôs que essas doenças atingem 44,5% da população brasileira, cerca de 34,4 milhões de mulheres e 33,4% da população masculina, referente a 23 milhões de homens, isso pode ocorrer pelo fato de que as mulheres se preocupam mais com a saúde, procurando atendimento em saúde de forma mais espontânea do que os homens, facilitando o diagnóstico.

Segundo Zozaya (1985), doença crônica pode ser caracterizada por qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características: ser permanente, que deixe incapacidade residual, que produza alterações patológicas não reversíveis e que requeira reabilitação ou que necessite períodos longos de observação, controle e cuidados. Por isso um paciente crônico tem a necessidade de ter um acompanhamento médico-clínico de longa duração, pelo fato de a doença não ter cura.

Devido a estas características, o sujeito precisar fazer mudanças em seus hábitos diários, os que não conseguem fazer esta mudança acabam tendo seu estado de saúde agravado e sem cuidados adequados acabam tendo sequelas ou chegam à morte, consequentemente, o indivíduo pode apresentar sentimentos de insegurança e ansiedade. Isto pode vir, devido a destruição de algumas expectativas para o futuro, tanto para o indivíduo, quanto para sua família.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a doença crônica é composta por um conjunto de soma de sintomas crônicos, podem ser causadas por múltiplos fatores e são descritas por terem um início gradual, geralmente têm um prognóstico incerto, e têm uma duração longa ou indefinida. Cita que:

> "Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura." (p.5)

Alguns estudos mostram a associação das DCNT com alguns fatores de risco, refletidos devido a efeitos negativos em resposta do processo de globalização, como a urbanização rápida, o tabagismo, consumo abusivo de álcool, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de alimentes saudáveis, como frutas e verduras, a obesidade, além do sedentarismo (PNS 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que a população mais atingida por essas doenças são as de classes de menor renda, com menos acesso à informação e menor escolaridade. A doenças crônicas com maior prevalência no país são hipertensão arterial, o

diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão.

Nos dias atuais, uma das DCNT de maior prevalência no país, como dito anteriormente é o diabetes millitus, que é "caracterizado como um transtorno metabólico causado pela elevação da glicose sanguínea resultado de distúrbio no metabolismo de açúcares." (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, p. 40). Isso acontece quando o organismo não produz insulina ou a insulina produzida é insuficiente ou não utilizada corretamente pelo organismo.

Está doença pode se apresentar em três formas, Diabetes tipo I, sendo autoimune, em que o organismo ataca as células do pâncreas, causando a destruição das células que produzem a insulina. Seu diagnostico normalmente ocorre na infância ou na adolescência e o tratamento requer a aplicação de insulina. Ou Diabetes Gestacional, que pode ser desenvolvida perto do 3º trimestre de gravidez, devido a uma resistência à insulina provocada pelos hormônios da gestação, podendo desaparecer após o parto. E sua última variedade é a Diabetes tipo 2, causada por fatores genéticos em conjunto aos maus hábitos de vida, como o sedentarismo e obesidade, provocando defeitos na produção e ação da insulina no corpo.

Neste tipo, o organismo não produz uma quantidade suficiente de insulina ou as células do organismo são resistentes à insulina, podendo causar dois problemas: as células ficam privadas de energia ou a alta concentração de açúcar no sangue pode afetar o coração, olhos, rins e nervos. Seu diagnostico ocorre após os 40 anos, embora pessoas mais jovens também possam apresentar condições para tal. Seu tratamento pode ser oral, além das atividades físicas, uma dieta balanceada e manter um peso adequado (PNS, 2013.)

Dados mostrados pelo IBGE (2013), estimaram que 6,2% da população brasileira de 18 anos ou mais de idade teriam o diagnóstico médico de diabetes. Segunda a OMS, existem mais de 246 milhões de pessoas com diabetes no mundo, sendo a diabetes tipo 2 considerada uma epidemia mundial, sendo responsável por 1,5 milhões de mortes em 2012, só no Brasil estima-se que há 6,2 milhões de casos diagnosticados.

Os problemas mais frequentes observados para aqueles que possuem esta doença são: problemas de visão, problemas nos rins, e problemas circulatórios. As recomendações mais frequentes feitas por médicos é a de manter uma alimentação saudável e praticar atividades físicas, ou seja, uma mudança de estilo de vida.

Brazilian Journal of health Review

2 JUSTIFICATIVA

O tema deste estudo foi escolhido devido ao fato do aumento de doenças crônicas nos últimos anos poder estar relacionado às condições de vida, aos hábitos diários da população brasileira e também ao aumento da expectativa de vida. Com isso, o estudo se baseia na relação dos quesitos acima e tem como finalidade promover a reflexão da população perante os problemas que podem acarretar a má qualidade de vida, além de discutir a questão de adesão aos tratamentos dos pacientes já diagnosticados.

O trabalho pretende, a partir de estudos e pesquisas, associar os conceitos e definições da qualidade de vida para a população brasileira, com sua possível relação com as doenças crônicas, assim pretende-se estabelecer um paralelo entre a qualidade de vida da população e o aumento da incidência de doenças crônicas, utilizaremos o exemplo da diabetes millitus, para avaliar como afeta as condições de vida da pessoa e como é a adesão ao tratamento dessa população.

3 OBJETIVOS

O estudo teve como objetivos, apresentar as possíveis relações entre a qualidade de vida dos brasileiros, que implica em seus hábitos de vida, com o surgimento de uma doença crônica e discutir a questão da adesão ao tratamento de pessoas portadoras de diabetes.

4 METODOLOGIA

Foi realizado o levantamento bibliográfico de artigos quanto ao tema das doenças crônicas não transmissíveis, a qualidade de vida e hábitos diários. Foram utilizadas as bases de dados de pesquisa do Google Acadêmico, Medline, Bvspsico, Lilas, Scielo, Pubmed, dentre outros, utilizando como descritores de busca as palavras chaves: qualidade de vida, qualidade de vida e saúde, hábitos diários da população brasileira, qualidade de vida e doenças crônicas, doenças crônicas, doenças crônicas não transmissíveis, doenças crônicas e diabetes, diabetes millitus, diabetes millitus tipo 2, qualidade de vida dos diabéticos, fatores que interferem na adesão ao tratamento, doença crônica e adesão ao tratamento, diabetes e tratamento, adesão ao tratamento em pacientes crônicos. Priorizando publicações em português, entre os anos 2010 e 2018, sendo artigos que estabeleciam análises sobre a população brasileira.

Foi feita uma seleção dos artigos encontrados com base no título e conteúdos do resumo e seu fator de impacto. Foram selecionados artigos escritos em língua inglesa e portuguesa. Foram excluídos os artigos publicados em outros idiomas e que não foram obtidos na íntegra.

As referências citadas nos artigos selecionados foram também revistas para identificar fontes de pesquisa adicionais.

Após a coleta de dados, será analisada qual a relação entre a qualidade de vida e hábitos diários da população brasileiro com o surgimento das doenças crônicas, afetando a vida de cada individuo de forma diferente, sendo relacionada especificamente ao diabetes millitus. Em seguida foi analisado como se da adesão ao tratamento após o diagnostico da doença, pois pode afetar/mudar por completo seus hábitos de vida.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O termo qualidade de vida só foi difundido a partir da década de 70 com o desenvolvimento da medicina e do aumento da expectativa de vida. Segundo Almeida, Gutierrez e Marques (2012) a qualidade de vida lida com várias áreas do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, dentre outros, sendo assim uma inter-relação. Por ser um termo ainda em desenvolvimento e de uma falta de compreensão da população, virou um jargão de propagandas enganosas, como o mesmo cita:

> "Qualidade de vida tornou-se, em muitas circunstâncias, um jargão útil a promessas fáceis e propagandas enganosas. Isso ocorre devido a uma falta de compreensão específica sobre o termo, e sua consequente colonização por parte dos meios comerciais e de comunicação, que o utilizam como justificativa para tornar seus produtos úteis, ou para manipular a opinião pública." (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012 p. 16)

Devido a essa falta de compreensão e a essas propagandas, a população fica em busca de uma qualidade de vida fictícia, tornando-se algo não saudável, podendo então acarretar problemas futuros, pois entra em questões de bem estar, satisfação e na relatividade cultural, ou seja depende de sua carga cultural de seu ambiente de vida e convívio social além de suas próprias expectativas de conforto e bem-estar (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A qualidade de vida está relacionada as necessidades básicas da vida humana, como a alimentação, habitação, trabalho, saúde e lazer, junto a elas aparece suas ações individuais, englobando tudo, como a expectativa e a percepção de sua qualidade de vida, assim formando um estilo de vida, como sendo muitas vezes um padrão de vida estabelecido culturalmente por cada sociedade, variando de acordo com sua classe social e seus valores atrelados. Como citado:

> "O grau de satisfação dos sujeitos com suas realizações pessoais, assim como os bens materiais obtidos variam de acordo com o padrão de sua sociedade e, de forma mais profunda, com seus valores pessoais." (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p.28)

Brazilian Journal of health Review

O termo qualidade de vida foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS 1997) como:

> "A percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". (p.1)

Sendo assim como é citado na Biblioteca Virtual em Saúde, a qualidade de vida está envolvida com o bem-estar espiritual, físico, mental, emocional e psicológico. Além de um envolvimento social, como família e amigos. (BVS, 2013)

Para Sadir, Bignotto e Lipp (2010) a qualidade de vida é:

> "Um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças. As pessoas que se consideram felizes atribuem sua felicidade ao sucesso em quatro áreas (social, afetiva, saúde e profissional. (p.76)

Diante isso, o trabalho é um grande papel na qualidade de vida do ser humano, ocupando um papel central na vida do indivíduo. É por meio dele que o individuo pode se auto realizar e manter relações interpessoais gratificante. Assim se encontrarem uma satisfação em seu ambiente de trabalho, podem manter uma qualidade de vida adequada. Porem, ele também é um dos principais causadores de estresse ocupacional, isto acontece devido a globalização e ao capitalismo, que fez com que as instituições comprassem mais de seus funcionários. (GOMES, SILVA, BERGAMINI, 2017)

A qualidade de vida também está relacionada a saúde, em 2013 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fez um amplo retrato da saúde dos adultos brasileiros, mostrando então seus hábitos diários. Segundo os dados, em relação aos hábitos alimentares, foi visto que apenas 37,3% da população com 18 anos ou mais de idade consumia frutas e verduras em quantidade recomentada pela OMS, enquanto quase a mesma porcentagem da população consumia carnes com excesso de gordura e 24% dessa população fazia uso de álcool pelo menos 1 vez na semana.

Em relação a prática recomendada de atividade física no lazer apenas 22,5% dos adultos praticavam, já em indivíduos fisicamente ativos no trabalho apenas 14% estavam nesta condição, 46% dos adultos eram insuficientemente ativos e 28,9% assistem à TV em excesso, com um consumo de 3 ou mais horas diárias. Outro hábito diário, que é um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde é o tabagismo, o consumo teve uma prevalência de 14,5%, sendo o cigarro industrializado o produto mais utilizado. (PNS 2013),

Brazilian Journal of health Review

Atualmente, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2015, as doenças crônicas não transmissíveis são representadas como cerca de 70% das causas de mortes no Brasil, geralmente atingindo camadas mais pobres da população e grupos mais vulneráveis. As determinantes sociais observadas foram a diferença no acesso à informação e no acesso a bens e serviços materiais, desigualdade social, a baixa escolaridade (BRASIL, 2011).

Além disso, aparecem os fatores de risco, que estão diretamente ligados aos hábitos diários dos brasileiros como o sedentarismo, o consumo nocivo de álcool, a alimentação inadequada, pressão alta, uso de tabaco, níveis elevados de colesterol, altos níveis de glicemia, e inatividade física.

Segundo Pereira (2017):

> "O sedentarismo e o stress colaboram para o aumento do percentual dessas doenças, mas várias doenças crônicas podem ser prevenidas, por meio de utilização de hábitos saudáveis, alimentação correta e prática de exercícios físicos regularmente." (p.68)

Os fatores de risco estão muito ligados a qualidade de vida, como a inatividade física, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) está relacionada a 3,2 milhões de mortes por ano em todo o mundo, afirmando que a atividade física de forma regular é considerada um fator de proteção à saúde. As principais DCNT possuem quatro fatores de risco em comum:



Em um artigo feito por Claro (2015), observou-se que o consumo de alimentos não saudáveis na população brasileira, que são considerados fatores de risco para DCNT, tem uma

prevalência identificada que ficou acima de 20% da população, indicando uma elevada presença de comportamentos de risco. Segundo ele:

> "O pior quadro encontrado diz respeito à grande prevalência de consumo dos alimentos-fonte de gordura saturada: 6 a cada 10 brasileiros referiram consumir leite integral; e 4 a cada 10 referiram consumir carne ou frango com excesso de gordura". (CLARO, 2015, pp.262)

O fator psicológico também pode ser visto como um fator de risco, como o estresse, que pode afetar a saúde e consequentemente a qualidade de vida e a sensação de bem-estar. (SADIR, BIGNOTTO E LIPP, 2010). Como descrito por Gomes, Silva e Bergamini (2017), o estresse pode influenciar o desenvolvimento de patologias como ansiedade, depressão, síndrome de burnout e esgotamento profissional. Todos sendo decorrentes ao estresse prolongado.

Outro fator de risco é a depressão, que pode ser considerada como uma relação bidirecional com doenças crônicas, como descrito por Boing et al. (2012):

> "Pessoas com depressão podem apresentar alterações biológicas com potencial de aumentar o risco de desenvolve-las. Além disso, doentes crônicos podem apresentar limitações em sua vida diária que aumentam as chances de terem depressão." (p.618)

Todos estes fatores de risco estão ligados ao desenvolvimento de algumas doenças crônicas não transmissível, sendo que elas na maioria das vezes não possuem um tratamento que leva a cura. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão e a diabetes mellitus estão em primeira nas causas de hospitalização no Brasil, no sistema público. Em um artigo publicado com Pereira (2017) ela afirma que:

> "Algumas pessoas apresentam mais de um diagnóstico de doença crônica, agravando mais sua qualidade de vida." (p.68)

Segundo WHO, há uma estimativa que em 2014, no mundo, 422 milhões de pessoas estavam vivendo com diabetes, comparado com 108 milhões em 1980, isto está refletido no aumento dos fatores de risco, como o excesso de peso ou obesidade, que causam alterações metabólicas, considerados estilos de vidas não saudáveis, mas também em consequência à transição demográfica . Sendo assim, a diabetes é um dos maiores problemas de saúde no século XXI. Segundo informações além das pessoas já diagnosticadas com diabetes, existem 318 milhões de adultos com tolerância alterada à glicose, indicando um alto risco de desenvolver a doença.

Brazilian Journal of health Review

Diabetes millitus é uma doença crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina o suficiente, ou quando o corpo não consegue utilizar adequadamente a insulina produzida. No Brasil, em 2013, foi estimado que 6,2% da população de 18 anos ou mais, teriam o diagnóstico de diabetes (PNS, 2013).

A diabetes millitus é divida em três tipo, o tipo I é autoimune em que as celular do pâncreas que produzem insulina se autodestroem, já o tipo II, é causada por fatores genéticos em conjunto aos maus hábitos de vida, e o último tipo é a diabetes gestacional que pode ser desenvolvida perto do 3º trimestre de gravidez em mulheres não-diabéticas e sendo uma situação passageira.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento bibliográfico e a posterior aplicação de critérios de inclusão, levou à análise de 34 publicações, dentre elas vinte e sete nacionais e sete internacionais. Para efeito de análise, optou-se por agrupar o material encontrado nas seguintes categorias: qualidade de vida, com 8 artigos, fatores de risco, 11 artigos, doenças crônicas, 10 artigos, diabetes mellitus, 7 artigos, qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, 5 artigos, e adesão ao tratamento, 3 artigos. Sendo que alguns artigos foram utilizados em mais de uma categoria.

6.1 QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida, é considerado um termo muito subjetivo, porém os autores analisados possuem definições muito parecidas entre si. Afirmam que por ser um assunto que engloba várias áreas da vida humana, sendo elas biológicas, sociais, políticas e econômicas, por englobar também a percepção do próprio indivíduo sobre suas expectativas, pode-se apontar vários conceitos diferentes.

Por exemplo, para Azevedo et al. (2013), a qualidade de vida depende da percepção do individuo sobre sua expectativa da própria vida, que envolve as diversas dimensões da mesma, como o nível de independência, as relações sociais, crenças, seu psicológico e sua relação com o ambiente que vive. Neste conceito ainda está incluído a saúde física. Assim como Tondrá, et al. (2014), que define qualidade de vida como sendo um termo subjetivo, dependendo da percepção de cada pessoa sobre sua vida e suas expectativas.

Almeida, Gutierrez, Marques (2012), definem que a qualidade de vida sempre esteve entre os homens, visto que se refere ao interesse pela vida. Atualmente é uma área multidimensional, que lida com diversos campos de conhecimento, sendo eles biológico, social,

político e econômico, em uma inter-relação. É um termo que em senso comum poderia se resumir como uma melhoria ou um alto padrão de bem-estar na vida das pessoas, esteja isso compreendido na sua vida socioeconômica ou emocional. Portanto, a área de conhecimento referente a qualidade de vida está em fase de construção de identidade. Podendo ser identificadas ora em relação a saúde, ou a moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, ou seja, fatores que levam a uma percepção de bem-estar.

Devido aos diversos conceitos de qualidade de vida, não há uma compreensão da população sobre o que significa o termo em si, porém uma presença do termo é facilmente percebida na sociedade, sendo incorporada ao linguajar popular. É de senso comum falar de qualidade de vida como algo bom, mesmo sem saber a definição exata sobre o que se está falando. (ALMEIDA; GUITIERREZ; MARQUES, 2012).

De acordo com Pereira, Teixeira e Santos (2012), a qualidade de vida é abordada como sendo um sinônimo de saúde, ou felicidade e satisfação pessoal, dependendo da área estudada. Este termo possui significados individuais, com diferentes impressões, se tornando algo difícil de ser qualificado. Devido a esta subjetividade, há uma falta de consenso em sua definição, além de muitas impressões conceituais e diferentes abordagens, não havendo um único conceito que seja amplamente aceito por todos os autores; assim sendo, saúde, bem-estar e estilo de vida podem ser usados como sinônimos de qualidade de vida.

Para Alencar, et. Al. (2019) a qualidade de vida, quando relacionada à saúde, é considerada como o sinônimo do estado de saúde percebido, nos três grandes domínios da vida do individuo, físico, psicológico e social. O domínio físico está relacionado as atividades do cotidiano, à dor, ao desconforto, energia e fadiga, sono, mobilidade, à capacidade laborial, dependência de medicação e de tratamento. O domínio psicológico refere-se aos sentimentos, tanto positivos quanto negativos, ao jeito de pensar, de aprender, refere-se à memória, à autoestima, a crenças, à imagem corporal e a aparência. O domínio social refere-se às relações pessoais do individuo, sua rede de apoio e sua atividade sexual.

Em um artigo escrito por Pereira, et al. (2017), qualidade de vida está relacionada ao grau de satisfação do individuo sobre sua vida, e dependendo de seus hábitos diários, ele poderá desenvolver doenças, simples ou ate crônicas.

Em todos os artigos analisados, os autores utilizaram como base principal o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), que afirma como qualidade de vida a percepção dos indivíduos sobre a posição de sua vida no contexto cultural e nos sistemas de valores na sociedade em que vive. É um conceito amplo que está relacionado a saúde física, estado

psicológico, nível de independência, relações sociais e sua relação com as características relevantes de seu ambiente.

Segundo Sadir, Bignotto e Lipp (2010), a qualidade de vida não é somente a ausência de doença e sim um conjunto de bem-estar físico, mental e social. Em relação a QV no trabalho, o indivíduo pode se auto realizar, estabelecendo relacionamentos gratificantes e melhor produtividade. Porém pode também ser fonte de adoecimento, por exemplo, o individuo tem que lidar com autoritarismo de chefe, suas pressões e cobranças, podendo levar ao estresse ocupacional: um estado emocional causado por um grau de exigências do trabalho. Em consequência, o estresse pode afetar a saúde, a qualidade de vida e a sensação de bem-estar em todas as áreas.

A qualidade de vida no trabalho está vinculada a satisfação do individuo nas atividades que exerce, atendendo suas necessidades e pretensões. Ou seja, alcançar a satisfação profissional, tanto em nível biológico como psicológico e pessoal, proporcionando condições para que o individuo se desenvolva, de uma maneira que haja o bem-estar. (GOMES, SILVA, BERGAMINI, 2017)

Em seu artigo, Gomes, Silva e Bergamini (2017), relatam que o trabalho, atualmente, ocupa um lugar central na vida da população, fazendo parte de sua qualidade de vida, pois é no trabalho que os indivíduos constroem suas identidades e adquirem vivencias, remetendo assim a integridade física e psíquica do sujeito. Por isso, observa-se que pessoas que encontram satisfação no ambiente de trabalho, conseguem manter uma qualidade de vida ideal, conseguindo conciliar com sua vida pessoal. Porém, quando relacionado a um gerador de estresse, este pode ser prejudicial a saúde, causando consequências tanto psicológicas quanto físicas, se tornando um fator de risco.

6.2 FATORES DE RISCO

Vários autores têm investigado a relação entre a qualidade de vida dos brasileiros, seus hábitos diários - rotina - e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Esta associação, fez com que os autores encontrassem comportamentos considerados fatores de risco, e que a partir destes, desenvolvessem alguns tipos de doenças crônicas.

Em seu artigo, Azevedo, et al. (2013), considera que alguns comportamentos que influenciam a qualidade de vida já são conhecidos, são hábitos prejudiciais a saúde, também conhecidos como fatores de risco, que acabam criando uma qualidade de vida diminuída e estando associada a doenças crônicas.

Para Pereira, et al. (2017) os fatores de risco são fundamentais para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, mas podem ser prevenidos a partir de uma mudança de hábitos, como a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável, ou seja, hábitos considerados saudáveis. Para eles os principais fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento de doenças crônicas são o stress e o sedentarismo.

O artigo de Claro. et al. (2015), é focado em como o consumo de alimentos não saudáveis está relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas e consequentemente se torna um fator de risco. Afirmam que o padrão alimentar da população brasileira vem mudando nas últimas décadas. Nesta mudança, houve um aumento no consumo de carnes com excesso de gordura, e de alimentos industrializados com grande fonte de gordura saturada, concomitantemente, houve uma redução no consumo de legumes, raízes e frutas.

A World Health Organization (2014) adverte que os principais comportamentos relacionados as principais doença crônicas não transmissíveis são: alimentação não saudável, inatividade física, tabagismo e uso nocivo de álcool, uma vez que causam riscos intermediários, como aumento da pressão arterial, níveis de glicose elevados, concentração anormal de lipídios, sobrepeso e obesidade. Determinantes socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais também podem ser considerados fatores de risco, uma vez que a globalização, a urbanização e o envelhecimento da população fizeram com que houvesse uma mudança na vida da população.

Para Malta (2014), o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, é decorrente dos efeitos da globalização, uma vez que a rápida urbanização, em conjunto com a vida sedentária, a alimentação com alto teor calórico e excesso de gordura, e o aumento do uso do tabaco e álcool, aumentam as chances de haver o desenvolvimento destas doenças. Em outro artigo, Malta, et al. (2017), expõe que além da prevalência de DCNT em pessoas com baixa escolaridade, também é observada em pessoas que tem os seguintes comportamentos: pouca prática de atividade física, obesidade, hipertensão, estado de saúde declarado como ruim e tabagismo. O que indica um padrão de fatores de risco comum em várias doenças crônicas não transmissível e a associação da doença com a morbidade.

No estudo feito pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013), observou-se que o consumo de alimentos que são fonte de gordura saturada está demasiadamente presente nos hábitos alimentares brasileiros, assim como alimentos com grande fonte de açúcar. Isso porque o padrão alimentar dos brasileiros está mudando, na qual há uma substituição dos alimentos tradicionais (cereais, raízes) por alimentos industrializados, que são responsáveis pela obesidade e

sobrepeso. Outra informação foi a inatividade física da população brasileira em que 46% eram considerados insuficientemente ativos.

Outro fator de risco que desempenha um papel importante para o desenvolvimento de DCNT é o fator psicológico, uma vez que abre espaço para outras doenças. Um exemplo é o estresse, de acordo com Gomes, Silva e Bergamini (2017), devido à globalização, tecnologia e ao capitalismo, o trabalho passou a ser mais presente na vida do ser humano, fazendo com que as exigências aumentassem. Essas exigências, a continua pressão no ambiente de trabalho juntamente com o aumento da carga horária, auto cobrança, sobrecarga, dentre outros, são responsáveis pelo estresse no trabalho, que por sua vez, pode levar ao desenvolvimento de inúmeras patologias, trazendo não somente o sofrimento psíquico como físico.

O trabalho é um importante fator de estresse, sendo considerado um dos principais motivos para o desenvolvimento e de outras psicopatologias, como ansiedade, depressão, síndrome do burnout, esgotamento profissional, dentre outras. Todas sendo negativamente relacionadas a qualidade de vida, bem-estar, saúde e satisfação no trabalho. (GOMES, SILVA, BERGAMINI, 2017)

Para Sadir, Bignotto e Lipp (2010), estresse é uma reação que acontece quando se enfrenta situações que exijam adaptações que estão além do limite do individuo, como por exemplo, demandas excessivas de trabalho, provocando reações negativas. Devido a isto, além de prejudicar a qualidade de vida e a produtividade do individuo, o estresse pode ter um efeito desencadeador de inúmeras doenças.

Em um estudo feito pelo Governo do Estado de São Paulo (2008), foi relatado que situações de estresse podem causar uma desregulação do sistema biológico do corpo e com isso pode ocorrer o desenvolvimento de algumas doenças, como a pressão alta, infarto, derrame, diabetes, vários tipos de câncer, depressão, além de aumentar a tendência a dependência de álcool, tabaco e outras drogas.

Em um artigo escrito por Boing, et al. (2012), a depressão pode causar alterações biológicas e com isto aumentar os riscos de desenvolver outros tipos de doenças crônicas. Ela esta associada a mudanças hormonais e fisiológicas no organismo, fazendo com que haja um aumento de chance de se desenvolver determinadas doenças crônicas, sendo assim uma exposição de risco.

A depressão também esta relacionada a mudanças de comportamentos, podendo levar a insônia ou menos duração de sono, que podem agir como causadoras de hipertensão. Foi

descrito que populações com menores exposição a sintomas depressivos podem apresentar menos chance de desenvolver outras doenças crônicas. (BOING, et al. 2012)

6.3 DOENÇAS CRÔNICAS

O artigo escrito por Azevedo, et al. (2013), descreve que a definição de doença crônica mais aceita é a proposta da Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge (Estados Unidos) de 1957, que a define como uma doença permanente, que causa uma incapacidade residual e uma mudança patológica não reversível no sistema corporal. Necessita assim de um treinamento especial do paciente para a reabilitação e a previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados. Outra definição de doença crônica é a descrita pelo Center for Managing Chronic Disease (2013) sendo uma doença não transmissível, que se prolonga ao longo do tempo, não se resolve espontaneamente e raramente tem cura.

As doenças crônicas não transmissíveis, são desenvolvidas por diversos fatores, sejam eles individuais ou sociais, sendo desenvolvidas de forma gradual, com um prognostico incerto, com longa ou indefinida duração. Geralmente elas precisam de intervenções, como o uso de tecnologias, e estão associadas as mudanças no estilo de vida. (BRASIL 2013)

Gonçalves, et al. (2015) discute que as doenças crônicas geralmente atingem todas as camadas socioeconômicas, porém de forma mais intensa na camada pobre e de grupos vulneráveis, ou seja, aqueles que não tem acesso a escolaridade, de baixa renda, com dificuldades de acesso a informações e a serviços de saúde, em conjunto com os fatores de risco.

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis são uma das principais causas de mortalidade no Brasil. Segundo Pereira, et al. (2017), essas doenças se iniciam aos poucos e se prolongam, gerando mudanças fisiológicas, além de desenvolver alterações na qualidade de vida, como na capacidade física, na independência e no relacionamento familiar. Isto porque essas doenças não possuem um tratamento que leve à cura, sendo necessário um tratamento pelo resto da vida.

A Organização Mundial da Saúde (2013), caracteriza doenças crônicas, como um problema de saúde que pode levar a incapacidade, gerando sofrimentos e custos materiais aos pacientes e suas famílias.

Conforme visto na Pesquisa Nacional de Saúde (2013), 72% das mortes no Brasil, são decorrentes de alguma doença crônica não transmissível, dentre as quais, as principais são diabetes, hipertensão arterial, colesterol, doença cardiovasculares, doença respiratória crônica e câncer, responsáveis pelo alto número de mortes prematuras antes dos 70 anos de idade. São

responsáveis também pela perda da qualidade de vida, ocasionando assim impactos econômicos negativos para as famílias e para os próprios indivíduos, ademais gerando incapacidade e alto grau de limitação, principalmente em suas atividades de trabalho e lazer.

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causa de mortes no mundo. Como nos outros países, no Brasil, as DCNT são representadas como um problema de saúde de grande magnitude. Os maiores destaque são doenças do aparelho circulatório responsável por 31,3%, câncer, responsável por 16,3%, diabetes, 5,2% e doença respiratória crônica (5,8%). A hipertensão e a diabetes millitus são juntas a primeira causa de hospitalização no sistema publico de saúde no Brasil, e estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações. (BRASIL 2011).

As doenças crônicas causam impactos nas diversas dimensões da qualidade de vida, quando relacionadas a saúde. No caso da diabetes millitus, os episódios e o medo da hipoglicemia, a mudança no estilo de vida e o medo das consequências em longo prazo podem reduzir a qualidade de vida de pessoas com o diagnóstico. (ALVES, et al. 2013)

Os impactos na qualidade de vida, também são observados em relação ao psicológico do individuo com doença crônica. Em um estudo feito por Boing, et al. (2012), observou-se que pessoas com doenças crônicas apresentavam maior prevalência de depressão, mesmo depois dos ajustes das variáveis. Sendo assim, pode-se identificar que a relação entre depressão e doença crônica é bidirecional. Uma vez que, pessoas com doenças crônicas podem apresentar limitações na sua vida cotidiana, podendo assim desenvolver transtornos de humor e depressão.

6.4 DIABETES MILLITUS

A International Diabetes Federation (2015), define diabetes millitus, como uma doença crônica não transmissível na qual o pâncreas não consegue produzir insulina suficiente ou porque o corpo não responde adequadamente a insulina produzida, causando um aumento ou uma diminuição da glicose. Seu diagnóstico é feito a partir da observação e coleta dos níveis de glicose no sangue.

Ela possui 3 tipos diferentes, a tipo 1 é uma resposta autoimune do corpo, no qual o sistema de defesa ataca as células que produzem a insulina no pâncreas. Como resultado, o pâncreas não consegue mais produzir a quantidade necessária de insulina. A tipo 2 é o tipo mais comum das diabetes, sendo responsável por 95% dos casos. Neste tipo, o corpo produz a insulina, mas o corpo se torna resistente fazendo com ela seja ineficaz. O último tipo é a diabetes

gestacional que é apresentada como o aumento dos níveis de glicose no sangue durante a gravidez, desaparecendo após o nascimento. (IDF, 2015)

No site da Associação Nacional de Assistência ao Diabetes (2019), adverte-se que o Diabetes tipo 2 possui um fator hereditário, bem como, uma relação com o estilo de vida. Estima-se que de 60% a 90% dos indivíduos com esta doença sejam obesos. Além disso, os sintomas do diabetes tipo 2 são mais "silenciosos", ficando despercebidos por um bom tempo, colocando em risco a saúde da pessoa.

Segundo Malta (2017), diabetes millitus tipo 2, é o resultado de uma relação entre fatores ambientais e fatores genéticos. Dentro destes fatores, está a transformação do padrão alimentar dos brasileiros, que estão introduzindo alimentos ricos em gorduras e carboidratos. Isto, com a redução dos níveis da prática de atividades físicas, causam um aumento na porcentagem de indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Neste mesmo artigo, identificou-se que, há um predomínio do diagnóstico em mulheres, mas isso se deve ao fato de que as mulheres procuram os serviços de saúde mais que os homens, sendo mais fácil a realização de um diagnóstico. Observou-se também que 1/5 da população com 65 anos ou mais apresentam diabetes, o que pode ser justificado pelo próprio envelhecimento e consequentemente redução de atividades física e juntamente com uma alimentação não saudável. (MALTA, 2017)

A prevalência de diabetes na população mundial, de acordo com o International Diabetes Federation, é de que em 2015 no mundo, 1 a cada 11 adultos teria o diagnóstico de diabetes e há uma estimativa que em 2040, 1 a cada 10 adulto será diabético (IDF, 2015). A diabetes mellitus é um dos maiores responsáveis aos problemas vistos na rede saúde pública e nas últimas décadas o número de casos vem aumentando. (WHO, 2016)

A Pesquisa Nacional de Saúde (2013), estimou que 6,2% da população brasileira com 18 anos ou mais, teriam o diagnostico de diabetes, sendo 7% nas mulheres e 5,4% nos homens. O termo diabetes mellitus remete ao um transtorno metabólico, descrito por distúrbios no metabolismo de proteínas, carboidratos e gorduras, e por hiperglicemia, que resultam em um defeito na ação da insulina (BRASIL, 2013)

Em seu artigo, Lima (2015), descreve que a diabetes tem os seguintes sintomas, sede intensa, urinar com frequência, fome excessiva, perda rápida de peso, falta de energia, visão turva dentre outras. Descreve que após o diagnostico o individuo pode desenvolver sentimentos de menos valia, como inferioridade, baixa autoestima, medo, revolta, raiva, ansiedade,

regressão, negação da doença, dentre outros, dependendo de como é sua estrutura psíquica e de como será seu enfrentamento em relação a doença.

Para Touso, et al. (2016), pessoas com diagnostico de diabetes apresentam dificuldades emocionais e psicológicas em relação ao enfrentamento da doença. A doença é algo que modifica por completo o sujeito e seus hábitos, alterando assim sua identidade e suas vivências no contexto familiar e social. Relata que a doença pode ser relacionada como uma ameaça, desenvolvendo assim sentimentos negativos, como impotência, apreensão, desesperança, ansiedade, dentre outros.

Devido a isso, as mudanças dos hábitos são essenciais para o tratamento, contudo, muitos indivíduos não percebem a gravidade da doença e por isso adiam a realização das alterações necessárias no estilo de vida, podendo desenvolver complicações sérias. (TOUSO, et al. 2016)

6.5 QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

A qualidade de vida é algo difícil de se medir, devido ao fato de ser algo muito individual. Por isso a World Health Organization (1997), desenvolveu um instrumento que possa medi-la, podendo ser utilizados em diversos contextos culturais e situações.

O WHOQOL - BREF é composto por 26 perguntas que abrangem os diferentes domínios que compõe a qualidade de vida – físicos, psicológicos, relações sócias e ambiente - juntos eles compõem uma classificação geral de qualidade de vida. Ele é focado no olhar individual sobre si, podendo assim dar uma nova perspectiva sobre a doença. (WHO, 1997)

Em um estudo feito por Pereira, et al. (2017) com indivíduos portadores de doenças crônicas, utilizando o instrumento WHOQOL - BREF, pode-se observar que os entrevistados classificaram a sua qualidade de vida como ruim em alguns domínios, como no domínio físico, em que nove dos entrevistados a consideraram “ruim”, mostrando que a qualidade de vida naquele domínio é prejudicada pela doença. Com esses resultados conclui-se que as doenças crônicas podem sim afetar a qualidade de vida do individuo, principalmente nos aspectos físicos e psicológicos. Entretanto mostrou um resultado satisfatório no domínio ambiente e aspecto social, uma vez que os indivíduos tem o apoio familiar.

Isso também foi observado no estudo feito por Alves, et al. (2013), com portadores de diabetes mellitus. Em relação as características sociodemográficas, observou-se que a maioria era do sexo feminino e que possuía um(a) companheiro(a), isto pode ser justificado pela visão que ainda se tem do homem como ser invulnerável, portanto, atitudes preventivas, como a procura de serviço de saúde poderia relacioná-lo à fragilidade.

Os participantes demostraram uma avaliação boa na maioria dos componentes do SF-36, porém os portadores de DM tinham uma limitação para exercer algumas atividades moderadas, como tomar banho, e até algumas atividades vigorosas, mostrando que o componente de Capacidade Funcional é o mais comprometido. (ALVES, et al. 2013)

Outros autores que analisaram como é a qualidade de vida de indivíduos que possuem algum tipo de doença crônica foram Azevedo, et al. (2013). No estudo foram entrevistados 920 sujeitos, dentre eles, houve a prevalência de indivíduos com doenças crônicas em 51,8%. Foi utilizado o instrumento WHOQOL – BREF. Em seus resultados foi observado que a qualidade de vida era inferior em mulheres, principalmente as mais velhas de classe social mais baixa, sem companheiros e com alguma doença crônica.

A qualidade de vida de pessoas com doenças do sistema nervoso apresentara médias mais baixas em praticamente todos os domínios, sendo eles: domínios psicológicos, relações sociais, ambientes, e aspectos físicos. Apenas o domínio do ambiente em pacientes com doenças mentais apresentou medias menores. (AZEVEDO, et al. 2013).

Nas análises brutas dos domínios, em aspecto físico, as médias foram menores em mulheres, indivíduos que não viviam com companheiro e que tinham alguma doença crônica, isto também foi visto no domínio psicológico. Em relações sociais, pacientes com doenças crônicas e que não viviam com companheiro teve uma média inferior, assim como na média de qualidade de vida no domínio ambiente. Isto vem do fato que pessoas com DCNT, precisam aprender a conviver com várias limitações em seu cotidiano, exigindo uma adaptação do paciente e dos familiares (AZEVEDO, et al. 2013).

De acordo com Lima (2015), não adesão ao tratamento é a principal causa para o desenvolvimento de complicações e com isso a piora na qualidade de vida e aumento da mortalidade e morbidade. Com a aceitação, o autocuidado e a adesão, o paciente consegue controlar a doença e com isso usufruir de uma qualidade de vida melhorada e ser ativo e produtivo, reduzindo as chances de desenvolver complicações.

6.6 ADESÃO AO TRATAMENTO

Vasconcelos, et al. (2016), debate que as doenças crônicas podem ser causadas por uma combinação de fatores, e que depois do diagnóstico, deve-se ter uma rede de cuidados, podendo ser tanto do próprio indivíduo, como com cuidados feito por cuidadores e profissionais da saúde.

Por isso é preciso que os profissionais de saúde mantenham a individualidade no tratamento e acompanhamento do paciente, utilizando um modelo biopsicossocial. Mantendo

uma forma de cuidado mais humanizada, conhecendo os fatores que causam as patologias que vão além dos fatores físicos, sendo eles as questões emocionais e culturais que podem, inclusive, afetar a adesão ao tratamento. Mas, não se pode afirmar que eles apenas utilizam o modelo biopsicossocial, principalmente quando se trata de educação em saúde, onde a atuação desses profissionais muda para o modelo biomédico. (VASCONCELOS, et al; 2016)

Outros autores que procuraram as estratégias utilizadas por profissionais de saúde para que aja um enfrentamento dos pacientes diante a doença crônicas, foi Gonçalves, et al. (2015), que determinou que a melhor estratégia utilizada é o coping de forma de estratégias diretas. Coping como sendo uma avaliação e intervenção mais focada nos problemas vivenciados pelos pacientes, podendo ter dois focos: a emoção, na qual regulam a resposta emocional provocada pelo problema e aquelas focadas no problema em si. Para esse enfrentamento também foi observado o uso da religião como forma de apoio.

Para Lima (2015), a relação médico-paciente é importante para que haja a adesão ao tratamento. A doença causa no paciente um sentimento de insegurança e necessidade de apoio, por isso o médico deve ter um comportamento de acolhimento e escuta, compreendendo como a doença influencia a vida do paciente, tratando o doente e não somente a doença. E através de suas atitudes pode aliviar o doente de suas tensões e permitindo uma adesão positiva e efetiva.

Após o diagnóstico, o diabético experimenta sentimentos ambíguos, uma vez que precisa tomar decisões, onde existe ganhos e perdas, gerando instabilidade emocional. O papel do psicólogo neste ambiente é criar condições para que o paciente se sinto acolhido e motivado para continuar o tratamento, trabalhando com a aceitação da doença, esclarecendo dúvidas e reestruturando suas crenças. Oferecendo assim um papel de suporte e acolhimento, transmitindo apoio, segurança e confiança, elaborando assim seus aspectos emocionais, diminuindo seu sofrimento psíquico, ajudando na aceitação e adesão ao tratamento. (LIMA, 2015)

Para que haja um enfrentamento da doença, e com isso a adesão ao tratamento, a família tem um papel muito importante, uma vez que sendo flexível e aberta, ajudará nas modificações que devem ser feitas para que o individuo se adapte a nova situação. No entanto, se for rígida, o que se expressa por meio de uma superproteção e ansiedade, fará com que haja uma rejeição do individuo. Sendo assim a família serve como suporte social, trazendo um sentimento de apoio, proteção e acolhimento, gerando bem-estar psicológico e com isso o individuo conseguirá alcançar as metas de seu tratamento. (LIMA, 2015)

Brazilian Journal of health Review

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como a qualidade de vida está relacionada a doenças crônicas, uma vez que a qualidade de vida foi mudando no decorrer do tempo, com a urbanização e a modernização. O termo qualidade de vida está ligado a vários significados, como visto anteriormente, sendo a maneira como o individuo lida com suas expectativas e preocupações, em seu cotidiano e em sua relação com a sociedade em que vive; ou seja, o grau de satisfação de sua vida. Porém, o modo como este indivíduo enxerga e vive a vida pode levá-lo a desenvolver algumas doenças, que podem ser simples ou até crônicas.

Dentro da qualidade de vida, estão os hábitos diários do indivíduo, que podem ser considerados a sua rotina, com as mudanças nos hábitos de vida da população no passar dos tempos, com os movimentos de urbanização, de globalização, e como consequência do capitalismo com a demanda cada vez mais alta no mercado de trabalho, atualmente, há alguns comportamentos muitos comuns na população mundial, inclusive na brasileira, que são considerados fatores de risco, pois colaboram para o desencadeamento de algumas doenças crônicas não transmissíveis. São eles o sedentarismo, alimentação não saudável, o tabagismo, o uso nocivo de álcool, a inatividade física e o estresse.

O estresse acontece devido a uma rotina árdua de trabalho, consequência do aumento de cobrança por parte das instituições, em decorrência do capitalismo. O estresse é uma reação do organismo que ocorre em situações de demandas excessivas de trabalho, que exigem uma adaptação do indivíduo que está além de seu limite, causando uma desregulação do sistema corporal, que pode levar ao desenvolvimento de doenças crônicas, como pressão alta, diabetes e câncer.

Outra ocorrência decorrente das mudanças de hábitos de vida da população é a depressão, considerada por si só uma doença crônica, mas também um fator de risco, pois pode causar mudanças de comportamentos, como insônia, e mudanças hormonais, aumentando as chances de o indivíduo desenvolver outro tipo de doença crônica.

Os fatores de risco, podem ser considerados como fatores iniciais e que podem ser modificáveis, porém podem também ser a causa de fatores intermediários como o sobrepeso, a obesidade, hipertensão, que em conjunto com fatores de risco não modificáveis como idade e hereditariedade, causam as doenças crônicas não transmissíveis.

Estas doenças não estão associadas a uma causa única, mas sim ao conjunto de comportamentos considerados fatores de risco. Estes fatores de risco são evitáveis, e representam um papel importante no surgimento e na progressão da doença, portanto as

mudanças nos hábitos diários do individuo são necessários para que haja uma prevenção e assim uma melhora na expectativa e na qualidade de vida. Assim sendo, conclui-se que as doenças crônicas não transmissíveis são um reflexo dos principais impulsos da transição social, econômica e cultural, como a globalização, a urbanização, o envelhecimento da população e o ambiente político geral.

Devido a isso, a incidência de pessoas com doenças crônicas no decorrer dos anos vem aumentando. Em 2013, 72% das mortes no Brasil eram decorrentes de alguma doença crônica, sendo elas: doenças cardiovasculares, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas, câncer e doenças neuropsiquiátricas. Neste mesmo ano, cerca de 6,2% da população brasileira com 18 anos ou mais receberam o diagnóstico de diabetes. Atualmente a diabetes millitus tipo II é responsável por 95% dos diabéticos, respondendo aonda por 10% da população entre 30 e 69 anos, e a incidência é maior após os 40 anos.

O diabetes millitus tipo II, é decorrente de vários fatores de risco evitáveis, tais como o sedentarismo, estresse emocional, hipertensão e alimentação inadequada, ou seja, hábitos de vida que são prejudiciais à saúde, que podem levar também altos níveis de colesterol e triglicérides.

O diagnóstico de diabetes pode causar uma piora ainda maior na qualidade de vida do indivíduo. Isto acontece, pois esta doença pode levar a crise de hipoglicemia, problemas de visão e cardíacos, além do risco de amputações causadas pela falta de controle da doença. Tudo isso somado ao fato de que não existe um tratamento que leva à cura e por mudar a vida diária do indivíduo por completo, muitas vezes prejudicando sua vida social e familiar, causa também a perda de autoestima.

Desta forma, a doença crônica pode ser a causa e consequência do prejuízo na qualidade de vida da pessoa, que pode desenvolver vários sentimentos, como angústia, ansiedade, raiva e culpa, dependendo de sua estrutura psíquica.

Devido a isso, o individuo passa por várias etapas para aceitar a doença, muitas vezes sendo difícil essa aceitação e compreensão da doença, prejudicando a adesão ao tratamento. Sabe-se que dependendo do caso, sendo diagnosticado precocemente, o diabetes tipo II pode ser controlado com alimentação e exercícios físicos, ou seja, com uma mudança nos hábitos diários dos diabéticos.

Para que haja a adesão ao tratamento, a família tem um papel muito importante, servindo como apoio e suporte social, assim o individuo se sente acolhido, gerando um bem-estar. Outro fator importante é o papel do psicólogo, que pode identificar a instabilidade emocional do

doente, diminuindo assim seu sofrimento psíquico, possibilitando que haja a aceitação da doença e o motivando no autocuidado e consequentemente na adesão ao tratamento.

Assim podemos concluir que o baixo nível de qualidade de vida, representado por vários fatores de risco como o sedentarismo, uma alimentação inadequada, o estresse, o uso nocivo de álcool e o tabagismo, predispõe ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a diabetes mellitus tipo II, aqui estudada. Com o seu diagnóstico ocorre uma piora, maior ou menor, na qualidade de vida do paciente, que pode apresentar sentimentos negativos, como ansiedade, depressão, raiva, negação da doença e baixa autoestima, dependendo de sua estrutura psicológica. Da mesma forma, a sua estrutura psicológica influi na adesão ao tratamento, mostrando a importância do apoio e comprometimento da família e de um apoio psicológico profissional que o motive, o ajude a aceitar a doença e o tratamento. Desta forma, poderá haver uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Delmo de Carvalho *et al*. Dimensões da qualidade de vida afetadas negativamente em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus. **Rev Fun Care Online**, [*S. l.*], jan/mar 2019. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-968473. Acesso em: 28 abr. 2019.

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. Qualidade de vida: Definições, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. **Escola de Artes, Ciências e Humanidades** , Sao Paulo, 2012. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

ALVES, Thais Oliveira Santos *et al*. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus. Rev Min Enferm, [*S. l.*], jan/mar. 2013. http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v17n1a12.pdf.

ANAD – Associação Nacional de Atenção ao Diabetes. http://www.anad.org.br/o-que-deve-saber-sobre-diabetes/

AZEVEDO, Ana Lucia Soares *et al*. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, setembro 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n9/1774-1782. Acesso em: 28 abr. 2019.

BERTOLIN, Daniela Comelis *et al*. Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2. **Acta Paul Enferm**, [*S. l.*], 4 mar. 2015. http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0440.pdf.

BOING, Antonio Fernando, et a. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. Ver. Saúde Publica; 46(4):617-23. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúd; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p.5 - 13 : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sobre a Vigilância de DCNT. Portal Saúde Brasil. 12 de fevereiro de 2019

Center for Managing Chronic Disease (CMCD). (s.d.). What Are Chronic Diseases? Retrieved May 2013,

CLARO, Rafael Moreira *et al*. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde, 257** , Brasília, abr-jun 2015. http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00257.pdf.

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas – Seventh Edition 2015. https://www.idf.org/our-activities/advocacy-awareness/resources-and-tools/13:diabetes-atlas-seventh-edition.html

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. Pesquisa Nacional de Saude 2013. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. 2013

GOMES, Jayne; SILVA, Adriana Souza de; BERGAMINI, Géssica Borges. Saúde e Qualidade de Vida: Influencia do Stress no Ambiente de Trabalho. Ver Cientifica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes: FAEMA, v.8, n.2, jul-dez 2017.

GONÇALVES, Lorrany de Oliveira *et al*. Coping em pacientes crônicos, cuidados e profissionais de saúde. **Ver. SPAGESP vol.16 no.1** , Ribeirão Preto, 2015. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100009.

Governo de São Paulo. Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT e de seus Fatores de Risco. São Paulo, 2008

LIMA, Sylvia M. Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com diabetes. Ver. HUPE, v.14, n.4, Rio de Janeiro, out-dez 2015

MALTA, Deborah Carvalho *et al*. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Saude Publica.;51 Supl 1:12s**, [*S. l.*], 2017.

<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2017.v51suppl1/12s/pt > Acesso em 05 nov 2018

MALTA, Deborah Carvalho. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. In: Ciência e Saúde Coletiva. vol.19 no.1 Rio de Janeiro jan. 2014

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Jarbas Barbosa. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde v.22 n.1 Brasília mar. 2013, pp.151-164

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, São Paulo, abr./jun. 2012. http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf.

PEREIRA, Silvia Eliza Almeida *et al*. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. Ciência&Saúde, 10(4):213-219 [*S. l.*], out/dez 2017.

PEREIRA, Daiane Naiara *et al*. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da

Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc. Ano 18 - Volume 18 - Número 3 , [*S. l.*], Julho/Setembro 2017.

SADIR, Maria Angélica; BIGNOTTO, Márcia Maria; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Paidéia, vol.20, n.45, pp.73-81. Ribeirão Preto, 2010,

TOLDRÁ, Rosé Colom *et al*. Promoção de saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. O Mundo da Saúde, 38(2):159-168, São Paulo, 2014. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf >

TOUSO, Maíra Ferro de Souza, et al. Dificuldades emocionais e psicologicas em indivíduos com diabetes mellitus. Rev. Enferm UFPE online, 10 (2):524-5, Recife, fev. 2016.

VASCONCELOS, Caroline Luiza Bailona *et al*. Significados do processo saúde-doenças crônicas-cuidado para enfermeiros que atuam na saúde pública. Rev. SPAGESP vol.17 no.1, Ribeirão Preto, 2016

World Health Organization (1997). MEASURING QUALITY OF LIFE. (Cap. I, pp 1 – 15). https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

World Health Organization. Health topics: Chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014.

World Health Organization (2016), Global Report on Diabetes. (pp.6 – 88) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=25422F743FAAFEB56C866E6009E5E92E?sequence=1

ZOZAYA, J.L.G. El medico y el paciente em el contexto de la enfermidade crônica. Revista Centro Policlan Valência, v. 3, n. 1, p. 117–119, 1985