

Caracterização psicossocial de pacientes diabéticos de um hospital público universitário

Alexandra Medeiros Borges^I

Ricardo Gorayeb^{II}

Maria Cristina Foss-Freitas^{III}

Caracterização psicossocial de pacientes diabéticos de um hospital público universitário

RESUMO

OBJETIVOS: caracterizar sociodemograficamente pacientes diabéticos adultos de um hospital público universitário, avaliar o conhecimento da doença e seu impacto psicossocial. **MÉTODO:** realizadas 62 entrevistas, criadas categorias com conteúdos verbais e feita contagem da frequência. **RESULTADOS:** da amostra, 54,8% eram do sexo feminino, 67,7% casados, 77,4% cursaram o Ensino Fundamental e 88,7% tinham Diabetes Mellitus tipo 2. Sabiam da necessidade de fazer dieta 82,3%, mas 46,8% tinham dificuldade em segui-la. Quanto ao impacto psicossocial, 37,1% deixavam de sair de casa devido à doença, 45,2% referiram prejuízo da capacidade ocupacional e 29%, dificuldade nos relacionamentos. Apresentaram queixa emocional 67,7%. **CONCLUSÃO:** observou-se alta frequência de queixas emocionais, pouco conhecimento e dificuldade para lidar com a doença. Ressalta-se a importância das ações multidisciplinares, auxiliando o paciente no processo de aceitação da doença e adaptação às mudanças necessárias, favorecendo a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Psicologia; Multidisciplinaridade; Depressão.

Psychosocial characterization of diabetes mellitus patients of a public university hospital

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize diabetic adult patients of a public university hospital, to evaluate their disease's knowledge, and the psychosocial impact of their illness. **METHOD:** 62 interviews were performed, verbal contents categorized and frequency counted. **RESULTS:** 54.8% of the patients were female, 67.7% were married, 77.4% with high school educational level and 88.7% with type 2 Diabetes Mellitus. 82.3% of the population knew the importance of a diet, but 46.8% had

difficulties in following it. About psychosocial impact, 37,1% gave up on going out because of the disease, 45,2% had affected their ability to work, 29% reported relationship problems. 67.7% presented emotional complaints. **CONCLUSION:** Patients reported high frequency of emotional complaints, little knowledge and difficulties in dealing with their disease. It is also pointed out the importance of multidisciplinary actions, helping the patient in the disease acceptance process and in the adaptation to the necessary changes favoring treatment adherence.

Keywords: Diabetes Mellitus; Psychology; Multidisciplinary; Depression.

Caracterización psicosocial de pacientes diabéticos de un hospital público universitario

RESUMEN

OBJETIVOS: caracterizar sociodemográficamente pacientes diabéticos adultos de un hospital público universitario, evaluar el conocimiento de la enfermedad y su impacto psicosocial. **MÉTODO:** se realizaron 62 entrevistas, se crearon categorías con contenidos verbales y se hizo el cómputo de frecuencia. **RESULTADOS:** el 54,8% de la muestra fueron mujeres, el 67,7% casados, el 77,4% asistió a la escuela primaria y el 88,7% tenían Diabetes Mellitus tipo 2. Sabían de la necesidad de dietas el 82,3%, pero el 46,8% tenía dificultad en seguirla. En cuanto al impacto psicosocial, el 37,1% dejaba de salir de casa debido a la enfermedad, el 45,2% reportó pérdida de capacidad laboral y el 29%, dificultad en las relaciones. Presentó queja emocional el 67,7%. **CONCLUSIÓN:** hubo una alta frecuencia de quejas emocionales, poco conocimiento y dificultad para hacer frente a la enfermedad. Destacando la importancia de acciones multidisciplinarias, ayudando al paciente en el proceso de aceptación de la enfermedad y adaptarse a los cambios requeridos, alentando la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Psicología; Multidisciplinariedad; Depresión

Introdução

Desde 1975, a Organização Mundial de Saúde considera o Diabetes Mellitus (DM) como um problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando e alcançando proporções epidêmicas: pelo menos 346 milhões de pessoas no mundo têm DM, e estima-se que esse número, provavelmente, irá mais do que dobrar até 2030 (Organização Mundial de Saúde, 2012).

No Brasil, de acordo com dados do DATASUS, no ano de 2009 foram registrados 52.104 óbitos em decorrência do DM (Ministério da Saúde, 2009). Em um estudo realizado com amostra representativa da população urbana, entre 30 e 69 anos de idade, obteve-se prevalência de DM de 7,6% (Bosi et al., 2009), e em Ribeirão Preto um levantamento em 2003 apontou índices maiores (12,1%) (Torquato et al., 2003).

O DM é uma doença que demanda, para seu controle, comportamentos de autocuidado para que as taxas de glicemia sejam mantidas o mais próximo possível

dos valores normais (70 a 100), exigindo dos pacientes muitas alterações em suas rotinas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2012). Tais alterações podem ser difíceis, pois requerem mudanças de hábitos alimentares, seleção de alimentos, controle de quantidade e horários das refeições, e também atividades físicas regulares. Diante disso, a adesão ao tratamento é um tema de grande importância no contexto do DM e tem sido foco de muitos estudos. Apesar dos grandes avanços científicos nessa área, as taxas de não adesão permanecem altas (Bogner, Morales, de Vries & Cappola, 2012; Gutierrez-Ângulo, Lopetegi-Uranga, 2012). Os aspectos em que a baixa adesão é mais frequentemente relatada são a prática de atividade física (Grillo & Gorini, 2007; Assunção, Santos, & Dias da Costa, 2002; Paiva, Bersusa & Escuder, 2006) e dieta (Grillo & Gorini, 2007; Assunção et al., 2002; Paiva et al., 2006), tendo como consequência um controle metabólico insatisfatório (Paiva et al., 2006; Otero, Zanetti, & Teixeira, 2007; Bordalo, Neiva Neto, & Nascimento, 2005).

Os fatores associados à baixa adesão ao tratamento do DM parecem ser as características do tratamento (duração e complexidade), o repertório comportamental complexo exigido do paciente e alguns fatores como comunicação insuficiente do profissional da saúde com seu paciente e ausência de apoio familiar e social (Malerbi, 2001). Além disso, estudos associam as baixas taxas de adesão à falta de conhecimento da doença e de seu tratamento (Gutierrez-Ângulo et al., 2012) e à presença de sintomas depressivos em pacientes diabéticos (Bogner et al., 2012). Isso possivelmente está associado às dificuldades de manutenção dos comportamentos de autocuidado, diante de dificuldades emocionais enfrentadas pelos pacientes.

Outra consideração importante é que o controle metabólico pode sofrer influência de aspectos emocionais, devido a alterações hormonais. Por exemplo, na depressão ocorrem alterações neuroquímicas e hormonais que têm efeitos hiperglicemiantes e podem acarretar distúrbios no metabolismo glicêmico (Moreira et al., 2003). O estresse influencia na secreção de uma série de hormônios (cortisol, catecolaminas, hormônio do crescimento, glucagon), relacionados também ao aumento da glicemia.

Uma revisão bibliográfica sobre aspectos psicológicos e pessoais no manejo do diabetes identificou como principal alteração a presença de depressão nos pacientes (Pineda et al., 2004). A depressão ocorre em função das mudanças nos hábitos de vida que se fazem necessárias para o controle da doença e em consequência das complicações associadas ao avanço da enfermidade, principalmente nos casos caracterizados pelo controle irregular da taxa de glicemia no sangue (Pineda et al., 2004). Estudos revelam que a depressão é duas vezes mais comum em pacientes diabéticos do que na população geral (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001).

Relata-se na literatura que, já durante o recebimento do diagnóstico médico, o paciente portador de DM pode experimentar uma série de emoções, como choque, negação, raiva e depressão, sendo a aceitação da doença um primeiro passo para a promoção adequada do automanejo (Straub, 2005). Se não houver o tratamento adequado, a depressão pode persistir por anos e aumentar os riscos de agravos à saúde do paciente. Percebe-se que vários fatores parecem estar relacionados com o surgimento ou piora da depressão em pacientes diabéticos: cronicidade da moléstia, ausência de esperança na cura, restrições alimentares, falta de recursos financeiros, ausência de apoio social e familiar. Como consequências da depressão nesses indivíduos, são apontados piora no controle glicêmico, aumento e maior gravidade das complicações clínicas e piora na qualidade de vida (Moreira et al., 2003; Toplak & Abrahamian, 2009; Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarrain, & Díez, 2007).

As principais complicações clínicas do DM associadas à depressão são doença arterial coronariana, doença vascular periférica, disfunção erétil, retinopatia, nefropatia e neuropatia (Moreira et al., 2003). Pacientes diabéticos com depressão estão mais propensos também a apresentar fatores de risco para problemas cardíacos (tabagismo, obesidade e sedentarismo), em comparação com aqueles que só têm DM (Katon et al., 2004).

Outro fator muito importante no controle do DM é a adequada relação médico-paciente, devendo o médico ser capaz de estabelecer uma relação empática com o paciente e entender as dificuldades do tratamento proposto. Para melhor identificar as dificuldades pelas quais passa o paciente, e aumentar o conhecimento de residentes de medicina, foi realizado um estudo com médicos residentes que receberam treinamento de monitoramento de glicemia capilar, técnicas de aplicação de insulina e contagem de carboidratos e orientação para se portarem como diabéticos. Esse estudo mostrou que o treinamento levou a uma melhora na aquisição de conhecimentos, ao mesmo tempo em que sensibilizou o profissional para as dificuldades cotidianas enfrentadas pelo portador de DM na adesão às recomendações (Zanoni, Parisi, Admoni, Queiroz, & Nery, 2009).

No tratamento do DM nota-se ainda um predomínio da intervenção centrada na assistência médica, com ênfase no tratamento medicamentoso (Guimarães & Takayanagui, 2002), ao contrário do que preconiza a Sociedade Brasileira de Diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009), que enfatiza a importância de uma ação multidisciplinar, com ênfase na educação do paciente, para produzir mudanças adequadas de hábitos, aumentando assim a adesão aos tratamentos. Para que a ação multidisciplinar seja possível, torna-se necessária a investigação de aspectos psicológicos e sociais relacionados com a saúde e a doença dessa população, particularmente dos grupos de pacientes atendidos em serviços específicos, já que a variabilidade de características sociais é grande, especialmente no Brasil.

Assim sendo, o objetivo desta pesquisa foi realizar uma caracterização sociodemográfica da população adulta com DM atendida no serviço especializado de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo e conhecer o grau de informação do paciente sobre a enfermidade e as dificuldades na adesão, a fim de que se tenha um melhor planejamento da assistência. Além disso, objetivou-se avaliar a evolução clínica dos pacientes da amostra, a partir da comparação de alguns dados (hemoglobina glicosilada, glicemia e Índice de Massa Corpórea) obtidos no dia da primeira consulta e após um ano de seguimento médico no ambulatório.

Métodos

Participantes

Participaram do estudo 62 pacientes diabéticos tipo 1 e 2 recém-admitidos para seguimento no Ambulatório de DM de um hospital público universitário do interior do Estado de São Paulo.

Material

Um roteiro de entrevista semiestruturada contendo os seguintes tópicos:

I. Identificação (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão);

II. Dados da doença (tempo de diagnóstico, presença de outras enfermidades, forma pela qual descobriu o DM, orientações recebidas com relação ao tratamento e dificuldades em seguir as orientações);

III. Antecedentes familiares (existência de familiares com a doença);

IV. Conhecimentos sobre o DM (apresentar definição sobre o que é diabetes, tratamento e consequências do mau controle);

V. Tratamento (tratamento referido pelo paciente, aplicação de insulina);

VI. Implicações psicossociais (questões relacionadas a como o Diabetes Mellitus interfere na vida emocional e social do paciente);

VII. Dados obtidos do prontuário médico (presença de outras patologias e dados clínicos).

Procedimento

As entrevistas foram realizadas individualmente por um psicólogo com experiência em lidar com pacientes diabéticos. Tiveram duração média de uma hora, no dia da primeira consulta do paciente no Ambulatório de DM, como parte da rotina de atendimento prestado. Foi realizada uma consulta aos prontuários médicos desses pacientes, com a finalidade de obter o registro das doenças diagnosticadas e os resultados dos exames de glicemia capilar e hemoglobina glicosilada, na época da entrevista e após um ano.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da instituição. Todos os pacientes leram e assinaram um termo de consentimento informado antes de participar da investigação. Para análise das profissões foi utilizada a classificação das ocupações proposta por Soares (Soares & Fernandes, 1989).

Análise de dados

Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados, os quais foram apresentados em termos de frequência e porcentagem. Para análise das questões abertas das entrevistas, foram criadas categorias que agrupavam os conteúdos verbais semelhantes (Bardin, 2002), a partir das falas dos entrevistados. Posteriormente foi efetuada uma contagem da frequência das categorias de respostas verbais dos pacientes.

Resultados

Foram avaliados 62 pacientes, sendo 34 mulheres, com idade variando de 27 a 77 anos. Do total de participantes, 37,1% se encontravam na faixa entre 50 e 59 anos. As características sociodemográficas da amostra estudada estão descritas na [Tabela 1](#).

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas de portadores de DM (n=62) atendidos no ambulatório de DM de um hospital público universitário do interior do Estado de São Paulo

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	34	54,8%
Masculino	28	45,2%
Faixa etária		
20-39 anos	10	16,1%
40-59 anos	32	51,6%
+ de 60 anos	20	32,3%
Estado civil		
Casado ou amasiado	42	67,7%
Sem companheiro (a)	20	32,3%
Escolaridade		
Nenhuma	05	8,1%
Ensino Fundamental	48	77,4%
Colegial	08	12,9%
Superior	01	1,6%
Profissão		
Não trabalham ou sem qualificação	38	61,3%
Qualificação inferior ou média	14	22,6%
Qualificação superior	03	4,8%
Sem informação da profissão	07	11,3%

Em relação à doença, 54,8% tinham mais de dez anos de diagnóstico, 87,1% da amostra eram diabéticos do tipo 2 e 75,8% tinham antecedentes familiares com diagnóstico de DM. As doenças associadas ao DM ou ao estilo de vida descritas no prontuário médico foram: hipertensão (74,2%), sobrepeso ou obesidade (35,8%), dislipidemia (37,1%), doenças cardiovasculares (21%), doenças renais (24,2%), retinopatia (19,4%), neuropatia (11,3%), disfunção erétil (6,5%) e depressão (3,2%).

No que se refere à forma pela qual os pacientes descobriam a doença, observou-se que 58,1% identificaram a ocorrência do DM pelos sintomas, 24,2% por exames de rotina ou pré-natal, 8,1% por exames pré-cirúrgicos e o restante devido a complicações da doença, doação de sangue, parto ou não souberam informar. Cabe ressaltar que apenas uma pequena parcela (1,6%) foi diagnosticada em mutirões de saúde.

A respeito das orientações recebidas pela equipe de saúde sobre o tratamento, verificou-se que 82,3% da amostra declararam ter recebido alguma orientação com relação à dieta no início do tratamento, porém, quase metade relatou ter dificuldade em seguir as orientações. Outras orientações recebidas e dificuldades referidas pelos pacientes podem ser observadas na [Tabela 2](#).

Tabela 2. Relato de pacientes com DM sobre orientações recebidas com relação ao tratamento e dificuldades encontradas

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Orientação Inicial		
Dieta	51	82,3%
Medicação	37	59,7%
Exercício físico	19	30,6%
Exames frequentes	02	3,2%
Sem orientação ou não se recorda	04	6,5%
Dificuldade em seguir orientação	45	72,6%
Dificuldade em seguir dieta	29	46,8%
Dificuldade em praticar exercício físico	14	22,6%
Dificuldade financeira para seguir o tratamento	08	12,9%
Dificuldade em aplicar a medicação	05	8,1%
Dificuldade em seguir horário do tratamento	02	3,2%
Dificuldade em perder peso	01	1,6%

Os dados referentes ao conhecimento que os pacientes possuíam sobre o que é DM e o que se deve fazer para controlar a doença estão apresentados na [Tabela 3](#).

Tabela 3. Conhecimento que o paciente tem sobre o que é Diabetes Mellitus

Categorias	Porcentagem
O que é DM	
Açúcar no sangue/organismo	43,5%
Complicações do DM	24,2%
Problemas no funcionamento do pâncreas	19,4%
Deficiência na produção de insulina	19,4%
Não sabe explicar	16,1%
Não pode comer doce	14,5%
Sintomas	14,5%
Doença emocional	3,2%
Outros	6,5%
O que é necessário para manter DM controlado	
Dieta	88,7%
Medicação	48,4%
Exercício físico	27,4%
Controlar aspectos emocionais	8,1%
Outros	11,3%

Como possíveis complicações do baixo controle da doença, os pacientes citaram: problemas na visão (41,9%), morrer (32,3%), amputar (24,2%), problemas nos rins (19,4%), coração (16,1%), derrame (12,9%), impotência (1,6%), entre outras com menor frequência.

Com relação ao tratamento, constatou-se que 56,5% utilizavam medicação oral e 58,1% faziam uso de insulina, sendo que 55,6% com autoaplicação, e 35,5% referiram fazer exercício como forma de tratamento do DM.

A [Tabela 4](#) apresenta os dados referentes ao impacto que o diagnóstico do DM teve nos comportamentos e sentimentos dos pacientes, de acordo com seu relato.

Tabela 4. Mudança de comportamento ou sentimento após o surgimento da doença relatada por pacientes diabéticos

Relato	Frequência	Porcentagem
Não observou mudança	37	59,7%
Aparecimento/aumento de tristeza, desânimo	11	17,7%
Aparecimento/aumento de irritabilidade	07	11,3%
Preocupação com relação à saúde	06	9,7%
Impotência sexual	04	6,5%
Aparecimento/aumento de fraqueza, cansaço	03	4,8%
Outros	07	11,3%

Além das mudanças nos comportamentos e sentimentos relatadas pelos participantes, a doença pode gerar outros impactos. Quando questionados, 45,2% dos pacientes disseram que o DM afeta sua capacidade para o trabalho, 37,1% referiram deixar de frequentar lugares em função da doença, 29% consideraram que tiveram relacionamentos afetados pela doença e 21% referiram sentir-se diferentes das outras pessoas por serem portadores de DM.

A [Tabela 5](#) apresenta as queixas emocionais atuais dos pacientes entrevistados, podendo estas estar ou não relacionadas à doença

Tabela 5. Queixas emocionais atuais relatadas por pacientes diabéticos

Categorias	Frequência	Porcentagem
Não refere queixas	20	32,3%
Tristeza	27	43,5%
Agressividade	17	27,4%
Ansiedade	09	14,5%

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), observou-se que a maior parte dos entrevistados encontrava-se acima do peso, tanto no início do tratamento no ambulatório como após um ano de tratamento, conforme pode ser observado na [Tabela 6](#).

Tabela 6. Distribuição dos pacientes diabéticos segundo o IMC e controle glicêmico na primeira consulta e após um ano

IMC	Primeira consulta	Depois de 1 ano
Normal (18,5-24,9)	30,2% (16)	26,4% (14)
Sobrepeso (25-29,9)	32,1% (17)	32,1% (17)
Obesidade moderada (30-39,9)	34% (18)	34% (18)
Obesidade mórbida (40-49,9)	3,8% (02)	7,5% (4)
Total	100 (53)	100% (53)
Glicemia	Caso novo	Depois de 1 ano
Hipoglicemia (até 70)	1,9% (01)	0% (0)
Bom controle (70 a 120)	22,6% (12)	22,6% (12)
Adequado (121 a 200)	41,5% (22)	35,8% (19)
Ruim (201 a 300)	22,6% (12)	26,4% (14)
Péssimo (mais de 300)	11,3% (06)	15,1% (8)
Total	100% (53)	100% (53)
Hemoglobina glicosilada	Antes caso novo	Depois de 1 ano
Até 7	23,9% (11)	17,4% (8)
Maior que 7	76,1% (35)	82,6% (38)
Total	100% (46)	100% (46)

Em relação ao controle glicêmico, pode-se observar que mais de 70% da amostra estudada apresentava glicemia superior a 120, tanto no início do tratamento como após um ano. A hemoglobina glicosilada acima de 7 foi registrada para 76,1% dos pacientes no início do tratamento no ambulatório, e o percentual aumentou para 82,6% após um ano.

Discussão

A equivalência da distribuição do DM em relação ao sexo, o predomínio de portadores da doença com idade acima de 40 anos e a presença de antecedentes familiares portadores de DM observados na amostra deste estudo corroboram os achados da literatura e mostram que esses pacientes apresentam características clínicas semelhantes às encontradas em outros serviços de saúde no Brasil (Torquato et al., 2003; Crispim et al., 2006; Ministério da Saúde, 2004).

Na amostra estudada, o diagnóstico do DM se deu em grande parte quando o paciente já apresentava sintomas. Sabe-se que no DM tipo 2 os sintomas tardam a aparecer, passando-se anos sem que a doença seja percebida. Os sintomas em geral surgem quando a glicemia já se encontra alterada. No entanto, mesmo antes do diagnóstico, níveis glicêmicos discretamente alterados já trazem prejuízos à saúde. Por isso, quando o diagnóstico de DM é realizado devido ao surgimento de sintomas, o paciente pode já apresentar alguma complicação (ex.: retinopatia). Daí a grande relevância das campanhas de detecção de diabetes, ressaltando-se que quase metade das pessoas diabéticas desconhece a sua condição (Malerbi & Franco, 1992). Outra medida preventiva é instituir a glicemia de jejum como exame de rotina nas consultas médicas, como forma de detectar a doença mais precocemente e evitar agravos e complicações relacionadas.

Apesar de a maioria dos pacientes ter a doença diagnosticada há um longo tempo, observou-se que há pouco conhecimento a respeito da etiologia e funcionamento do DM. O conhecimento sobre a doença nessa amostra encontrou-se bastante relacionado ao conceito de açúcar no sangue (43,5%) e às complicações advindas da doença (24,2%). Nota-se um conhecimento superficial sobre a doença, sendo que considerável porcentagem de pacientes disse não saber falar nada sobre DM (16,1%).

Em relação ao IMC, não houve mudanças significativas após um ano de seguimento clínico. Além disso, percebe-se uma discrepância entre a porcentagem de pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso registrado no prontuário médico (35,8%) e aquela obtida pelo cálculo de IMC para esta pesquisa (73,6%). Os índices de obesidade e sobrepeso identificados a partir do IMC estão mais próximos daqueles encontrados na literatura. Grillo e Gorini (2007), em seu trabalho de caracterização com pacientes diabéticos tipo 2, identificaram que 83,2% da sua amostra estavam acima do peso.

Sobre o controle do DM, podemos observar que a maior parte da amostra tem um controle insatisfatório, demonstrado pelos valores de hemoglobina glicosilada. Esses dados corroboram achados anteriores de um estudo em uma unidade básica de saúde, que apontou que 70% dos participantes da amostra estavam com valores da hemoglobina glicosilada acima de 6,5%, indicando dificuldade no controle da doença (Ramos & Ferreira, 2011).

Quanto ao tratamento medicamentoso, 58,1% dos pacientes fazem uso de insulina, e destes, 44,4% não autoaplicam a medicação. Esse dado é importante, pois a literatura refere que erros na administração da insulina ocorrem com maior frequência entre aqueles que não autoaplicam o medicamento (Mendes & Trevisan, 1981). Existem vários motivos que podem estar relacionados à dificuldade de autoaplicação: presença de alteração funcional (visão deficitária, tremor), falta de conhecimento adequado, desmotivação, medo em falhar ou medo da dor. A forma com que o paciente se sente frente à doença também pode influenciar na decisão

da autoaplicação. Alguns estudos correlacionam a baixa escolaridade com a não autoaplicação, o que poderia ajudar a compreender os presentes resultados (Stacciarini, Haas & Pace, 2008).

Neste estudo, a alta porcentagem de pacientes que não autoaplicam insulina parece estar relacionada às características da própria amostra: diabéticos com comprometimento funcional, idosos e com baixa escolaridade. Estudos mostram que a baixa escolaridade pode dificultar o acesso às informações (Paiva et al., 2006; Maia & Araújo, 2004; Delamater, 2006) e, dessa forma, prejudicar o desempenho do autocuidado de forma segura (Maia & Araújo, 2004).

Com relação ao controle alimentar, a maioria dos pacientes referiu saber da indicação de fazer uma dieta para o bom controle do DM, porém esse conhecimento é em grande parte superficial, pois muitas vezes a dieta foi relacionada apenas à restrição do açúcar. Além disso, 46,8% dos pacientes referiram dificuldade em controlar a alimentação. É importante ressaltar que ter o conhecimento é apenas o primeiro passo para a mudança de comportamento, não sendo suficiente por si só. A dificuldade das pessoas em seguir a dieta e a difícil convivência com a doença são de extrema importância na adesão, pois se estima que 40% dos indivíduos diabéticos tipo 2 poderiam conseguir o controle metabólico apenas com dieta apropriada (Davidson, 2001). Os fatores que parecem exercer influência na adesão ao tratamento foram: tempo prolongado de doença, nível socioeconômico baixo, presença de complicações e baixa escolaridade. A baixa escolaridade, as precárias condições econômicas e a dificuldade de acesso a serviços de saúde podem ser fatores que limitam as ações do paciente no que se refere ao autocuidado (Grillo & Gorini, 2007).

Apesar de 12,9% dos pacientes verbalizarem ter dificuldades financeiras para seguir o tratamento, estima-se que essa porcentagem possa ser maior, dadas as informações contidas na [Tabela 1](#), onde se observa que 61,3% dos pacientes possuem profissões de baixa qualificação ou não trabalham.

A atividade física parece não ser muito valorizada no conjunto do tratamento pelos pacientes. Apenas 35,5% dos participantes relataram fazer alguma atividade física como forma de tratamento do DM, sendo que a maioria não relaciona a atividade física com algo que deve ser feito para controlar a doença. Percebe-se na prática clínica que a atividade física é compreendida como algo complementar, e não como essencial no tratamento. Malta et al. (2009) afirmam que, entre os desafios da Política Nacional de Promoção da Saúde, destaca-se a indução de atividade física, de forma então a reconhecer a relevância epidemiológica do sedentarismo. Segundo esses autores, é importante não pensar no sedentarismo apenas com foco no desejo individual de realizar atividade física, mas analisar se a comunidade em que o usuário está inserido tem condições que facilitam ou não um viver de forma mais ou menos sedentária. Malta e Merhy (2010) defendem a ideia de que o incentivo a práticas corporais envolve medidas como: a criação de espaços públicos adequados e seguros (pistas de caminhadas, ciclovias, praças públicas, espaços para a prática de esporte e lazer) e a organização do espaço urbano quanto às possibilidades de deslocamento a pé e/ou em bicicletas, investindo-se em segurança pública e iluminação.

Quando questionados sobre as complicações do DM, apenas 16,1% dos pacientes se referiram às doenças cardiovasculares. Esse dado é especialmente interessante, já que tais doenças aparecem como a principal causa de morte em pacientes com DM tipo 2, sendo responsáveis por até 80% dos óbitos registrados (Schaan, Harzheim & Gus, 2004). Estima-se que o risco relativo de morte por doenças cardiovasculares, ajustado para a idade, é três vezes maior em diabéticos em

relação à população geral (Stamler, Vaccaro, Neaton, & Wentworth, 1993). Tendo em vista a importância das doenças cardiovasculares para o paciente diabético, mostra-se interessante o fato de poucos participantes demonstrarem esse conhecimento. Parece necessário que o profissional esteja atento à compreensão dos pacientes sobre as possíveis complicações de sua doença e retome essas informações sempre que se fizer necessário.

Outro fator relevante é que apenas 3,6% da amostra masculina relacionaram a disfunção erétil como complicação do DM, sendo que 10,7% dos homens tinham esse diagnóstico. Ou seja, mesmo os pacientes que têm esse diagnóstico parecem não relacioná-lo com a doença. Estima-se que a porcentagem seja maior, visto que muitas vezes a disfunção erétil não é diagnosticada.

Os dados que indicam o controle insatisfatório do DM nesta amostra nos levam a questionar de que forma a saúde tem sido compreendida e tratada no Brasil. Malta e Merhy (2010) defendem a ideia de que a saúde ainda segue um modelo médico produtor de procedimentos, ou seja, a assistência à saúde é centrada no ato prescritivo que produz o procedimento, valorizando apenas as questões biológicas e desconsiderando as determinações do processo saúde-doença centradas nos determinantes sociais e ambientais. O problema advindo desse modelo, segundo Malta et al. (2004), são os custos elevados, já que se utiliza como insumo principal a produção de recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos, como se estes por si só fossem capazes de restabelecer a saúde de um indivíduo. Malta e Merhy (2010) propõem ser necessário modificar o processo de assistência atual, centrado em procedimentos fragmentados, substituindo-o por outro que esteja pautado pela responsabilização, vinculação e cuidado, de forma a buscar a autonomia dos sujeitos envolvidos, prover informações e suporte, para auxiliar o usuário em escolhas responsáveis que levem a uma melhor qualidade de vida e independência na saúde.

Enquanto Anderson, Freedland, Clouse e Lustman (2001) apontam que um entre cada três diabéticos tem depressão, em nossa amostra apenas 3,2% dos pacientes tinham esse diagnóstico médico. Esse dado parece contrastar com o fato de que 67,7% dos pacientes relataram ter dificuldades emocionais, e desses 43,5% indicaram sentimentos de tristeza. É importante ressaltar que ter sentimentos de tristeza por si só não configura um quadro de depressão. É necessário utilizar instrumentos com a finalidade de avaliar esse aspecto para ter dados mais precisos. Observou-se, também, que o DM parece estar levando a um prejuízo na qualidade de vida e no relacionamento social, visto que 37,1% dos entrevistados relataram deixar de sair de casa (ex: para festas, passeios) devido ao DM e 29% ter a doença afetando seus relacionamentos.

Tendo em vista o impacto da doença na qualidade de vida, a falta de informação correta a respeito do DM e a má adesão desses pacientes, torna-se importante repensar o cuidado prestado. Estudos têm demonstrado a eficácia da educação multiprofissional na melhora do controle glicêmico (Franz, 2002). Dessa forma, uma das estratégias a ser adotada pela equipe deve ser trabalhar no sentido de: enfatizar a importância da dieta e prática de exercício físico no tratamento; auxiliar o paciente a encontrar formas de lidar com suas dificuldades na adesão; e estimular o paciente a ter uma postura ativa no tratamento. Além disso, a equipe deve estar atenta não só ao controle glicêmico, mas também à identificação de prejuízos na qualidade de vida do paciente, e, sempre que necessário, realizar o encaminhamento ao profissional apropriado. Diante disso, ressalte-se a importância do psicólogo como membro da equipe de saúde especializada no tratamento do DM, tendo em vista a capacitação deste profissional para avaliar e tratar o impacto emocional da doença no indivíduo, o que pode determinar seu comportamento frente à doença e ao tratamento. Além disso, um profissional da Psicologia possui

recursos para identificar e acolher as angústias do diabético de forma a compreender as dificuldades em lidar com a perda do corpo saudável e as implicações decorrentes. A ajuda psicológica no tratamento do DM pode auxiliar o paciente a se responsabilizar pelos cuidados com sua saúde, auxiliando a lidar com as perdas de forma mais positiva, assim como a lidar com o medo das complicações em razão do DM e possíveis internações. Além do acolhimento, o psicólogo ajuda o paciente no processo de autoconhecimento, de forma a favorecer o diabético na tomada de decisões relacionadas à sua saúde, bem como favorecer a boa adaptação do indivíduo ao tratamento, melhorando assim sua qualidade de vida.

Este estudo apresenta algumas limitações, sendo a primeira delas a amostra pequena, o que dificulta a generalização dos resultados. Além disso, trata-se de pacientes atendidos em um hospital público e que possuem características sociais e econômicas específicas. Sendo assim, torna-se necessária a realização de novos estudos com amostras mais numerosas e diversificadas, para ampliar a compreensão sobre o perfil do paciente diabético. Apesar dessas limitações, o estudo oferece contribuições relevantes para o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde do paciente diabético que estejam adequadas à sua real necessidade.

Referências

Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.

Assunção, M.C.F., Santos, I.S& Dias da Costa, J.S. (2002). Avaliação do processo de adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 205-211.

Bardin, L.(2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Edições 70,

Bogner, H.R, Morales, K.H., de Vries, H.F., & Cappola, A.R. (2012). Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence: a randomized controlled trial. *The Annals of Family Medicine*, 10(1), 15-22.

Bordalo, J.A.L., Neiva Neto, E.C., & Nascimento, L. L. (2005). Análise epidemiológica do paciente diabético tipo II internado em hospital público. *Revista paraense de Medicina*, 19(4), 27-33.

Bosi, P.L., Carvalho, A.M., Contrera, D., Casale, G, Pereira, M.A., Gronner, M.F., Diogo, T.M., Torquato, M.T.C.G., Oishi, J., & Leal, A.M.O. (2009). Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 53(6), 726-732.

Crispim, D. , Canani, L.H. , Gross, J.L., Tschiedel, B., Souto, K.E.P, & Roisenberg, I. (2006). História familiar de diabetes tipo 2 em pacientes do sul do Brasil e sua influência nas características dessa doença. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 50(5), 862- 868.

Davidson, M.B. (2001). Complicações do diabetes mellitus- Implicações para os cuidados primários. In M.B. Davidson, *Diabetes Mellitus: Diagnóstico e Tratamento* (pp 239-276) Rio de Janeiro (RJ): Revinter.

Delamater, A.M. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24 (2), 71-77.

Franz, M. D.(2002)."Diet fail"? *Clinical Diabetes*. 18, 162-168.

Grillo, M.F.F.& Gorini,M.I.P.C.(2007).Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (1), 49-54.

Guimarães, F.P.M & Takayanagui, A.M.M.(2002). Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Nutrição*, 15(1), 37-44.

Gutierrez-Ângulo, M.L., Lopetegi-Uranga, P., Sanchez-Martin, I., & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*; 27(2), 72-77.

Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarrain, O., & Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Anales Sis San Navarra*, 30(1), 45-52.

Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Simon, G., Ludman, E. et al. (2004). Cardiac Risk Factors in Patients with Diabetes Mellitus and Major Depression. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1192-1199.

Maia, F. F. R & Araújo, L. R. (2004). Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 48 (2), 261-266.

Malerbi, D. A. & Franco, L. J. (1992). Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*, 15(11), 1509-1516.

Malerbi, F. E. K. (2001). Estratégias para aumentar a adesão em pacientes com diabetes. In H.J. Guilhardi et al., *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 126-131). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Malta, D. C, Castro, A. M. de, Gosch, C. S., Cruz, D. K. A., Bressan, A., Nogueira, J. D., Morais Neto, O. L., & Temporão, J. G. (2009). A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 18(1), 79-86.

Malta, D. C., Cecílio, L. C. de O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. de O., & Costa, M. A. (2004). Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 433-444.

Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 14 (34), 593-606.

Mendes, I. A. C. & Trevisan, M. A. (1981). Sobre a negligência do paciente diabético insulino-dependente. *Enfermagem Atual*, 3, 17-21.

Ministério da saúde (2004). Organização Pan Americana da Saúde. *Avaliação do plano de reorganização da Atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2009). *Indicadores de Mortalidade do DATASUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/c12.def>. Acesso em 14 de agosto de 2012.

Moreira, R. O., Papelbaum, M., Appolinario, J. C., Matos, A. G., Coutinho, W. F., Meirelles R. M. R., Ellinger, V. C. M., & Zagury, L. (2003). Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 47(1), 19-29.

Organização Mundial de Saúde, (2012). Diabetes Programme. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/en/index.html>. Acesso em 8 de julho de 2012.

Otero, L. M., Zanetti, M. L., & Teixeira, C. R. S. (2007). Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 768-773.

Paiva, D. C. P., Bersusa, A. A. S., & Escuder, M. M. L. (2006). Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2): 377-385.

Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martínez, Y., & Cano, R. (2004). Aspectos psicológicos y personales em el manejo de La Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapéutica*, 23(1), 13-17.

Ramos, L. & Ferreira, E. A. P. (2011). Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano*, 21(3), 867-877.

Schaan, B. D., Harzheim, E., & Gus, I. (2004). Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. *Revista de Saúde Pública*, 38 (4), 529-536.

Soares, N. E. & Fernandes, L. M. (1989). A medida do nível sócio-econômico-cultural. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 41 (2), 35-43.

Sociedade Brasileira de Diabetes (2009). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Itapevi, SP: A. Araujo Silva Farmacêutica.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2012). Valores de glicemia para o diagnóstico de diabetes. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/exames/525>. Acesso em 20 de agosto de 2012.

Stacciarini, T. S. G, Haas, V. J., & Pace, A. E. (2008). Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (6), 1314-1322.

Borges, A. M., Gorayeb, R., Foss-Freitas, M. C.

Stamler, J., Vaccaro, O., Neaton, J. D., & Wentworth, D. (1993). Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care*, 16(2), 434-444.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: ArtMed.

Toplak, H. & Abrahamian, H. (2009). Impact of depression on diabetes mellitus. *ObesityFacts*, 2(4), 211-215.

Torquato, M. T. C. G., Montenegro Junior, R. M., Viana, L. A. L., de Souza, R. A. H. G., Lanna, C. M. M., Lucas J. C. B., Bidurin, C., & Foss, M. C. (2003). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *São Paulo Medical Journal*, 121(6), 224-230.

Zanoni, P. H., Parisi, M. C. R, Admoni, S. N., Queiroz, M. S., & Nery M. (2009). Curso de imersão em diabetes como técnica educativa para profissionais médicos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 53(3), 355-359.

Submetido em: 14/12/2012

Revisto em: 06/05/2013

Aceito em: 13/06/2013

Endereços para correspondência

Alexandra Medeiros Borges
alexandrapsicologa@hotmail.com

Ricardo Gorayeb
rgorayeb@fmrp.usp.br

Maria Cristina Foss-Freitas
crisfoss@fmrp.usp.br

^IPsicóloga. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto. São Paulo. Brasil

^{II}Docente. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto. São Paulo. Brasil

^{III}Professor Associado. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto. São Paulo. Brasil