

ASPECTOS EMOCIONAIS DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS (DM)

EMOTIONAL ASPECTS OF THE CARRIER OF DIABETES MELLITUS (DM)

Francisca Elidivânia Camboim
Jaqueline Azevedo Dantas
Silvia Ximenes Oliveira
José Cleston Alves Camboim
Giovani Amado Rivera

RESUMO: Introdução: O diabetes mellitus é uma patologia que envolve além de uma série de sinais e sintomas físicos, fatores psicológicos e comportamentais que podem influenciar de forma negativa na realização do autocuidado. **Objetivos:** avaliar o grau de conhecimento de portadores da diabetes mellitus. **Casuística e métodos:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Parelhas – RN. Participaram do estudo os portadores de diabetes Mellitus acompanhados na referida unidade. A coleta se deu após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, utilizando-se o questionário *Problem areas in diabetes* e a escala de Satisfação de vida. **Resultados:** embora os entrevistados tenham evidenciado baixo risco para sofrimento emocional quanto ao impacto do diagnóstico do diabetes mellitus, os mesmos apresentam-se insatisfeitos em relação à vida, fato que pode corroborar para a não adesão correta do tratamento. **Conclusões:** a falta de conhecimento interferiu negativamente no tratamento e, conseqüentemente, nos aspectos emocionais desses indivíduos, sendo necessárias a adoção de estratégias preventivas.

Descritores: Diabetes Mellitus; Saúde mental; Saúde pública.

ABSTRACT: Introduction: Diabetes mellitus is an increasingly prevalent disease in the world population, reaching socioeconomic status. This pathology, in addition to being characterized by a series of signs and symptoms includes psychological and behavioral factors, and can influence many times the adherence of the treatment. **Objectives:** assessment of the degree of knowledge of patients with diabetes mellitus. **Material and methods:** a descriptive, field-based study with a quantitative approach, carried out at the Basic Health Unit of Santo Expedito, located in the city of Parelhas - RN, in which diabetes Mellitus patients are attending this unit. The collection was done after the approval of the research by the Research Ethics Committee of the Faculties Integrates de Patos, using the questionnaire Problem areas in diabetes (PAID) and the Satisfaction with Life (SWL) scale. **Results:** Although the interviewees showed a low risk for emotional distress regarding the impact of the diagnosis of diabetes mellitus, they are unsatisfied in relation to life, a fact that may contribute to correct treatment adherence, such as the practice of physical activity, Glycemic control, and nutritional monitoring. **Conclusions:** The lack of knowledge of the study participants interfered in a general way in the treatment and consequently in the emotional aspects of these individuals, being necessary the adoption of preventive strategies as of health education, in order to promote better quality of life to this group.

Keywords: Diabetes Mellitus; Mental health; Public health.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) possuem um elevado índice de mortalidade em todo o mundo, ocupando as primeiras posições nas estatísticas. Aproximadamente 73% dos óbitos em 2020 serão causados por tais patologias, sendo as principais o diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial e a doença pulmonar obstrutiva crônica. Cerca de 347 milhões de pessoas tem DM, sendo o tipo 2 (90%) o mais comum. Estima-se que em 2030 esse número aumentará para 353 milhões, onde será considerada a 7ª principal causa de morte⁽¹⁾.

O DM é caracterizado por um grupo de distúrbio metabólico, apresentando em comum à hiperglicemia, no qual ocorrem defeitos na secreção da insulina, na ação de insulina ou em ambas⁽²⁾. É uma patologia que envolve uma série de complicações, sinais e sintomas, porém se for feito o tratamento adequado, o portador dessa patologia pode levar uma vida normal.

O diabetes mellitus, é uma doença crônica grave, que necessita de cuidado individual e tratamento em longo prazo para prevenir complicações agudas e crônicas, que estão relacionadas aos elevados investimentos econômicos e sociais, não só para os indivíduos e familiares, como também para a sociedade⁽³⁾.

Mesmo tendo ciência das consequências que a patologia pode trazer muitas vezes o portador de diabetes não faz o tratamento adequado nem ao menos muda seu estilo de vida (incluindo no seu dia a dia, a prática de exercícios físicos, uma alimentação adequada, verificação do índice glicêmico, seguindo sempre as orientações médicas), e geralmente após os sinais e sintomas se agravarem é que o diabético começa a se conscientizar das complicações que a patologia pode causar.

A nova classificação do diabetes foi proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA), baseada na etiologia da doença, e inclui quatro classes clínicas: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes e diabetes gestacional. Em seguida, essa classificação foi adotada pela Organização Mundial de Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes. Os termos diabetes mellitus insulino dependente e diabetes mellitus insulino independente foram eliminados dessa categoria classificatória⁽²⁾.

Um dos fatores iniciais que mais afeta o paciente após o diagnóstico do diabetes é o seu psicológico por se tratar de uma doença crônica que irá acarretar uma série de modificações na vida do sujeito e, frequentemente, os profissionais de saúde não levam em consideração esses aspectos no momento da revelação da doença⁽⁴⁾.

A maneira como o diagnóstico é comunicado pode interferir no tratamento da patologia. Portanto, o paciente precisa ser visto de uma forma holística, pois os cuidados da doença não dizem respeito apenas ao tratamento médico, como também a uma mudança em todos os seus hábitos de vida. Pois a revolta, o medo e a insegurança são reações comuns diante um diagnóstico de diabetes.

O diabetes mellitus é uma patologia que envolve além de uma série de sinais e sintomas físicos, incluem-se nela ainda fatores psicológicos e comportamentais, que podem influenciar de forma negativa na realização do autocuidado. Logo, evidencia-se a importância deste estudo para obtenção de conhecimentos quanto ao comportamento dos portadores do DM frente às mudanças ocorridas no dia a dia em lidarem com o tratamento, pois uma vez identificados, favorecerão a adoção de estratégias de intervenção eficazes no controle do diabetes e na promoção da saúde desse público. Partindo desse contexto, surgiu o seguinte questionamento: Quais os aspectos emocionais dos portadores de diabetes mellitus (DM) frente ao convívio com a patologia? O estudo teve como objetivo avaliar o grau de conhecimento de portadores de diabetes mellitus.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de campo, com abordagem quantitativa, realizada no Posto de Saúde Santo Expedito, localizados na cidade de Parelhas – RN, localizado na região do Seridó, a uma distância referente à 251Km da capital potiguar, com capacidade populacional de 20.354 habitantes⁽⁵⁾.

A população foi composta por todos os portadores de diabetes mellitus, acompanhados no Posto de Saúde localizado no município de Parelhas, perfazendo um total de 63 pessoas. Desse modo, considerando 63 portadores de diabetes, e adotando-se o grau de heterogeneidade, a amostra totalizou 51 participantes definidos com os critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, sem problemas visuais graves e sem outras complicações incapacitantes. Foram excluídos 12 participantes os quais, não estiveram disponíveis para responderem aos questionamentos do estudo e que foram diagnosticados com DM no período inferior a seis meses. Todos os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo, bem como sobre o comprometimento do sigilo das informações prestadas no ato da entrevista. Após receberem todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, os mesmos para participarem do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Para a coleta dos dados, foram utilizados três instrumentos: **Dados socioeconômicos:** questionário composto por questões inerentes a identificação do paciente, bem como história

familiar de diabetes mellitus (DM), conhecimento dos participantes quanto à hipoglicemia e hiperglicemia, tratamento, etc.

Aspectos psicológicos: O levantamento de dados pertinentes à influência do fator emocional no controle glicêmico foi averiguado mediante o questionário *Problem areas in diabetes* (B-PAID), com 20 itens, focado nos aspectos emocionais negativos do convívio de paciente com DM, o qual pode ser aplicado tanto para pacientes com DM1 quanto com DM2⁽⁶⁾. As questões enfocam aspectos de qualidade de vida e problemas relacionados a viver com diabetes e seu tratamento, incluindo culpa, raiva, depressão, preocupação e medo. O referido instrumento foi traduzido para o português e validado para o Brasil, sendo a versão brasileira intitulada B-PAID⁽⁷⁾, o qual utiliza uma escala tipo *Likert* de 5 pontos que ser pontuado de 0 (que significa "nenhum problema") até 4 (correspondendo a "problema sério"). Os escores são somados e multiplicados por 1,25, gerando uma pontuação total entre 0 – 100; a pontuação elevada indica maior prejuízo. O escore acima de 70 é sugestivo de desordens afetivo-emocionais. Cada pergunta tem cinco respostas possíveis com um valor de 0 a 4, com 0 representando "nenhum problema" e 4 "um problema sério". Os pacientes com 40 ou mais pontos podem estar no nível do "burnout emocional" e autorizar atenção especial. Uma pontuação extremamente baixa (0-10) combinada com controle glicêmico deficiente pode ser indicativo de negação.

E, por fim, utilizou-se a escala de **Satisfação de vida** (Satisfaction with Life – SWL). A satisfação de vida pode ser definida como uma avaliação global que a própria pessoa faz de sua vida, obtida por meio do julgamento do quão satisfeita a pessoa está com a sua própria vida atual, baseado na comparação de um padrão que cada pessoa determinou para si, ou seja, é um julgamento consciente da vida de um indivíduo, partindo do critério para o julgamento a própria percepção de sua vida. Esta escala desenvolvida originalmente por Diener e colaboradores em 1985, compreende 5 itens que avaliam a satisfação de vida a partir de uma escala *Likert* de sete pontos que variam de: “Concordo plenamente=1” até “Discordo plenamente=7”, deste modo a pontuação do sujeito pode oscilar entre 5 (pouco satisfeito) a 35 (muito satisfeito) pontos, o ponto médio situa-se na pontuação de 20. A versão brasileira desta escala foi desenvolvida e adaptada⁽⁸⁾, a qual apresentou boas condições psicométricas.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, com tempo estimado de aproximadamente 15 minutos, na própria residência do participante, onde houve explicação acerca da pesquisa, assegurando os esclarecimentos necessários, para o adequado consentimento, e de possíveis dúvidas referentes à linguagem/nomenclatura utilizada no questionário. Também foi realizado, antes do início da coleta de dados, a leitura e

esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando livre a decisão dos mesmos (as) em participarem ou não da pesquisa, podendo ainda, desistir em qualquer fase do estudo. Os dados foram coletados entre fevereiro e março de 2017, e submetidos ao Programa SPSS 18.0 apresentando números absolutos e percentuais, e dispostos na forma de tabelas, a fim de facilitar sua compreensão, bem como analisados de acordo com a literatura pertinente que foi associada a uma análise de estatística descritiva.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (CAAE: 62327516.7.0000.5181), localizado no município de Patos – PB, para obter o consentimento legal (parecer nº 1.978.945), após autorização da Secretaria municipal de Parelhas – RN, levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme descrito na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁹⁾.

RESULTADOS

A tabela 1 descreve os dados clínicos, dieta e hábitos relacionados a prática de atividade física dos pacientes, dos quais apenas sete (13,7%) fazem a monitoração domiciliar por glicemia capilar, onde dois (3,9%) deles adquirem o glicosímetro através da rede pública e cinco (9,8%) com recursos próprios. Em relação a aquisição das fitas reagentes cinco (9,8%) participantes adquirem em rede pública e dois (3,9%) compram. Quanto ao restante dos participantes correspondente a 44 (86,3%), não realizam a monitoração domiciliar. Dos 51 participantes apenas seis fazem uso de insulina, destes, cinco (9,8%) adquirem insulina em rede pública e um (0,2%) compra e 3 (5,9%) fazer aquisição de seringa em rede pública e os outros três (5,9%) compram. Em relação a dieta dos pacientes, a maioria (n=45; 88,2%) não recebe nenhum acompanhamento profissional de nutrição. Em relação ao número de refeições realizadas por cada indivíduo durante o dia, os 25 (49,0%) dos entrevistados realizam até 6 refeições diárias. Quanto a prática de exercícios apenas 15 (29,4%) relatam que realizam algum tipo de exercício físico; destes, apenas oito (15,7%) praticam de forma regular e sete (13,7%) de forma irregular. Em relação a duração diária do exercício, seis (11,8%) informaram realizar 30 min por dia, oito (15,7%) entre 30 – 60 min e um (2,0%) entre 2 – 3 horas ao dia. Relacionada ao tipo de atividade física, a maioria (n=13; 86,7%) opta por correr/andar.

TABELA 1. Dados clínicos, nutricionais e a prática de atividade física dos pacientes. Parelhas, RN, Brasil, 2016.

Variáveis	Categorias	N	%
Monitoração domiciliar	Sim	07	13,7
	Não	44	86,3
Método utilizado	Não utiliza	44	86,3
	Glicemia Capilar	07	13,7
Aquisição de glicosímetro (n=7)	Rede pública de saúde	02	3,9
	Compra	05	9,8
Aquisição de fita reagente (n=7)	Rede pública de saúde	05	9,8
	Compra	02	3,9
Aquisição de insulina (n=6)	Rede pública de saúde	05	9,8
	Compra	01	0,2
Aquisição de seringa (n=6)	Rede pública de saúde	03	5,9
	Compra	03	5,9
Acompanhamento nutricional	Sim	06	11,8
	Não	45	88,2
Número de refeições	2	1	2,0
	3	4	7,8
	4	6	11,8
	5	15	29,4
	6	25	49,0
Faz exercícios	Sim	15	29,4
	Não	36	70,6
Frequência	Regular	08	15,7
	Irregular	07	13,7
Duração por dia	30 min por dia	06	11,8
	30-60 min por dia	08	15,7
	2-3 horas por dia	01	2,0
Tipo de atividade física	Futebol	01	6,7
	Ciclismo	01	6,7
	Correr/andar	13	86,7

Fonte: Dados da pesquisa, fev e mar., 2017.

Na tabela 2, foram expostos os percentuais encontrados para o quadro de hipoglicemia e hiperglicemia dos entrevistados, dos quais, 41 (80,4%) não percebem quando apresenta um quadro de hipoglicemia. Quando questionados acerca da causa mais frequente de hipoglicemia os participantes evidenciaram desconhecimento (n=44; 86,3%). Em relação ao tratamento para hipoglicemia 48 (94,1%) não sabem como tratar. Já em relação à hiperglicemia, 32 (62,7%) afirma perceber quando ocorre elevação nos níveis glicêmicos. 37 (72,5%), apontam a ingestão de alimentos não recomendados como causa mais frequente de hiperglicemia.

TABELA 2. Dados relacionados a hipoglicemia e hiperglicemia dos pacientes. Parelhas, RN, Brasil, 2016.

Variáveis	Categorias	N	%
Consegue perceber quadro de hipoglicemia	Sim	10	19,6
	Não	41	80,4
Causa mais frequente de hipoglicemia	Dose excessiva de insulina	01	2,0
	Omissão de Refeições	06	11,8
	Não sabe	44	86,3
Tratamento de hipoglicemia	Balas/bombons	01	2,0
	Outro alimento	02	3,9
	Não sabe	48	94,1
Consegue perceber quadro de hiperglicemia	Sim	32	62,7
	Não	19	37,3
Causa mais frequente de hiperglicemia	Comer alimentos não recomendados	37	72,5
	Não sabe	14	27,5

Fonte: Dados da pesquisa, fev e mar., 2017.

Na tabela 3, encontram-se os dados relacionados aos escores das escalas utilizadas em cada paciente. Com relação à variável faixa etária evidencia-se que a idade mínima dos participantes foi 34 anos, e a máxima 92 anos ($M=64,6$). Observou-se com relação à variável da Escala de Impacto de diabetes na vida dos entrevistados que a pontuação mínima foi 0 e a máxima 42,5 ($M=9,8$). Quanto a Escala de satisfação com a vida, a pontuação mínima foi 5 e a máxima 35 ($M=11,4$).

Ademais, foi identificada uma correlação ($r=0,30$; $p \leq 0,05$) entre o escore da escala de Impacto de diabetes na sua vida (PAID) e a escala de satisfação com a vida (SWL) denotando que os escores do questionário PAID quando diminuem (negação de prejuízos emocionais) também se detectou que os escores da escala de satisfação com a vida diminuiriam.

TABELA 3. Dados relacionados aos escores das escalas utilizadas nos pacientes. Parelhas, RN, Brasil, 2016.

Variáveis	M	DP	Min	Max
Idade	64,6	13,8	34	92
Escala de Impacto de diabetes na sua vida	9,8	7,7	0	42,5
Escala de Satisfação com a vida	11,4	7,0	5	35

Fonte: Dados da pesquisa, fev e mar., 2017.

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos descrevem o perfil geral da amostra, no qual houve maior prevalência de diabetes entre mulheres. Essa incidência pode associar-se ao fato de as mulheres serem mais cautelosas com sua saúde e buscarem mais assistência médica que os homens. De um modo geral, os resultados da pesquisa assemelham-se aos do estudo realizado sobre

qualidade nutricional e fatores associados em diabéticos em um serviço de saúde na Bahia⁽¹⁰⁾, visto que, o diabetes tem sido registrado com maior frequência na população feminina. Já um estudo realizado sobre o diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 e sua evolução no Município de Quissamã-RJ⁽¹¹⁾ aponta, em sua pesquisa, que a maioria dos entrevistados era pessoas do sexo masculino. Desta maneira, aparentemente, não há nenhuma concordância na literatura em relação à prevalência do gênero em relação ao diabetes. Tal resultado pode ser atribuído ao fato de que as mulheres são mais ativas na busca pelos serviços de saúde do que os homens, o que possivelmente aumenta o número de notificações do gênero feminino⁽¹²⁾.

Em relação religiosidade, a maioria dos entrevistados referiu ter alguma crença de fé. Geralmente indivíduos que possuem alguma patologia buscam conforto em alguma entidade religiosa, procurando atribuir apoio ao tratamento da doença, ou mesmo como ferramenta para vencer as dificuldades. A espiritualidade tem grande importância na saúde das pessoas, onde os portadores da patologia e seus familiares recorrem a aspectos religiosos para enfrentar a realidade da doença de uma forma mais positiva⁽¹³⁾.

O conhecimento relacionado à diabetes é extremamente importante para realização do tratamento, no reconhecimento dos sinais e sintomas, como e quais estratégias poderão ser utilizadas para evitar agravos e até mesmo o surgimento de outras doenças que estão associadas a essa patologia. O baixo nível de escolaridade do portador de diabetes pode favorecer uma baixa adesão ao tratamento da doença, devido a dificuldade de ler e entender a prescrição terapêutica⁽¹⁴⁾. Um estudo realizado sobre associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado⁽¹⁵⁾, desvenda que um bom conhecimento para o controle do diabetes é fundamental, levando em consideração a prática de aderir um bom estilo de vida, evitando assim complicações futuras⁽¹⁵⁾. Nessa condição, o nível de escolaridade desses indivíduos, mais especificamente o conhecimento sobre o diabetes, pode fornecer consciência a respeito dessa patologia e com isso o favorecimento de um melhor tratamento.

O indivíduo que apresenta renda mensal baixa pode ter dificuldade em realizar um controle adequado para a patologia, pois nem sempre a realidade financeira desse indivíduo condiz com as necessidades exigidas no tratamento da doença. Essa variável encontra-se semelhante a outro estudo, o qual descreve que a baixa renda pode afetar o cuidado necessário e contínuo do portador de DM, pois o mesmo não tem condições de se adequar ao novo estilo de vida regado por dietas, além de não realizar o controle metabólico⁽¹⁶⁾. A baixa renda leva a dificuldade de realizar o controle metabólico do portador de DM, pois esse quesito significa que o mesmo terá menos dinheiro para outras necessidades.

A verificação da glicemia capilar é um parâmetro significativo para o autocuidado com a diabetes, pois permite que o diabético acompanhe seus níveis glicêmicos durante sua rotina diária ajudando assim no controle metabólico. O controle glicêmico é parte fundamental no tratamento do diabetes mellitus, uma vez que o controle metabólico minimiza e desacelera as complicações relacionadas a essa patologia, além de identificar um diagnóstico precoce e o auxílio para a realização de um tratamento adequado⁽¹⁷⁾.

Sabe-se que o diabético tem restrições alimentares e, para isso, ele precisa de um profissional de nutrição para acompanhá-lo e orientá-lo quanto à ingestão de alimentos recomendados e o quanto uma boa alimentação irá facilitar o seu tratamento, fazendo toda diferença no controle da glicemia. Cada indivíduo necessita de uma intervenção nutricional, pois a prescrição alimentar varia de acordo com as necessidades individuais de cada um⁽¹⁸⁾. O auxílio nutricional para o diabético é essencial para a realização de um plano alimentar e a melhoria da qualidade de vida, evitando assim possíveis complicações associadas a essa patologia⁽¹⁹⁾. Portanto, a consulta e as orientações com o nutricionista são extremamente importantes para portadores de diabetes, pois poderá fazer toda diferença no tratamento da doença e ser essencial no controle glicêmico.

O número e o adequado fracionamento das refeições são pontos significativos para uma alimentação equilibrada. Ao longo do dia poderão ser ingeridas pequenas quantidades de alimentos recomendados, dessa forma, irá auxiliar no controle metabólico, evitando a diminuição ou o aumento da glicemia. O fracionamento das refeições ao longo do dia é importante para evitar que o indivíduo passe muito tempo sem se alimentar, tendo como consequência a hipoglicemia, como também que o diabético sinta muita fome e exagere nas refeições, causando picos de hiperglicemia⁽²⁰⁾. Tal fato corrobora para a dificuldade dos pacientes com DM em atender às recomendações nutricionais em relação ao fracionamento das refeições, medida importante para um melhor controle dos níveis glicêmicos.

O sedentarismo pode contribuir com o sobrepeso e a obesidade, influenciando no aumento dos níveis de glicose no sangue, como também no surgimento de outras patologias que irão comprometer todo estilo de vida desse indivíduo, inclusive seus aspectos emocionais. Os dados da pesquisa estão em concordância com outro estudo, onde a maioria dos sujeitos era sedentária, isto é, não adotavam a prática de atividade física como rotina diária⁽²¹⁾. A falta da prática de atividade física é um dos problemas significativos para o pacientes com diabetes, pois o mesmo irá ter dificuldade no controle metabólico, influenciando na sua qualidade de vida, além das complicações que irão aparecer com mais rapidez⁽²²⁾.

É importante que esses pacientes compreendam a relevância quanto a essa prática, a duração e qual o melhor tipo de atividade física deve ser realizado, adotando uma rotina de hábitos saudáveis e contribuindo para um bom controle metabólico como também na prevenção de complicações relacionada a DM. De acordo com estudo “Prática de exercício físico e níveis de atividade física habitual em doentes com diabetes tipo 2” - estudo piloto em Portugal⁽²³⁾ a prática de atividade física é um método relevante para o tratamento como também a prevenção de agravos relacionado à diabetes, contribuindo em vários aspectos que irão melhorar o controle glicêmico facilitando a absorção da glicose.

A realização de atividade física de forma regular, durante cinco dias por semana e até 30 minutos ao dia, pode diminuir o peso corporal, a pressão arterial, além de minimizar doenças cardiovasculares⁽²¹⁾. A caminhada regular contribui na diminuição do estresse, colaborando com funcionamento correto do coração e evitando suas possíveis complicações. Essa diminuição pode ocorrer devido a caminhada favorecer o aumento dos níveis de endorfina, que irá ajudar o corpo a ficar em um estado mais relaxado⁽²²⁾.

Em relação ao conhecimento sobre hipoglicemia e quais suas causas, a maioria dos participantes do estudo afirmaram não ter instrução a respeito, fato preocupante, pois a falta deste conhecimento pode acarretar complicações graves relacionadas a essa patologia, além de dificultar o reconhecimento dos sinais e sintomas e a adesão ao tratamento. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo⁽²⁴⁾.

O baixo nível de conhecimento dos participantes relacionado às características da hipoglicemia impossibilita a realização de ações preventivas e, conseqüentemente, complicações relacionadas a referida situação. Em consequência disso, o indivíduo não terá uma boa qualidade de vida e, possivelmente, o aspecto emocional dele também será afetado. A hipoglicemia pode ser controlada com doses pequenas de algum carboidrato simples, suco de frutas, refrigerante não dietético ou balas/bombons⁽²⁵⁾. Portanto, a discussão acerca da diabetes deve ser realizada com o intuito de facilitar a compreensão do portador e da sua família, uma vez que identificados os sinais e sintomas irá favorecer a tomada de decisão quanto a atitude adequada que deverá ser realizada para se manter os níveis glicêmicos sob controle. A qualidade de vida do indivíduo depende da percepção deste acerca de uma série de elementos e particularidades de sua vida, bem como, a satisfação em relação à sua condição física, estado emocional e espiritual, além de outras atitudes e habilidades que repercutem na participação social⁽²⁶⁾.

O mesmo não ocorreu quando questionados sobre a identificação do surgimento de um quadro hiperglicêmico, onde os participantes evidenciaram capacidade para reconhecerem a

iminência de uma hiperglicemia, fato importante, pois quando a glicemia é bem controlada evitam-se danos ao organismo e o comprometimento do tratamento da doença⁽²⁷⁾.

Em relação as causas mais frequentes da hiperglicemia, os participantes afirmaram que o principal fator seria comer alimentos não recomendados. Desta forma, fica evidente que ele tem chances de encarar riscos como, por exemplo, picos de insulina, sendo altamente prejudiciais à saúde, ocasionando sequelas para a vida inteira. De acordo com a Sociedade Brasileira de diabetes, a hiperglicemia pode ser causada por diversos fatores, dentre os principais estão inclusos: alimentação inadequada, falta de insulina e falta de exercício físico⁽²⁾.

Geralmente, pessoas com idade mais avançadas possuem um grau de instrução prejudicado, como também, certa resistência na prática de atividade física, associando-se muitas vezes a dificuldade de locomover-se, visto que esses pontos são capazes de interferir de uma forma negativa na realização do tratamento. Outras pesquisas apresentaram valor médio próximo aos do presente estudo⁽²⁸⁾. Não diferenciando de outras doenças crônicas, a diabetes tende a ser mais prevalente com o aumento da idade, devido as mudanças no metabolismo, as dificuldades de realizar alguma atividade física chegam a ser maiores e, algumas vezes, os hábitos alimentação inadequados⁽²⁹⁾. Contribuindo, inclusive, com o surgimento de outras doenças associadas a diabetes e comprometendo a qualidade de vida desses indivíduos.

A idade de início da diabetes comumente depende do seu tipo, geralmente a diabetes tipo 2 é mais comum após os 40 anos de idade, aumentando as chances próximo dos 60 anos. Porém, devido aos maus hábitos adquiridos na atualidade, relacionado a alimentação e ao sedentarismo o número de crianças com diabetes aumenta notavelmente nos últimos anos⁽³⁰⁾.

Baseado nas características no questionário aplicado, a maioria dos participantes não apresentou problemas relacionados aos aspectos emocionais associados ao impacto de vida após o diagnóstico do diabetes. Em contrapartida, as características apresentadas através da escala de satisfação com a vida, foram possíveis identificar escore indicativo para insatisfação com a vida em se tratando de ser portador do diabetes.

Geralmente após o diagnóstico o portador sente-se diferente das pessoas de sua convivência, devido ao ato de alterar sua alimentação, onde ele associa um regime para vida inteira, além da introdução do tratamento farmacológico. Por isso, existe a dificuldade de aceitação da doença, pois ocorre toda uma mudança no seu estilo de vida, bem como incontáveis dúvidas que surgirão ao logo do tratamento, sendo fatores determinantes para insatisfação da vida do paciente⁽³¹⁾. As pessoas que apresentam dificuldades após o diagnóstico tendem a serem mais insatisfeitos com a vida. Após o diagnóstico de uma doença crônica, o paciente possivelmente terá dificuldade de adaptar-se a uma nova rotina, como também enfrentar novos

sentimentos e a aceitação da patologia⁽³²⁾. Além disso, o diagnóstico da diabetes mellitus pode influenciar nos aspectos sociais, psicológicos e econômicos, além de gerar problemas de independência e conflitos de autocuidado, alterações na autoimagem e na sexualidade⁽³³⁾.

Frente a estas condições são essenciais estratégias de prevenção como, por exemplo, a educação em saúde na comunidade, orientações a fim de conscientizar os indivíduos acerca da alimentação adequada por meio de rodas de conversas, atrelada a prática de atividade física de forma regular, a monitoração dos níveis glicêmicos, auxiliando os mesmos quanto a importância para o autocuidado, tendo em vista que a conscientização, juntamente com um bom controle metabólico, são cruciais para evitar complicações decorrentes da DM, obtendo como resultado uma boa qualidade de vida e conseqüentemente satisfação com a vida.

CONCLUSÃO

O estudo apontou baixo grau de escolaridade entre os participantes do estudo, o que pode ter contribuído para a falta de conhecimento com relação a prática de atividade física regular, bem como a conduta adequada em relação a alimentação, e a não realização da monitoração domiciliar gerando, conseqüentemente, insatisfação com a vida, já que as mudanças nos hábitos de vida, na rotina diária, deixam o indivíduo a mercê das alterações emocionais. Logo, sugere-se que as equipes de saúde adotem a prática de educação em saúde de forma contínua, habilitando os mesmos para um estilo de vida mais saudável, e conseqüentemente, auxiliando na melhoria da qualidade de vida.

As limitações do estudo estão atribuídas a realização da visita domiciliar de cada indivíduo para efetuar a entrevista, no qual algumas vezes não foi possível encontrar os participantes em casa, além da escassez de literatura atualizada relacionada aos aspectos emocionais e satisfação com a vida do portador de DM.

Desta forma, a pesquisa contribui de forma significativa para pesquisas futuras, tendo em vista o comprometimento emocional dos portadores de diabetes. O conhecimento e a compreensão do estilo de vida podem ajudar na identificação dos principais fatores que afetam de forma negativa suas vidas. Portanto, a efetuação de ações através de políticas públicas de saúde pode melhorar os aspectos emocionais dos diabéticos, proporcionando satisfação com a vida.

REFERÊNCIAS

1. Menezes MM, Lopes CT, Nogueira LS. Impact of educational interventions in reducing diabetic complications: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2016;69(4):

773-784. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400773&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22/10/2016.

2. Sociedade brasileira de diabetes. O que você precisa saber sobre Hipo e Hiperglicemia. 2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/publico/colunistas/20-dr-augusto-pimazoni-netto/1307-o-que-voce-precisa-saber-sobre-hipo-e-hiperglicemia>>. Acesso em 19 abr. 2017.

3. Silveira JAA, Resende HMP, Lucena Filho AM, Pereira JG. Características da assistência à saúde a pessoas com Diabetes mellitus acompanhadas na Unidade de Saúde da Família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. O mundo da Saúde. 2010; 34(1):43-49.

4. Ferreira DSP, Dhaer DV, Teixeira ER, Rocha IJ. Repercussão Emocional Diante do Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev. Enferm. UERJ. 2013;21(1):41-46. Acesso em 10 out. 2016.

5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Senso 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/3MU> Acesso em: 01 nov. 2016.

6. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assesment off diabetes-related distress. Diabetes care, 1995;18:754-760. *IN:* Aguiar CC, Vieira APGF, Carvalho AF, Montenegro-Junior RM. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes mellitus. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 2008;52(6):931-939.

7. Gross CC, Scain SF, Scheffel R, Gross JL, Hutz CS. Brazilian version of the problem areas in diabetes scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. Diabetes Research and Clinical Practice, 2007;76(3):455-459.

8. Giacomoni CH, Hutz CS. A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida [Resumos]. Em Sociedade Interamericana de Psicologia (org.) Anais XXVI. Congresso Interamericano de Psicologia (p. 313), São Paulo – SP, 1997.

9. Ministério da Saúde. Resolução CNS N°466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>> Acessado em: outubro de 2015.

10. Dias HR, Souza CO, Silva CS, Coelho JM, Miranda SS, Silas SC. Qualidade nutricional e fatores associados em diabéticos em um serviço de saúde na Bahia. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. 2016;6(3):114-119. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i3.6821>>. Acesso em 26 abr. 2017.

11. Santos MS, Freitas NM, Pinto FO. O Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 e sua evolução no Município de Quissamã-RJ. Revista Científica Interdisciplinar, 2014;1(1). Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/17/0>>. Acesso em 11 abr. 2017.

12. Ramos L, Ferreira EAP, Najjar ECA. Efeitos de automonitorização sobre indicadores emocionais e adesão ao tratamento do diabetes. Psicologia, saúde & doença, 2014;15(3):567-585. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/14psd150302>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

13. Luengo CML, Mendonça ARA. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. *Revista Bioética*, 2014;22(2): 380-387. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422014000200021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 abr. 2017.
14. Rezende Neta DSR, Silva ARV, Silva GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2015; 68(1):111-116. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100111>. Acesso em: 08 mai. 2017.
15. Maia MA, Reis IA, Torres HC. Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado. *Revista escola de Enfermagem. USP*, 2016;50 (1):59-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000100059&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em 11 abr. 2017.
16. Souza MCS, Dias FA, Nascimento JS, Tavares DMS. Correlation of quality of life with knowledge and attitude of diabetic elderly. *Invest. educ. enferm*, 2016;34(1):180-188. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 maio 2017.
17. Lima RF, Fontbonne A, Carvalho EMF, Montarroyos UR, Barreto MNCS, Cesse EAP. Fatores associados ao controle glicêmico em pessoas com diabetes na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco. *Rev. esc. Enferm. USP*, 2016;50(6):937-945. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000600937&lng=pt&tlng=en>. Acesso em 11 abr. 2017
18. Fé MMM, Ramos CV, Moura MEB, Nunes BMVT, Martins MCC. Orientação alimentar para os diabéticos na estratégia saúde da família. *Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963*, 2016;10(1): 202-210. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10941>>. Acesso em 13 abr. 2017.
19. Souza MFC, Araújo VF. Adequação do consumo e evolução entropométrica após educação nutricional de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Demetra*. 2015;10(1):159-172. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/13376#.W PBPO_krJdg>. Acesso em 1 abr. 2017.
20. Zanetti ML, Arrelias CCA, Franco RC, Santos MA, Rodrigues FFL, Faria HTG. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. esc. enferm. USP*, 2015;49(4):619-625. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000400619&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 abr. 2017.
21. Gonela JT, Santos MA, Castro V, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Zanetti ML. Nível de atividade física e gasto calórico em atividades de lazer de pacientes com diabetes mellitus. *Rev. bras. educ. fís. esporte*, 2016;30(3):575-582. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180755092016000300575&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 abr. 2017.

22. Ferreira G, Pereira MG. Validação do questionário do comportamento planejado na diabetes: atividade física. *Psic., Saúde & Doenças*, 2014;15(2):409-426. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862014000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 abr. 2017.
23. Mendes R, Dias E, Gama A, Castelo-Branco M, Themudo-Barata JL. Prática de exercício físico e níveis de atividade física habitual em doentes com diabetes tipo 2- estudo piloto em Portugal. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 2013;8(1):9-15. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343913000023>. Acesso em 22 abr. 2017.
24. Pinto LM, Moreira CL. Caminhada regular de paciente portadora de Diabetes Mellitus tipo II: um estudo de caso. *Multi-Science Journal*.2015;1(1):48-54. Disponível em: <https://www.ifgoiano.edu.br/periodicos/index.php/multiscience/article/view/40>. Acesso em: 09 mai. 2017.
25. Souza GDS. Perfil de portadores de Diabetes Mellitus tratados na atenção básica de Araçatuba – SP: a importância da educação crítico-social. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, 2014;18(2):101-105. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5174/2994>. Acesso em 18 abr. 2017.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 36: Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica: Diabetes Mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
27. Faria HTG, Veras VS, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Revista da Escola de Enfermagem*, 2013;47(2):348-354. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200011>
28. Leite ES, Lubenow JAM, Moreira MRS, Martins MM, Costa IP, Silva AO. Avaliação do impacto da Diabetes Mellitus na qualidade de vida de idosos. *Cienc cuid Saude*.2015;14(1):822 – 829. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21353>. Acesso em 25 abr. 2017.
29. Iser BPM et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015;24(2):305-314. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742015000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03 mai. 2017.
30. Chaves JM, Alves SHS. Estratégias utilizadas por pessoas com diabetes mellitus tipo 2 para o controle dos aspectos emocionais. *Perspectivas em Psicologia*, 2015;19(2):199 – 220. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/32502>. Acesso em 25 abr. 2017.
31. Karsten LF, Souza DL, Vieira MR, Silva JC. Influência do diagnóstico de diabetes Mellitus gestacional na qualidade de vida da gestante. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2016;9 (1): 7–14. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/>

4545>. Acesso em 12 ago. 2017.

32. Ducat L, Rubenstein A, Philipson B, Barbara JA. A review of the mental health issues of diabetes conference. *Diabetes care*, 2015;38(2):333 – 338, A review of the mental health issues of diabetes conference. *Diabetes care*,2015;38(2):333 – 338. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/38/2/333>>. Acesso em 12 abr. 2017.

33. Greco-Soares JP, Dell’Aglío DD. Relações entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo 1 na adolescência. *Contextos Clínicos*, 2016;9(2):159-167. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2016.92.02/5654>. Acesso em: maio de 2017.