

Diabetes Tipo II: qualidade de vida e aspectos psicológicos

Diabetes Type II: quality of life and psychological aspects

Hélida Silva Marques¹; Luana Pereira de Sousa²; Neide Aparecida Micelli Domingos³

¹Aluna do curso de psicologia da UNORP

²Aluna do curso de enfermagem da UNIP/SJRP

³Docente do departamento de psiquiatria e psicologia da FAMERP.

Resumo

Diabetes é uma doença crônica com implicações psicossociais. O objetivo do estudo foi avaliar aspectos psicológicos em portadores de Diabetes Mellitus Tipo II e especificamente identificar o perfil sócio-econômico dos pacientes; avaliar nível da glicemia; avaliar o nível de depressão e ansiedade, qualidade de vida e apoio social; levantar o conhecimento sobre possíveis consequências; verificar os sentimentos relacionados à doença crônica e as dificuldades para o seu controle. Participaram 40 pacientes que frequentam o Ambulatório de Diabetes do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Foram aplicados cinco questionários no dia da consulta médica. Resultados: predominância do sexo feminino (65%); casados (67,5%); 50% tinham ensino fundamental incompleto e 12,5% completo; 40% tinham o diagnóstico entre 11-20 anos; sintomas leves de depressão estavam presentes em 11 pacientes e sintomas moderados em 14; sintomas moderados de ansiedade em cinco pacientes e graves em oito pacientes. A qualidade de vida está prejudicada principalmente nos aspectos funcionais e emocionais. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas são a religiosa e suporte social. Conclui-se que o paciente diabético tipo II necessita de atendimento interdisciplinar para melhorar sua compreensão sobre a doença e aspectos psicológicos que podem afetar sua qualidade de vida.

Palavras-chave

Diabetes Mellitus Tipo II; Doença crônica; Aspectos psicológicos; Qualidade de vida. 2

Abstract

Diabetes is a chronic disease with psychosocial implications. The purpose of this study was to evaluate psychological aspects in people with Diabetes Mellitus Type II. Moreover to identify the patients' socio-economic profile; to evaluate blood glucose level as well as depression and anxiety levels, quality of life and social support; to identify their understanding on diabetes consequences; some feelings related to the chronic disease and difficulties to control it. Forty patients attended in the outpatient diabetes clinic at Hospital de Base, São José do Rio Preto participated. Questionnaires were filled by patients after medical appointment. Results: female predominance (65%); married (67.5%); incomplete elementary school (50%); complete elementary school (12.5%), 40% were diagnosed between the ages 11-20; mild depression symptoms were found in 11 patients and moderated in 14. Moderate anxiety symptoms were found in 5 patients and severe in 8. Quality of life was impaired according to functional and emotional aspects. The usual strategies to cope with the disease were religious and social support. Diabetic type II patients need an interdisciplinary assistance to improve knowledge regarding the disease and its psychological aspects that may impair their quality of life.

Keywords

Diabetes Mellitus Type II; chronic disease; psychological aspects; quality of life

Introdução

Diabetes Mellitus (DM) é considerado um dos grandes problemas de saúde pública devido ao grande número de pessoas afetadas, incapacidades, mortalidade e também ao elevado custo em relação ao controle, tratamento e suas possíveis complicações.⁽¹⁾ Segundo a American Diabetes Association⁽²⁾ há no Brasil mais de cinco milhões de pessoas portadores de Diabetes, sendo que 50% não sabem o diagnóstico.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde havia em 2000 cerca de 170 milhões de pessoas com Diabetes em todo mundo

e este número tende a duplicar até o ano de 2025. No Brasil, estima-se 11,6 milhões de diabéticos até 2025, o que mostra ser um grave problema e desafio para o sistema de saúde.⁽³⁾

Um dos principais desafios na terapêutica em pacientes portadores de DM é o controle glicêmico que contribui para reduzir as complicações crônicas. O intuito de se alcançar o controle mais adequado da doença evita não apenas a hiperglicemia, mas também as oscilações dos níveis de glicose, como baixa taxa de açúcar no sangue.^(4,5)

O Diabetes é considerada uma das enfermidades crônicas que exerce um efeito potencializador nos aspectos psicológicos

como o aumento do risco de sintomas de depressão, ansiedade e comprometimento físico nas pessoas fragilizadas.⁽⁶⁾

A presença de indicadores de depressão em pacientes diabéticos além de sintomas como hipersonia, diminuição da libido e retardo psicomotor têm sido citados em trabalhos científicos.^(7,8) Pesquisa acerca do conhecimento que os pacientes tinham sobre a doença, indicaram que os entrevistados não sabiam nada a respeito da doença, mas isso não significa, de fato, que estes não possuíam informações sobre o mesmo, pois recebem informações no momento da consulta médica.⁽⁹⁾

Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁽¹⁰⁾ Um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida de uma população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde.⁽¹¹⁾

A mudança no hábito de vida é um mecanismo complexo, pois sofre interferência de fatores culturais, econômicos e sociais, além de outros que influenciam o indivíduo a adotar padrões inapropriados de comportamentos, tais como aversão a certos alimentos,⁽⁵⁾ crenças relacionadas a supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos.⁽¹²⁾

O DM tipo II é resultado da resistência à insulina ou de alguma deficiência relacionada à secreção da insulina. Atualmente é a chamada síndrome plurimetabólica ou resistência à insulina que acontece em 90% dos portadores de Diabetes.⁽¹³⁾

Os indivíduos acometidos são em geral obesos e com mais de 30 anos. Podem necessitar de insulina exógena ou não.⁽¹⁴⁾ O ministério da Saúde evidencia a ocorrência desse tipo de Diabetes na população ligada a fatores socioeconômicos e culturais como: urbanização, estilo alimentar, vida sedentária, estresse e genéticos.⁽¹⁵⁾ Isso contribui para uma etiologia complexa relacionado a um distúrbio heterogêneo.⁽¹⁶⁾

O apoio social é essencial e contribui para amenizar os efeitos emocionais e comportamentais para melhorar a saúde e o bem-estar. Isso significa dizer que para ocorrer o regime terapêutico é necessário que o diabético tenha amigos, familiares e profissionais de saúde que os incentive e os ajude a manter a saúde e que os serviços prestados sirvam como fonte promotora de conhecimento acerca da doença, que favoreça o auto-cuidado e incentive o paciente a perceber o regime terapêutico como algo positivo atentando para as mudanças de hábitos de vida e práticas de saúde.⁽¹⁷⁾

Por conseguinte, sugere-se a atuação de uma equipe multidisciplinar, com conhecimentos específicos na área a fim de se oferecer uma melhor assistência ao portador de Diabetes, sendo a prevenção o foco principal.

Com base no crescente índice da doença e suas possíveis complicações surge a necessidade de uma intervenção psicológica, oferecendo ao paciente um espaço de escuta para auxiliá-lo a lidar com as questões emocionais provenientes do Diabetes Mellitus. Assim, estabeleceram-se os objetivos do presente estudo.

Objetivos

Geral: Avaliar aspectos psicológicos em portadores de Diabetes Mellitus Tipo II.

Específicos:

- Identificar o perfil sócio-econômico dos pacientes;
- Caracterizar a glicemia;
- Avaliar a qualidade de vida e o apoio social em prol da doença;
- Levantar o conhecimento dos pacientes diabéticos à cerca de suas possíveis conseqüências;
- Verificar os sentimentos relacionados à doença crônica e as dificuldades para o seu controle.
- Avaliar o nível de depressão e ansiedade.

Casística

Participaram do estudo 40 pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo II, de ambos os sexos que foram atendidos no Ambulatório de Diabetes do Hospital de Base de São José do Rio Preto / São Paulo.

Critério de Inclusão:

- Pacientes com idade acima de 40 anos, submetidos ou não a insulino terapia.

Critério de Exclusão:

- Pacientes com outros tipos de doenças crônicas;
- Pacientes com problemas psiquiátricos graves (esquizofrenia; bipolar; psicótico; etilista; TOC);
- Pacientes com problemas que impossibilitem responder os questionários;
- Pacientes que não assinarem o termo de consentimento.

Seleção da Amostra

Todos os pacientes que estavam no momento da realização do grupo foram convidados a participar. As pesquisadoras compareceram ao Ambulatório no dia da consulta, no período da manhã das 07:00 às 11:00h de segunda à sexta-feira (exceto quarta-feira), até completar o número de participantes estabelecidos.

Aspectos éticos

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto através do parecer nº3979/2009.

Material e Método

Caracteriza-se por ser um estudo do tipo descritivo-transversal. Para a realização desta pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de identificação e questionário; Inventário de Depressão (BDI) que é uma escala de auto-relato, composta por 21 itens descritivos de atitudes e sintomas, avaliados numa escala de 3 pontos,⁽¹⁸⁾; Inventário de Ansiedade (BAI) é uma escala de auto-relato, composta por 21 itens e devem ser avaliados numa escala de 4 pontos,⁽¹⁸⁾; Estratégia Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) é um questionário com 45 questões que avalia como o indivíduo enfrenta as situações,⁽¹⁹⁾; Qualidade de Vida SF36 é um instrumento de avaliação de saúde

composto por 36 itens que avalia a qualidade de vida em oito dimensões ou domínios.⁽²⁰⁾

Nos dias de consulta, as pesquisadoras apresentaram os objetivos do estudo, os pacientes foram convidados a participar e os que aceitaram assinaram o termo de consentimento. Os instrumentos foram aplicados individualmente após explicação. Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente pelo programa SPSS (frequência e One Sample Test; n.sig = 0,05).

4. Resultados e Discussão

Foram avaliados 40 pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II com idade acima de 40 anos, sendo que 23(57,5%) usam insulina e 17(42,5 %) não usam insulina; 26 (65%) mulheres e 14 (35%) homens (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da frequência por sexo e estado civil dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	26	65
Masculino	14	35
Total	40	100
Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Casado	27	67,5
Viúvo	8	20,0
Solteiro	3	7,5
Divorciado	2	5,0
Total	40	100,0

Diabetes Mellitus tipo II apresenta maior prevalência na população acima de 30 anos, conforme o Ministério da Saúde.⁽²¹⁾ Esse tipo de doença, tem aumentado em grandes proporções devido a vários fatores, entre eles: o processo de industrialização, sedentarismo, hábitos alimentares, elevada expectativa de vida. O uso ou não de insulina se deve aos graus variáveis de resistência da ação da insulina ou de deficiência de secreção de insulina.⁽²²⁾ Apesar da doença ser controlada com mudanças de estilo de vida, algumas vezes é necessário o uso de medicamentos.

Em algumas pesquisas houve predominância de sexo feminino,⁽²³⁾ o que foi evidenciado neste estudo, todavia estudos nacionais e regionais mostram que não há diferença significativa da prevalência de Diabetes Mellitus relacionado ao gênero no Brasil.⁽²⁴⁾

Em relação ao estado civil 27 (67,5%) eram casados, oito (20%) viúvos, três (7,5%) solteiros e dois (5%) divorciados (Tabela 1). O apoio da família é um dos fatores condicionantes para o autocuidado.⁽²⁵⁾ Estudos demonstram que as pessoas diabéticas que tiveram apoio adequado de seus familiares aderiam melhor às práticas do autocuidado e este tipo de apoio pode auxiliar na identificação das necessidades de assistência.

Quanto ao grau de escolaridade, 20 (50%) tinham ensino fundamental incompleto, cinco (12,5%) ensino fundamental completo, dois (5%) ensino médio incompleto, oito (20%) ensino médio completo, um (2,5%) superior completo e quatro (10%) analfabetos.

A baixa escolaridade exige dos profissionais de saúde um maior

esforço no sentido de planejar um trabalho adequado à realidade vivenciada pela população.⁽²⁶⁾ Existem dados empíricos apontando que mais da metade das pessoas que possui Diabetes Mellitus não sabe do fato e também não tem conhecimento da própria doença.⁽²⁷⁾ Nesta pesquisa observou-se que, embora os pacientes saibam o diagnóstico (diabetes), conhecer sobre as consequências da mesma não é tão claro assim.

Quando questionados sobre o que sabem sobre a doença e suas consequências, observou-se que 10 (25%) não sabem à respeito da doença, dois (5%) sabiam pouco e dois (5%) sabiam tudo (Tabela 2 e 3).

Tabela 3: O que você sabe sobre as possíveis consequências

Consequências	Frequência	Porcentagem
Derrame	4	10
Cegueira	27	67,5
Afeta vários órgãos	28	70
Coma	1	2,5
Hipoglicemia	1	2,5
Mal estar	2	5
Amputação de membros	11	27,5
Dores	9	22,5
Impotência sexual	2	5
Domência nos membros inferiores	1	2,5
Descontrole do peso	3	7,5
Morte	1	2,5
Difícil cicatrização	4	10
Diversas	2	5
Infecções	2	5
Trombose	1	2,5
Coolesterol	1	2,5
Má circulação	1	2,5
Anemia	1	2,5
Desmaio	1	2,5
Hipertensão	1	2,5
Não sei	2	5
Boca seca	1	2,5

Um dos participantes disse que o Diabetes Mellitus não tem sintoma. Isso foi evidenciado também em outro estudo, onde a maioria dos pacientes disse que não há sintomas ou estes são inespecíficos como tontura, dificuldade visual, astenia ou câimbras. Já os sintomas clássicos como poliúria, polidipsia e polifagia são mais característicos do tipo I, mas também estão presente no tipo II.⁽²²⁾

O conhecimento acerca da doença favorece o autocuidado e contribui para o sucesso do tratamento.⁽²⁸⁾

Com relação à profissão, os dados indicam que 15 (37,5%) são aposentados, 11 (27,5%) domésticas, cinco (12,5%) serviços gerais, dois (5%) costureira, dois (5%) vendedor, um (2,5%) motorista, um (2,5%) atendente escolar, um (2,5%) técnico de eletrodoméstico, um (2,5%) pintor e um (2,5%) lavrador.

O Diabetes Mellitus é uma doença que exige mudança de hábitos e complicações podem ser frequentes, gerando incapacidades e elevado custo terapêutico.⁽²⁹⁾ o que pode reduzir a capacidade de trabalho e a expectativa de vida devido uma série de complicações micro e macro-vasculares.⁽³⁰⁾

Em relação ao tempo de diagnóstico, duas (5%) pessoas receberam o diagnóstico há um ano, cinco (12,5%) de 2 a 3 anos, 11 (27,5%) de 4 a 10 anos, 16 (40%) de 11 a 20 anos e seis (15%) acima de 20 anos.

A descoberta do diagnóstico pode afetar emocionalmente o indivíduo, pois terá que conviver com uma doença que não tem cura além de muitas limitações.⁽³¹⁾ Após o diagnóstico de uma doença crônica ou grave, os pacientes passam por algumas fases (negação, raiva/revolta, barganha, depressão) até atingir a fase de aceitação da doença.⁽³²⁾

Neste trabalho verificou-se que apesar de alguns pacientes terem um longo tempo de diagnóstico, a maioria não pratica atividade física e não seguem um plano alimentar adequado potencializando complicações. Os resultados indicam que 23 pacientes (57,5%) não realizam atividade física enquanto 17 pacientes (42,5%) relataram a prática de algum tipo de atividade física.

Um estudo avaliou a realização de atividade física em 33 indivíduos diabéticos tipo II e verificou-se que em indivíduos que praticam atividade física houve redução da glicemia de jejum, HbA1 (hemoglobina glicada), triglicerídeos e IMC, aumento do HDL-c e melhora da eficiência cardíaca, mostrando assim a importância da atividade física bem orientada.⁽³³⁾

Seguir um plano alimentar, atividade física e terapêutica medicamentosa exigem esforços, o que muitas vezes dificulta a adesão dos pacientes ao tratamento. É necessário compreender que alguns sentimentos e comportamentos influenciam na motivação e disposição de mudanças incorporadas no dia-a-dia de sua vida.⁽³¹⁾ Estudos demonstram que o início de uma atividade física não depende apenas de orientações médicas isoladas, pois isso não é suficiente para sensibilizar uma mudança de comportamento.⁽³⁴⁾ Sintomas depressivos e níveis socioeconômicos foram mais investigados como possíveis fatores que poderiam interferir nesta resposta.⁽³⁵⁾

A dificuldade em aderir às recomendações nutricionais pode estar relacionada a aquisição dos alimentos mais apropriados ao tratamento e a influência da família em consumir determinado

alimento. A falta de clareza do custo-benefício entre adesão das orientações favorece o risco da descompensação glicêmica.⁽³⁶⁾

A melhor estratégia nutricional para promover a saúde e redução do risco de doença crônica, segundo a American Diabetes Association está relacionada com nutrientes adequados, seguindo uma alimentação variada, moderada e equilibrada, com base na Pirâmide alimentar.⁽³⁷⁾ Há um guia alimentar adaptado para população brasileira no qual são estabelecidas cinco dietas-padrão (1500Kcal, 1600Kcal, 1800Kcal, 2000Kcal e 2200 Kcal) com distribuição dos macro-nutrientes: carboidratos(50-60%), proteínas (10-15%) e lipídios (20-30%).⁽³⁸⁾

Cumprir a dieta é parte essencial no tratamento do Diabetes. Várias pesquisas demonstram uma baixa aderência dos pacientes a dieta apropriada.⁽³⁹⁾ O ato de comer tem um significado complexo, não se restringe apenas a ingestão do alimento, inclui também sentimentos, emoções e valores culturais que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde.⁽⁴⁰⁾

Ao analisar a condição sócio-econômica, observou-se que 25 (62,5%) recebiam um salário, nove (22,5%) dois salários, dois (5%) mais de três salários e quatro (10%) não tem salário fixo.

Estudos apontam que o Diabetes Mellitus afeta todas as classes sociais. Esse fator tem fortes ligações com a forma como as pessoas se alimentam. No mundo contemporâneo o padrão dietético está relacionado com alto conteúdo de gorduras totais, colesterol, açúcares, carboidratos, baixo teor de ácidos graxos e fibras, associado ao estilo de vida sedentário. Assim, a qualidade do consumo alimentar e a organização da dieta se tornam comprometidas.^(41,42)

Em relação à taxa glicêmica¹ encontrada nesta pesquisa, a média foi de M=170,85, DP=80,247, Mín=65mg/dl e Max.449 mg/dl de taxa glicêmica (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição por frequência, porcentagem da glicemia, média, desvio- padrão, mínimo e máximo da taxa glicêmica medida antes da consulta (em jejum)

Glicemia	Frequência	Porcentagem			
Menor que 99 mg/dl	4	10%			
De 100 mg/dl/ a 126 mg/dl	7	17,5%			
De 127 mg/dl a 200 mg/dl	21	52,5			
Maior ou igual a 200 mg/dl	8	20			
Total	40	100			
Glicemia	N	M	DP	Mín	Máx
Participantes	40	170,82	80,24	65	449

Para ser considerado portador de DM não tratado é necessário que a glicemia randômica seja > 200 mg/dL, glicemia em jejum > 126 mg/dL, ou glicemia > 200 mg/dL duas horas após sobrecarga de glicose oral (75 g). Quando a glicemia em jejum encontra-se entre 100 e 125 mg/dL ou entre 140 e 199 mg/dL após sobrecarga de glicose, o indivíduo é rotulado como portador de tolerância à glicose alterada. A hemoglobina glicada, que reflete o controle glicêmico nos dois últimos meses, deve ser utilizada fundamentalmente para o seguimento da terapêutica e não para o diagnóstico do diabetes.⁽⁴³⁾

Estudos revelam que para se obter um bom controle glicêmico é importante o conhecimento adequado da doença, mas isso é

apenas uma das variáveis, pois estilo de vida e crenças sobre a doença têm forte impacto no comportamento das pessoas.⁽⁴⁴⁾ Neste trabalho, foi questionado sobre a verificação, controle e como era feito a monitorização da glicemia. Dos pacientes que responderam, 28 (70%) realizavam exames diários, três (7,5%) não realizavam diariamente, dois (5%) quase que diariamente e sete (17,5%) às vezes (Figura 1).

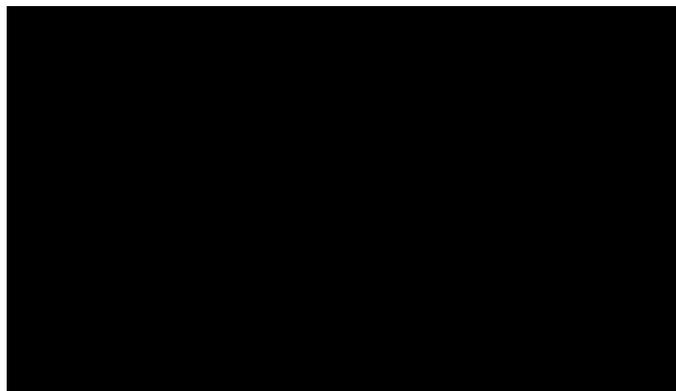


Figura 1: Verificação diária da glicemia pelos pacientes Diabéticos tipo II

De acordo com a Diabetes Control and Complication Trial Research Group, o controle glicêmico por meio da automonitorização, contribui na detecção do aumento (hiperglicemia) ou diminuição (hipoglicemia) das taxas de glicemia, favorecendo o retardo de complicações agudas e consequentemente de complicações crônicas.⁽⁴⁵⁾

Em relação aos sintomas de depressão, os resultados indicam 15 pacientes com sintomas mínimos, 11 com sintomas leves, 14 com sintomas moderados e nenhum paciente apresentou sintomas graves.

Estudo refere que a depressão é três ou quatro vezes mais prevalente em diabéticos do que na população em geral.⁽⁴⁶⁾ Níveis de depressão moderado e grave, se presentes, interferem de forma significativa na adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto para outro tipo de controle, como por exemplo dieta nutricional, além de obter piores funcionamento mental e emocional, quando comparados àqueles pacientes com sintomas leves.⁽⁴⁷⁾

A depressão é uma síndrome psiquiátrica e está associada a doenças clínicas crônicas, dificultando a adesão as orientações terapêuticas além do aumento da mortalidade e morbidade.⁽⁴⁸⁾

Alguns autores justificam que os sintomas depressivos em pacientes diabéticos está associado a dificuldades de mudança de hábito, como mudança na dieta e na dependência medicamentosa.⁽⁴⁹⁾

Avaliando os sintomas de ansiedade, 13 pacientes apresentaram sintomas mínimos, 14 apresentaram sintomas leves, 5 apresentaram sintomas moderados e 8 apresentaram sintomas graves.

Diante da confirmação do diagnóstico da doença e informações do tratamento, muitos sentimentos ocorrem, tais como medo, tristeza e ansiedade.⁽⁵⁰⁾ Essas reações emocionais interferem na manutenção da saúde.⁽⁵¹⁾

Em relação à qualidade de vida, observou-se que no aspecto físico, 24 pacientes ficaram abaixo de 50%, sendo a média de

51,88 (Tabela 5). No aspecto emocional a média foi de M=38,33, sendo que 16 pacientes ficaram abaixo de 50% e 24 acima de 50%. No aspecto vitalidade, 17 pacientes ficaram abaixo de 50% e 23 acima de 50%, com M=52,13 e DP=26,67. No aspecto dor, 19 pacientes ficaram abaixo de 50% e 21 pacientes acima de 50% (M=51,18 e DP=28,40). A dor interferiu na capacidade funcional de alguns pacientes, pois 16 pacientes ficaram abaixo de 50% e 24 acima de 50 (M=51,88 e DP=28,70).

O estado geral de saúde foi bom, 26 participantes ficaram acima de 50% e 14 abaixo de 50% (M=57,45 e DP=25,71). No aspecto social, seis pacientes ficaram abaixo de 50% e 34 acima de 50% (M=69,37 e DP=24,83). Os pacientes foram questionados sobre apoio social e os resultados indicaram que 27 pacientes (67,5%) recebiam apoio satisfatório; 13(32,5%) do SUS, 13 (32,5%) da família e somente um (2,5%) do psicólogo, 13(32,5%) responderam que não recebiam nenhum tipo de apoio.

Tabela 5: Valores obtidos para as variáveis do SF-36 nos pacientes diabéticos tipo II

Variável	Média	DP	Min	Máx
CF	51,88	28,70	5	100
AF	31,88	38,80	0	100
D	51,18	28,40	10	100
EGS	57,45	25,71	5	97
VITA	52,13	26,67	5	10
AS	69,37	24,83	12,5	100
AE	38,33	41,03	0	100
SM	59,20	27,04	12	100

CF – Aspecto Funcional. AF – Aspectos Físicos; D – Dor; EGS – Estado Geral de Saúde;

VITA – Vitalidade; AS – Aspectos Sociais; AE – Aspectos Emocionais; SM – Saúde Mental;

DP – Desvio Padrão

Estudos verificaram que quando há participação familiar e apoio ao tratamento, o paciente sente-se mais satisfeito e adaptado ao novo estilo de vida. Isso quer dizer que, os comportamentos familiares positivos de apoio e uma maior coesão familiar não estão diretamente relacionados com o controle glicêmico, mas contribui para uma menor.⁽⁵²⁾

É importante salientar que os aspectos sociais a respeito do custo financeiro da doença e a sensação que esse paciente tem do apoio recebido, estimula para uma boa qualidade de vida e na sua relação interpessoal e familiar.⁽⁵³⁾

Na Escala Modos de Enfrentamento (EMEP) os resultados mostram que as médias do enfrentamento focalizado no problema e na emoção estão abaixo da média normativa indicando que estes tipos de enfrentamento são menos utilizados em comparação com os enfrentamentos religioso e suporte social (Tabela 6).

Tabela 6: Média e desvio padrão dos tipos de enfrentamentos utilizados pelos pacientes e média e desvio padrão normativo da escala modos de enfrentamento de problemas (EMEP)

Fatores da EMEP	M	DP	M normativa	DP normativo
EP	3,62	0,59	3,68	0,59
EE	2,08	0,18	2,22	0,64
ER	3,7	0,01	3,5	0,86
ESS	3,14	0,0004	3,62	0,67

EP - Enfrentamento focalizado no problema/ EE- Enfrentamento focalizado na emoção/ ER - Enfrentamento Religioso/ ESS - Enfrentamento focalizado no Suporte Social

A religião seria um meio de aliviar um impacto negativo da doença.⁽⁵⁴⁾ Cabe a cada indivíduo escolher a estratégia de enfrentamento que será utilizada em seu repertório e isso vai depender das suas experiências reforçadoras, habilidades desenvolvidas para o domínio e adaptação do estresse.⁽⁵⁵⁾

O suporte social deve ser considerado eficaz quando ocorre reforçamento de comportamento associado ao bem-estar do paciente e atitude de adesão ao tratamento.⁽⁵⁶⁾ O reforço social depende da condição do agente reforçador. Este funciona como amortecedor do estresse e enfrentamento para lidar com as dificuldades.⁽⁵⁷⁾

Conclusão

Foram avaliados pacientes acima de 40 anos de idade, sendo que 23 pacientes faziam uso de insulino-terapia; predominância do sexo feminino e baixo grau de escolaridade.

Para a maioria dos pacientes, a glicemia é verificada diariamente e controlada por meio da alimentação, caminhada, medicamentos, no entanto a maioria não realiza atividade física.

Quanto às informações sobre a doença uma minoria disse que sabia tudo sobre a doença, mas a maioria sabia das complicações. Sintomas de depressão (leves e moderados) e sintomas de ansiedade (leves, moderados e graves) estão presentes na maioria dos pacientes.

Os aspectos mais prejudicados quando avaliada a qualidade de vida foram os aspectos funcionais e aspectos emocionais. Os mais bem avaliados foram aspectos sociais e saúde mental.

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas são a religiosa e suporte social.

Referência bibliográfica

1. Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de Diabetes Mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2003;11(3):312-319.
2. American Diabetes Association. Diabetes Mellitus and exercise. *Diabetes Care* 2000; 23 (Suppl 1): 50-54.
3. Ministério da Saúde - Cadernos de Atenção Básica - Diabetes Mellitus - Cadernos de Atenção Básica 2006, 16. Brasília – DF.
4. Zagury L, Zagury T. Diabetes sem medo: orientação para diabéticos e seus familiares. Rio de Janeiro:Rocco; 2002.
5. Stratton IM et al. United Kingdom prospective diabetes study. *BMJ* 2000;321:405-412.
6. Gameiro F, Moos EC, Teixeira JAC. Satisfação de sujeitos diabéticos em relação aos cuidados de saúde. In: Ribeiro JL, Leal I, Dias MR. *Psicologia da saúde nas Doenças crônicas*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2000. p.297-310.
7. Ciechanowski PS et al. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25(4):246-252.
8. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS. et al. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med*. 1997;59:24-31.
9. Neto RCM. Vivendo com o Diabetes Mellitus: a experiência de sujeitos atendidos em uma unidade pública de saúde no Rio

de Janeiro. Dissertação [Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2003.

10. Organização Mundial de Saúde. Divisão de saúde mental, grupo WHOQOL 1994.
11. Vuori I, Paronen O, Oja P. How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. *Patient Educ Couns*. 1998;33(1 Suppl):111-119.
12. Zanetti ML, Otero LM, Freitas MCF, Santos MA, Guimarães FPM, Couri CEB, Péres D.S, Ferronato AA, Dal Sasso K, Barbieri AS. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. *RBPS* 2006;19(4):253-60.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Revista de Hipertensão e Diabetes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
14. Powers A. Diabetes melito. In: Braunwald E. 15ªed. *Harrison: medicina interna*. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 2004. v.2,cap.333,p.2240-2271.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Abordagem nutricional em Diabetes Mellitus*. Brasília, 1999.
16. Schmidt MI. Diabetes Mellitus: diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: *Medicina ambulatorial:condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.669-676.
17. Araújo SSC et al. Suporte social, promoção de saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface* 2006; 10(19): 203-216.
18. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo, São Paulo; 2001.
19. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia:Teoria e Pesquisa* 2001;17:225-234.
20. Ciconelli RM et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36(Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia* 1999;39(3):143-150.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Planejamento reorganização da atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, 2002.
22. Teixeira L, Machado AC. Diabetes Mellitus-Novos Critérios de Classificação e Diagnóstico. In: *Endocrinologia Clínica*. Rio de Janeiro:Meds; 1999. p.353-362.
23. Malerbi DA. Estudo da prevalência do Diabetes Mellitus no Brasil. Tese [Doutorado] - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo; 1991.
24. Torquato MTCG et al. Prevalência do Diabetes Mellitus, diminuição da tolerância à glicose e fatores de risco cardiovascular em uma população urbana adulta de Ribeirão Preto. *Revista de Diabetes Clínica* 2001;5(3):183.
25. Orem ED. *Modelo de Orem-Conceptos de enfermagem em La práctica*. Barcelona:Masson Itália Editori; 1993.
26. Braga WRC. Diabetes Mellitus. *Enciclopédia da Saúde*. Medsi 2002;1(3):363-379.
27. Carvalho M. et al. Um sistema para monitoramento do pé diabético. Departamento de Ciência da Computação e Estatística e Departamento de Medicina. Universidade Federal de Sergipe, 2007.

28. Oliveira RF. Diabetes dia-a-dia: guia para o diabético, seus familiares, amigos e membros das equipes de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
29. Franco JF. Epidemiologia do Diabetes Mellitus. In: LESSA, IO adulto brasileiro e as doenças da modernidade-epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo -Rio de Janeiro: HUCITE/ABRASCO; 1998. p.123-137.
30. Gross JL, Nehme M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do Diabetes Mellitus: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Rev. Ass. Bras. Med 1999;45(3):279-284.
31. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Revista Latino-Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto, v.15, n.6, p.1105-1112, 2007.
32. Kubler-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
33. Silva CA, Lima WC. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do Diabetes Mellitus tipo 2 a curto prazo. Arquivo Brasileira de Endocrinologia Metabólica 2002;46(5):550-556.
34. Green BB, McAfee T, Hindmarsh M, Madsen L, Caplow M, Bruist D. Effectiveness of telephone support in increasing physical activity levels in primary care patients. Am. J. Prev. Med 2002;22(3):177-183.
35. Caro JJ, Getsios D, Caro I, Klittich WS, O'Brien JA. Economic evaluation of therapeutic interventions to prevent type 2 diabetes in Canada. Diabet Med 2004; 21(11):1229-1236.
36. Silva I et al. Qualidade de vida e complicações crônicas da Diabetes. Análise Psicológica 2003; 2(12):185-194.
37. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2005; 28(Suppl 1):4-36.
38. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev. Nutr. 1999; 12(1):65-80.
39. Williamson AR. et al. Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with diabetes. Diabetes Educ. 2000;26(2):272-279.
40. Garcia RWD. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. Rev. Nutr. Puccamp 1992;51(1):70-80.
41. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). Rev. Saúde Pública, São Paulo 2000;34(6):52-61.
42. Garcia RW. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. Revista de Nutrição Puccamp 2003;16(4):483-492.
43. Fráguas R, Soares SM, Bronstein D. Depressão e Diabetes mellitus. Revista Psiquiátrica Clínica 2009; 36(Supl.3):p.83-7.
44. Coates VE. Educational issues relating to people with long-term health problems. In: Education for patients and clients. London:Rutledge; 1999. p.135-160.
45. Diabetes Control and Complication Trial Research Group-Dcct. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N. Engl. J. Med 1993;329:977-986. 17
46. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS. et al. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. Psychosom Med. 1997;59:24-31.
47. Rajala U, Keinanen KS, Kivela SL. Non insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a middle aged finnish population. Soc. Psychiatr. Epidemiol. 1997;32:363.
48. Teng CT, Humes EC, Demétrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. Revista Psiquiátrica Clínica 2005;32(3):149-159.
49. Larijani B, Khoram M, Bayat S, Gorgani MK, Bandarian F, Akhondzadeh S et al. Association between depression and diabetes. Germ. J. Psychiatry 2004;7:62-65.
50. Graça LAC, Burd MMJ. Grupos de diabéticos. Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p.213-232.
51. Filho CVS, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de auto cuidado-substâncias para Enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de Diabetes mellitus. Escola Anna Nery 2008;12(1):125-9.
52. Trief PM, Grant WG, Elbert K, Weinstock RS. Family environment, glycemic control and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. Diabetes Care 1998;21(2):241-245.
53. Guthrie DW, Bartsocas C, Jarosychabot P, Konstantinova M. Psychosocial issues for children and adolescents with diabetes: overview and recommendations. Diabetes Spectr 2003;16(1):7-12.
54. Oliveira RF. Diabetes dia-a-dia: guia para o diabético, seus familiares, amigos e membros das equipes de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
55. Savóia MG Instrumento para avaliação de evento vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping) em situações de estresse. In: Gorenstein NC, Andrade LHSG, Zuardi AW (editores). Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos-Editorial; 2000. p.377-386.
56. Skinner BF. Ciência e comportamento humano. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
57. Kang ILL, Molassiotis A. Quality of life, coping and cancers in Chinese patients after renal transplantation. International Journal of Nursing Studies 1999;36:313-322.

(Footnotes)

¹ Medida de glicemia realizada antes da consulta, em jejum.