



Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Mental
Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções

Dissertação

**IMPACTO DOS FACTORES PSICOLÓGICOS NA QUALIDADE DE VIDA DO
PACIENTE COM DIABETES MELLITUS, NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA -
HCM**

Candidato:

Filipe Olito Coimbra

Orientadora:

Prof.^a Doutora Maria Alexandra F. Rodrigues

Maputo

2016



Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Mental
Mestrado em Saúde Mental e Psicointervencões

Dissertação

**IMPACTO DOS FACTORES PSICOLÓGICOS NA QUALIDADE DE VIDA DO
PACIENTE COM DIABETES MELLITUS, NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA -
HCM**

Dissertação apresentada ao **Departamento de Saúde Mental, da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane**, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Psicointervencões

Maputo

2016

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Mental, da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, como parte dos requisitos para a conclusão do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção.

Orientadora

Professora Doutora Maria Alexandra F. Rodrigues

Maputo, 2016

Lista de acrónimos e abreviaturas

ADA – Associação Americana dos Diabéticos

AF – Análise Factorial

AMODIA – Associação dos diabéticos de Moçambique

CIBS – Comité Institucional de Bioética em Saúde

DM - *Diabetes mellitus*

DMNID – *Diabetes mellitus Não Insulino Dependente*

FM – Faculdade de Medicina

HCM – Hospital Central de Maputo

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

MISAU – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

QVRSI – Qualidade de Vida em relação à Saúde do Indivíduo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UEM – Universidade Eduardo Mondlane

Declaração de Honra

Declaro por minha honra que este trabalho de dissertação de Mestrado nunca foi apresentado, na sua essência, para obtenção de qualquer grau e que ele constitui o resultado da minha investigação, estando no texto e na bibliografia as fontes utilizadas.

Maputo, 2016

.....

(Filipe Olito Coimbra)

Dedicatória

Dedico este trabalho, que muito sacrifício exigiu, à minha família, em particular à minha esposa, Helga João Gove, e aos meus filhos, Tânia dos Anjos Coimbra e Kevin de Assis Coimbra que, com imenso amor, coragem e esperança, me apoiaram moralmente para o alcance dos meus objectivos de formação.

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro e sincero agradecimento é endereçado à Professora Doutora Maria Alexandra F. Rodrigues, pelo apoio técnico-científico que me prestou desde a concepção do protocolo até à elaboração da dissertação.

Agradeço aos pacientes com *Diabetes mellitus* internados no Departamento de Medicina do HCM, bem como às suas famílias que, generosamente, se prontificaram a colaborar. Sem eles nunca o presente estudo seria possível.

O meu agradecimento é também endereçado à Direcção do HCM e aos seus colaboradores pela atenção e contribuição que tornaram possível a recolha de dados no âmbito do presente estudo.

À Direcção do Departamento de Saúde Mental, em particular, e da Faculdade de Medicina da UEM, em geral, pela oportunidade que me concedeu para frequentar o curso, o meu reconhecimento e gratidão.

Resumo

Esta dissertação intitulada "Impacto dos Factores Psicológicos na Qualidade de Vida do Paciente com *Diabetes mellitus*" é resultado de uma pesquisa realizada no Departamento de Medicina do HCM com o objectivo geral de avaliar o impacto dos factores psicológicos na qualidade de vida do paciente diabético internado. Para a materialização da pesquisa, optou-se como metodologia de trabalho a abordagem quantitativa e qualitativa, com o intuito de fortalecer os juízos e as conclusões. Deste modo, foram usados como instrumentos de recolha de dados um questionário e um guião de entrevista não-estruturada, administrada a pacientes diabéticos internados no Departamento de Medicina do HCM, de modo a tornar possível a descrição de uma possível relação existente entre os factores psicológicos identificados nos pacientes com *Diabetes mellitus* e a sua qualidade de vida. De entre outros, o estudo permitiu a identificação de factores correlacionados, tais como a falta de hábito na realização de exercícios físicos, insatisfação pessoal relacionada com a condição de paciente Diabético, negativismo emocional, sentimento de fraco poder financeiro e consequente dificuldade no ajuste da dieta alimentar, afectando a qualidade de vida do paciente. Com base nos resultados do presente estudo, foi possível também identificar uma relação directa entre os factores psicológicos e sociais determinantes para uma adequada qualidade de vida do paciente com a *Diabetes mellitus*.

Palavras-Chave: factores psicológicos; qualidade de vida; *diabetes mellitus*, hábitos alimentares, exercício físico.

Abstract

The dissertation entitled **Impact of Psychological Factors in Patient's Quality of Life with Diabetes mellitus** was the result of a survey conducted in the Department of Medicine of the Maputo Central Hospital and had the overall objective of evaluating the impact of psychological factors on the quality of life of diabetic patients who were admitted.

To materialize the research, it was chosen quantitative and qualitative approaches and work methodology and for data collection it was used a non-structured interview in order to better describes the relationship between the psychological factors identified in patients with diabetes mellitus and its quality of life.

The study contributed for identifying the following factors: lack of exercise, dissatisfaction related to its diabetic patient condition, low emotional sphere, weak financial strength and consequently difficulties in changing diet, which actually affected the quality of life of the patient. In this way it was possible, based on this study to assume that there was a direct relationship between psychological and social factors affecting the quality of life of patients with *Diabetes mellitus*.

Keywords: psychological factors; quality of life; *diabetes mellitus*, eating habits, physical exercises

Índice

Resumo	vii
Abstract	viii
Lista de Tabelas	Pag. xi
Lista de gráficos	Pag. xii
1. CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	- 1 -
1.1 Problema	- 2 -
1.2 Justificação	- 3 -
1.3 Objectivos	- 3 -
1.3.1 Objectivo Geral	- 3 -
1.3.2 Objectivos Específicos	- 4 -
2. CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA	- 5 -
2.1 <i>Diabetes mellitus</i>	- 5 -
2.1.1 Critérios de Diagnóstico da <i>Diabetes mellitus</i>	- 5 -
2.1.2 Classificação	- 5 -
2.2 Diabetes como doença crónica	- 6 -
2.3 Factores Psicológicos na <i>Diabetes Mellitus</i>	- 10 -
2.3.1 Efeito do Stress nas Diabetes	- 10 -
2.3.2 Depressão e ansiedade nas Diabetes	- 10 -
2.4 Hábitos Alimentares	- 11 -
2.5 Exercício Físico	- 12 -
2.6 Hiperglicemia	- 14 -
2.7 Hipoglicemia	- 14 -
2.8 Monitorização da Glicose	- 14 -
2.9 Adesão à Terapêutica da Diabetes	- 15 -
2.10 Complexidade da Adesão Terapêutica na Diabetes	- 16 -
2.11 Barreiras à Adesão ao Regime Terapêutico da Diabetes	- 17 -
2.12 Tratamento do Paciente diabético em Moçambique	- 17 -
3 CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	- 19 -
3.1 Tipo de Pesquisa	- 19 -
3.2 População	- 19 -
3.3 Critérios de Inclusão	- 20 -
3.4 Instrumentos de Colheita de Dados	- 21 -

3.5	Procedimentos e Análise dos Dados _____	- 21 -
4	<i>CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</i> _____	- 24 -
4.1	Características Gerais da Amostra _____	- 24 -
4.1.1	Idade e Sexo _____	- 24 -
4.1.2	Nível de Escolaridade por Grupos Etários _____	- 24 -
4.1.3	Sector de Ocupação Profissional _____	- 25 -
4.2	Características Socio-Económicas _____	- 26 -
4.3	Condição Clínica do Paciente Diabético _____	- 27 -
4.4	Conhecimento sobre a Doença _____	- 28 -
4.5	Adesão aos Componentes (exercício regular, dieta, medicamentos) de Tratamento da Diabetes Tipo II _____	- 29 -
4.5.1	Exercício físico _____	- 29 -
4.5.2	Medicação _____	- 30 -
4.5.3	Hábitos tabágicos e o uso regular de medicamentos _____	- 31 -
4.6	Factores Psicológicos com Impacto na Adesão Terapêutica e na “Qualidade de vida” do Paciente Diabético _____	- 32 -
4.6.1	Consistência Interna do Questionário _____	- 32 -
4.6.2	Satisfação com o tratamento actual _____	- 34 -
4.7	Impacto dos factores psicológicos nos hábitos tabágicos e alcoólicos _____	- 35 -
4.8	Factores psicológicos e o impacto sobre a dieta alimentar _____	- 36 -
4.8.1	Capacidade individual em cumprir com as regras da dieta alimentar e a vida social _____	- 36 -
4.8.2	As condições socio-económicas e a necessidade de uma dieta adequada _____	- 37 -
4.8.3	Gestão da restrições impostas pela dieta _____	- 38 -
4.9	Factores Psicológicos e a Condição de Diabético _____	- 39 -
4.9.1	Medo e nervosismo na gestão da Diabetes _____	- 39 -
4.9.2	Preocupações e Pânico gerados pela doença _____	- 40 -
4.9.3	Ansiedade, Depressão e Diabetes _____	- 41 -
4.9.4	Capacidade de Tolerância nas Relações Inter-pessoais _____	- 42 -
4.10	Impacto da Diabetes na vida pessoal e familiar _____	- 43 -
4.11	Grau de satisfação com a “qualidade de vida” _____	- 44 -
5	<i>CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</i> _____	- 46 -
5.1	Conclusões _____	- 46 -
5.2	Recomendações _____	- 47 -
	<i>Bibliografia</i> _____	- 49 -
	<i>ANEXOS</i> _____	- 54 -

Lista de Tabelas

Pag.

Tabela 1 Classificação do paciente com base no índice de massa corporal	- 22 -
Tabela 2 Grupo Etário por Sexo.....	- 24 -
Tabela 3 Nível de Escolaridade.....	- 25 -
Tabela 4 Rendimento Familiar	- 26 -
Tabela 5 Cálculo de Índice de Massa Corporal = Massa/ Altura ²)	- 27 -
Tabela 6 Índice de Massa Corporal (massa/altura ²).....	- 27 -
Tabela 7 Nível de conhecimento sobre a Diabetes.....	- 28 -
Tabela 8 Prática de exercícios físicos e o tempo do diagnóstico da Diabetes.....	- 29 -
Tabela 9 Medicação prescrita	- 30 -

Lista de gráficos

Pag.

Gráfico 1: Distribuição percentual da amostra por nível de escolaridade e grupo etário- 25 -

1. CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

A Diabetes, definida pela OMS (1993) como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da relativa deficiência de insulina, resistência à insulina ou ambas, é caracterizada por hiperglicemia crónica e alterações do metabolismo dos carboidratos, lípidos e proteínas, apresentando-se o paciente com polidipsia, poliúria e polifagia. Embora a Diabetes seja classificada como doença não transmissível, ela representa um problema de saúde pública (MISAU, 2009) não só pela sua alta prevalência, como também pelas complicações e sequelas resultantes da doença, com elevada morbi-mortalidade e custos para o sector da saúde (Santos et al, 1994).

No mundo em geral, mas sobretudo nos países em desenvolvimento, a prevalência global da *Diabetes mellitus* tem aumentado em grande escala (Kengne, Amoah & Mbanya, 2005). Em 2002, o número de indivíduos com Diabetes era estimado em 171 milhões (2,8% da população mundial) com uma previsão de 366 milhões (6,5%) para 2030 (Dunstan et al., 2002). Já em África, com ênfase na região Sub-Sahariana, a prevalência estimada oscila entre os cerca de 2% nas zonas rurais e os 7% nas áreas urbanas (Santos et al, 1994).

Em Moçambique, apesar da escassez de informação, estima-se que a prevalência seja de 4/100.000 habitantes e, embora não haja dados estatísticos confirmativos que suportem o aumento da prevalência da doença, existe a percepção de que a Diabetes constitui uma das principais causas de procura de cuidados médicos, tanto em consultas de rotina como nos serviços de urgência dos hospitais em todo o país.

Por outro lado, é também reconhecido que, à medida que aumenta a prevalência da Diabetes, se observa, paralelamente, um aumento da frequência relativa das suas complicações e, conseqüentemente, uma maior e mais rápida degradação da qualidade de vida do Diabético. Tal facto toma particular relevo quando se assume que a hiperglicemia Diabética crónica está associada à lesão, deterioração, disfunção e falência de vários órgãos, nomeadamente, os olhos, os rins e o coração e dos sistemas circulatório e nervoso.

O seu tratamento e controlo exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e ao estilo de vida que, não sendo devidamente orientados, podem

comprometer a qualidade de vida, uma vez que os parâmetros funcionais da doença ou deficiência, independência funcional e stress psicossocial são identificados como os principais factores de risco e são os responsáveis primários pela desadaptação ou não adesão terapêutica. Apesar dos avanços relativos às novas possibilidades terapêuticas, os benefícios obtidos pelos Diabéticos são ainda bastante inexpressivos para além do facto dos custos do sistema de saúde para os Diabéticos constituírem um grande constrangimento que tem, sobremaneira, afectado a expectativa de vida destes pacientes, (ADA, 2003).

Assim, ao paciente diabético, que acaba por se tornar um encargo para a sociedade, espera-se que seja disponibilizada informação e orientação psicológica, procurando minimizar a sensação de ameaça pela possibilidade, quer de complicações futuras, quer por morte prematura, num quadro clínico em que tanto a parte somática como a esfera emocional do paciente se apresenta afectadas.

1.1 Problema

A Diabetes, uma doença crónica com perspectivas de evolução com complicações, particularmente a nível vascular, e com marcado impacto no dia-a-dia do paciente, afecta de forma evidente a qualidade de vida do paciente. Para fazer face à doença, é determinante a decisão do próprio paciente e o apoio da família para a mudança de hábitos e estilo de vida inerentes ao processo de controlo da hiperglicemia, que caracteriza a doença.

No entanto, particularmente na nossa realidade, pouco ou nada se sabe acerca do impacto dos factores psicológicos na adesão a um eficaz esquema de tratamento e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida do paciente. Nesse contexto torna-se evidente a importância do paciente conhecer o impacto dos acontecimentos relativos à doença e ao tratamento, as estratégias e os recursos para lidar com esses acontecimentos e as possíveis repercussões na sua qualidade de vida. Na senda da solução para este problema, foram colocadas as seguintes questões:

- Como é efectuada a adesão aos componentes (exercício regular, dieta, medicamentos) de tratamento da Diabetes Tipo II, por parte do paciente diabético?
- Qual é o impacto da doença na adesão terapêutica?

- Qual é a percepção do paciente diabético sobre a necessidade de adoptar hábitos e estilos de vida saudáveis?
- Qual é o possível impacto do suporte social na doença e adesão terapêutica do paciente diabético?

1.2 Justificação

Devido à escassez de relatos na literatura, estudos com diferentes delineamentos de pesquisa e da variação dos resultados encontrados, o impacto dos efeitos psicológicos na adesão ao regime terapêutico e na qualidade de vida de Pacientes Diabéticos ainda constitui um problema que merece investigação.

É evidente que ainda há necessidade de identificar e compreender os comportamentos facilitadores e/ou as dificuldades inerentes à adesão terapêutica no tratamento e controlo da *Diabetes mellitus* de forma a contribuir para a redução ou o retardar das complicações a ela associadas e, conseqüentemente, promover uma melhor qualidade de vida do paciente diabético.

Para além disso os países mais desenvolvidos fizeram estes estudos há pelo menos 50 anos e têm estado a actualizar as políticas de previdência social, particularmente na Europa Ocidental. Nesta perspectiva qualquer acção nesse sentido em Moçambique requer pesquisas do exploratório ao operacional para que a assistência sanitária e social ao cidadão seja uma realidade concreta e não uma mera óptica de pretensão.

1.3 Objectivos

1.3.1 Objectivo Geral

Tendo em conta todos os aspectos anteriormente referidos, o presente estudo teve como objectivo geral:

- A avaliação do impacto dos factores psicológicos na qualidade de vida do paciente diabético. Atendidos no Departamento de Medicina do HCM no período de Setembro e Outubro de 2014.

1.3.2 Objectivos Específicos

Na perspectiva de explorar o impacto dos factores psicológicos na qualidade de vida do paciente diabético tendo como base a convivência com a sua doença e a capacidade em geri-la, foram estabelecidos os seguintes objectivos específicos:

- *Identificar factores psicológicos, como depressão, medo e ansiedade, na vida do paciente diabético relacionado com a sua condição clínica;*
- *Verificar a possível relação entre os factores psicológicos e a adesão terapêutica ao tratamento da diabetes;*
- *Avaliar a "qualidade de vida" do paciente diabético.*

2. CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 *Diabetes mellitus*

A *Diabetes mellitus* é uma doença crónica que agrupa um conjunto de perturbações metabólicas caracterizadas pela insuficiente produção de insulina pelo pâncreas, incapacidade de acção da insulina ou ambas (Kaufman, 1997, citado por Almeida, 2003). Desta situação resulta uma perturbação no metabolismo dos hidratos de carbono, das proteínas e dos lípidos que leva ao aparecimento de hiperglicemia (ISPAD, 1995; citados por Almeida, 2003).

Nesse contexto, os indivíduos com *Diabetes mellitus* insulino-dependente estão sujeitos a exigências terapêuticas, das quais se destaca a necessidade de administração diária de insulina exógena, monitorizar o seu metabolismo (glicemia sanguínea) e controlar a actividade física e a alimentação (Woolfsdorf, Anderson & Pasquarello, 1994, citados por Almeida, 2003).

2.1.1 Critérios de Diagnóstico da *Diabetes mellitus*

Para o diagnóstico da Diabetes, a ADA (1999) recomenda que sejam considerados como critérios:

- Sintomas de Diabetes (poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicada) e uma concentração de glicose no plasma sanguíneo $\geq 200\text{mg/dl}$;
- Nível de glicemia após privação calórica (jejum) de 8 horas igual ou superior a 126 mg/dl;
- Prova de tolerância oral à glicose com glicemia $> 200\text{mg/dl}$ duas horas após a ingestão

2.1.2 Classificação

Segundo Harrison (2006: 2260), “A DM é classificada segundo o processo patogénico que acarreta a hiperglicemia, deixando de lado critérios como a idade de apresentação ou tipo de tratamento. A DM tipo I resulta da destruição auto-imune da células β , que leva à deficiência

de insulina. Os indivíduos com DM tipo I não possuem os marcadores imunológicos indicativos de processo destrutivo auto-imune das células β . Entretanto, apresentam deficiência de insulina por mecanismos desconhecidos e propensão à cetose. Poucos pacientes com DM tipo I pertencem à categoria idiopática do tipo I; muitos deles são afrodescendentes ou de origem asiática.”

De acordo com o mesmo autor, “DM tipo II é um grupo heterogéneo de distúrbios caracterizados por diferentes graus de resistência e secreção inadequada à insulina, e produção aumentada de glicose. Defeitos genéticos e metabólicos distintos na acção e/ou secreção da insulina originam o fenótipo comum de hiperglicemia no DM tipo II.

Processos patogénicos distintos no DM tipo II têm implicações terapêuticas potenciais importantes à medida que agentes farmacológicos dirigidos às disfunções metabólicas específicas tornam-se disponíveis. A DM tipo II é precedida de período de hemostase anormal da glicose, classificado como glicemia em jejum comprometido ou tolerância reduzida à glicose.”

Existem duas características da classificação actual da DM que divergem das classificações anteriores: *Diabetes mellitus* que depende da insulina e *Diabetes mellitus* que não depende de insulina. Como muitos indivíduos com DM tipo II necessitam mais tarde de tratamento com insulina para o controlo da glicemia, o uso do termo DMNID gerava grande confusão. Uma outra diferença está relacionada com a idade que não é um critério no sistema de classificação. No entanto é frequente assumir que a DM tipo I desenvolve-se com maior frequência antes de 30 anos de idade. Estima-se que de 5-10 % dos indivíduos que apresentam DM após os 30 anos tenham DM tipo I. Do mesmo modo, a DM tipo II ocorre com mais frequência em idades avançadas.

2.2 Diabetes como doença crónica

De acordo com Lavigne e Faier- Routman (1993), citados por Almeida (2003), os aspectos psicológicos, associados à doença crónica, são: o tipo de doença (se afecta o Sistema Nervoso Central ou não), a gravidade da patologia, o estado funcional e a duração.

Segundo Eiser (1985), em Almeida (2003), a abordagem psicossocial enfatiza a importância do auto-conceito na adaptação. Quando o diagnóstico de uma patologia crónica afecta os aspectos centrais da vida do sujeito, os aspectos valorizados nas suas actividades, desencadearão alterações no auto-conceito e na auto-estima que colocarão o indivíduo numa situação de risco acrescido de perturbação emocional e da adaptação à doença. Esta adaptação estará ainda dependente da aceitação da doença e da capacidade do sujeito para efectuar alterações no seu sistema de valores.

Almeida (2003), citando Wright (1985), refere que a aceitação da doença exige uma certa dose de negação da perturbação. Quando a perturbação ocorre, o sujeito exclui dos aspectos mais centrais do seu auto-conceito as características pessoais mais afectadas. Assim, as desvantagens da perturbação tornam-se difíceis de ultrapassar, impedindo o sujeito de aderir ao tratamento prescrito. Como alternativa, o sujeito deverá reorganizar o seu sistema de valores, em que a aparência física e a saúde necessitarão de ser desvalorizadas e promovidos outros atributos. Uma abordagem centrada nas *aptidões de confronto* tenta também explicar o desenvolvimento de estratégias para lidar com as exigências da doença e promover a adaptação do sujeito.

No mesmo artigo, Almeida (2003) define estratégias de confronto como o conjunto das actividades cognitivas e motoras utilizadas por um indivíduo para preservar a sua integridade física e corporal, recuperar de uma adversidade funcional ou compensar uma perturbação irreversível, usando Lipowski (1970) como referência. Para este autor, os determinantes das aptidões de confronto englobam:

- (1) factores intrapessoais (idade, personalidade, inteligência)
- (2) factores relacionados com a doença (severidade, cronicidade)
- (3) factores ambientais (família, rede social de interacção).

A Diabetes é uma das doenças crónicas mais exigentes sob o ponto de vista comportamental e psicológico. Não existem evidências que comprovem a associação entre características da personalidade ou do temperamento e a Diabetes, como por exemplo a velocidade de progressão da doença.

A frequência de ocorrência de complicações e isto afecta a qualidade de vida mas são inegáveis as relações entre aspectos psicológicos do paciente e a doença (Glasgow, 1995 citado por Almeida, 2003).

Segundo Dunn e Turtle (1981) citados por Almeida (2003), ao longo dos tempos, os factores psicológicos associados à diabetes têm sido perspectivados como:

- Componentes principais na etiologia;
- Determinantes da flutuação no controlo ao longo do curso da doença;
- Consequência específica significativa do curso da Diabetes.

Em cada uma destas áreas, os estudos têm sido contraditórios e inconclusivos. No que se refere à primeira perspectiva (que procura conhecer nos aspectos psicológicos componentes principais na etiologia), os relatos afirmavam que a Diabetes resultaria de um contexto de conflito emocional persistente, sem que no entanto especificasse um mecanismo psicofisiológico que explicasse de forma inequívoca a relação entre os acontecimentos stressantes e o síndrome e Diabético, (Fisher & col., 1982; Brandão & col., 1989, citados por Almeida, 2003).

As investigações sobre a relação entre acontecimentos stressantes e flutuações no controlo da Diabetes têm sido alvo de atenção mais firmemente sustentada. Aspectos como a ansiedade, a depressão ou a exposição a acontecimentos de vida stressantes têm sido referidos exaustivamente na literatura. Os estudos não são muitas vezes concordantes, e nem é sempre que os resultados se apresentam claramente evidentes, mas parece existir alguma relação entre as diversas manifestações da ansiedade e a adesão ao regime terapêutico (Dunn & Turtle, 1981; Fisher & col., 1982 citados por Almeida, 2003).

De acordo com Ribeiro et al, (2007), citados por Amorim, (s/d) pode considerar-se mais elevado o número de indivíduos com alguma alteração na Qualidade de Vida. Uma vez que 8,2% de indivíduos apresentam ansiedade e 9,2% apresentam depressão. Uma outra perspectiva refere-se às consequências da doença sublinhando que o impacto psicológico e a adaptação à Diabetes começam no primeiro momento. Estudos de *follow-up* (Kazak, 1997 citados por Almeida, 2003) referem que a resposta inicial ao diagnóstico é um importante predictor da adaptação futura e da capacidade para enfrentar as dificuldades impostas pela doença e tratamento, sendo que muitos dos

pacientes apresentam perturbações psicológicas logo após o diagnóstico, como ansiedade, depressão, isolamento social e diminuição do autoconceito.

Almeida, (2003) cita autores como Wallander, (1988), Davis, Hess e Hiss (1988) ao assinalar que o impacto psicológico no momento do diagnóstico da Diabetes e a adesão ao tratamento são dos melhores predictores da morbidade e mortalidade nos pacientes com Diabetes chegando mesmo a reconhecer que estes se apresentam mais fiáveis que alguns parâmetros clínicos ou fisiológicos.

Ultrapassado o difícil período pós diagnóstico e uma vez estabilizada a Diabetes, os pacientes são geralmente saudáveis, exceptuando, a stressante necessidade de realizar um regime terapêutico rigoroso e contínuo para o resto da vida (Rovet & Fernandes, 1999 citados por Almeida, 2003).

A Diabetes pode originar perturbações do funcionamento neurocognitivo, que podem conduzir a uma diminuição da capacidade para lidar com as exigências da doença (Ingersoll & col., 1986 citados por Almeida, 2003). O controlo da diabetes exige a capacidade de realização de numerosas actividades mentais (i.e. capacidade perceptiva, memória, motricidade fina, planeamento.) ao longo de toda a vida.

Esta doença encerra um ciclo, no qual são causadas perturbações neurocognitivas e estas deficiências dificultam o tratamento. Este aspecto torna-se relevante com o avançar da idade (aproximação de velhice) pois a diabetes acelera o processo de declínio físico e cognitivo. (Rovet & Fernandes, 1999 citados por Almeida, 2003). O maior desafio para a psicologia da saúde é a compreensão do impacto psicológico da doença, a promoção da adesão ao tratamento e o modo de lidar com as consequências imediatas e a longo prazo da doença (Johnson & col., 1990 citados por Almeida, 2003).

Algumas das ocorrências associadas à Diabetes são bastante graves, afectando o sistema nervoso central de forma permanente, como é o caso das convulsões resultantes de uma hipoglicemia, as quais conduzem a uma diminuição da atenção e memória e da destreza psicomotora (Davis & Jones, 1998; Bergada & col., 1989; Rovet, Ehrlich & Hoppe, 1987, 1988; Casparie & Elving, 1985 citados por Almeida, 2003). Mesmo alterações metabólicas

menos severas poderão ter um efeito cumulativo de que resultarão em consequências adversas na linguagem ou na atenção.

Ainda outros acontecimentos transitórios (como a hipoglicemia ligeira) podem afectar transitoriamente a atenção e a memória, (Ruam, Longstreet & Morrow, 1985; Ruam, Vega & Drash, 1985; Hagen & col., 1990 citados por Almeida, 2003).

2.3 Factores Psicológicos na *Diabetes Mellitus*

2.3.1 Efeito do Stress nas Diabetes

De acordo com Bradley (1988) citada por Silva (2010) o maior número de complicações no diabético está associado a níveis elevados de glicose no sangue desencadeados pelo *stress*. Entretanto Goldston et al. (1995) citado por Silva (2010) defende que os Profissionais de Saúde devem perceber que o *Stress* aumenta a possibilidade de colocar o diabético em risco de vida para além de promover a redução na adesão ao regime de tratamento médico e ao mau controlo metabólico. É particularmente nos casos em que a glicemia aumenta como reacção ao *stress* que os pacientes poderão beneficiar de tratamento farmacológico ou psicológico.

Portanto, o stress psicológico pode conduzir a perturbações do controlo glicémico quer de forma inconscientes ou consciente que levam à adopção de comportamentos pouco saudáveis, como a não adesão ao tratamento, ao tabagismo ou ao consumo de bebidas alcoólicas ou ao não cumprimento da dieta alimentar.

2.3.2 Depressão e ansiedade nas Diabetes

Lustman, (1986) citada por Silva (2010), verificou que 70% dos pacientes com Diabetes (tipo I e tipo II) apresentavam, ao longo da sua vida, pelo menos uma perturbação psicológica, mais frequentemente perturbação depressiva ou perturbação de ansiedade generalizada; e 14% sofria de um episódio depressivo maior no momento em que foi realizado o estudo.

Constatou ainda que os pacientes com pior controlo metabólico tinham mais frequentemente doença psicológica ao longo da sua vida do que os pacientes com bom controlo metabólico e que a presença de complicações crónicas tem demonstrado estar associada, a um nível mais elevado de ansiedade e de depressão.

É relevante referir que a dificuldade no diagnóstico de perturbações como ansiedade e depressão resulta da incapacidade de se distinguirem os sintomas que se devem a estas perturbações, nomeadamente a fadiga, perda de peso, dificuldades relacionadas com a memória, perturbações do sono, disfunção sexual e irritabilidade, que resultam particularmente do mau controlo da Diabetes (hiperglicemia e hipoglicemia).

2.4 Hábitos Alimentares

O Diabético tem restrições alimentares rigorosas por causa da inexistência de insulina endógena, e a insulina exógena estar relacionada com a quantidade de calorias a ingerir e a actividade física a desenvolver, o planeamento alimentar é um componente essencial da terapia da Diabetes (ISPAD, 1995 citado por Almeida, 2003). Será recomendável seguir um padrão alimentar estável, respeitando os costumes sociais e os hábitos alimentares da família. (ADA, 1999^b, citado por Almeida, 2003).

O objectivo geral do aconselhamento nutricional deverá ser de ajudar o paciente com Diabetes na obtenção de mudanças nos hábitos alimentares e de exercício físico que conduzam a uma melhoria do controlo metabólico, tendo como objectivos específicos:

- Manutenção de níveis de glicemia tão próximos do normal quanto possível, através do equilíbrio entre a ingestão alimentar, a actividade física e a administração de insulina;
- Obtenção de concentrações lipídicas óptimas.

Para alcançar estes objectivos, deverão ser planeadas refeições com base nos hábitos alimentares e de exercício do indivíduo e integrado o tratamento com insulina. É recomendado aos Diabéticos insulino-dependentes que as refeições sejam realizadas a horas determinadas e em sincronia com os tempos de acção da insulina que administram. Devem

ainda os sujeitos fazer a monitorização do nível de glicemia e ajustar a dose de insulina ao valor obtido e à quantidade e tipo de alimentos que vão ingerir.

Os alimentos ricos em fibras (vegetais, legumes, frutos, pão e massas integrais) são úteis para o controlo glicémico porque evitam as elevadas concentrações de glicose no sangue por terem uma digestão mais prolongada, mas também por possuírem efeitos benéficos nos níveis de colesterol. Deverão ser privilegiadas as gorduras polinsaturadas (de origem vegetal) (ADA, 2000, 1999b; Wolfsdorf, Anderson & Pasquarello, 1994, citados por Almeida, 2003). No entanto deve ser tomada em consideração o relaxamento que acontece quando a sintomatologia é inexistente ou rara. É neste momento que se pretende intervir.

2.5 Exercício Físico

A actividade física e o exercício físico são componentes essenciais para o Diabético, porque, para além de activarem o consumo de energia, têm também um papel catabólico importante. Para satisfazer as necessidades impostas ao organismo em condições de exercício físico intenso são consumidas as reservas de triglicéridos, de ácidos gordos, de glicose (porque mantê-los elevados constituem factores de risco para as doenças cardiovasculares) e oxigénio. As adaptações metabólicas activadas para a normalização da glicemia no organismo durante a actividade física são reguladas hormonalmente. Diminui a quantidade de insulina e aumenta a glucagona em circulação, necessários para activar a produção hepática de glicose. Este mecanismo parece estar desaparecido nos diabéticos tipo II (Wolfsdorf, Anderson & Pasquarello, 1994; ADA, 2000, 1999^c citados por Almeida, 2003).

É simples constatar que a actividade e exercício físico são fundamentais para o equilíbrio metabólico da Diabetes ao promover a utilização da glicose em circulação ou armazenada nos músculos e estimula os receptores da insulina, enquanto diminui a resistência à sua acção. A prática de exercício físico regular traduz-se em valores mais baixos da hemoglobina glicosilada que vão até aos 20 %, na diminuição da hipertensão, da hiperlipidemia, da arteriosclerose e do risco de patologia cardíaca.

Desta forma, não deve ser imposta qualquer limitação à prática desportiva ao paciente com Diabetes bem controlada. Pelo contrário, deve ser encarada como um auxiliar precioso para a sua regulação metabólica. Entre as recomendações salienta-se a preferência pelos exercícios aeróbicos (natação, remo, ciclismo, corrida), em relação às actividades anaeróbicas (Wolfsdorf, Anderson & Pasquarello, 1994; Sperling, 1995; ADA, 2000, 1999^c citados por Almeida, 2003).

Uma das complicações que podem surgir com a prática de exercício físico intenso é o aparecimento da hipoglicemia durante ou após a actividade. Estão mais expostos a esta situação os pacientes que tomam doses mais elevadas de insulina. Como forma de evitar esta situação, devem antecipadamente ser tomadas um conjunto de precauções: não iniciar exercício caso as glicemias estejam abaixo do nível normal ou exista cetonúria, ingerir uma dose suplementar de hidratos de carbono proporcional à intensidade do exercício e ao valor da glicemia medida no início da actividade, realizar uma boa hidratação, reduzir a dose de insulina antes do exercício, acompanhadas de uma monitorização da glicemia mais frequente após o exercício.

Um alimento rico em glicose de rápida absorção deve estar acessível durante e após o exercício, para ser usada em caso de hipoglicemia; por fim, aumentar a ingestão de hidratos de carbono tais como nas refeições seguintes (de modo proporcional à intensidade do exercício realizado) e monitorizar a glicemia com mais frequência (Wolfsdorf, Anderson & Pasquarello, 1994; Sperling, 1995; ADA, 2000, 1999^c citados por Almeida, 2003). Para isso torna-se necessário educar e treinar os doentes no uso de interpretação dos resultados da glicofita.

Em Diabéticos mal controlados metabolicamente, o exercício físico pode originar cetoacidose por activação de mecanismos de contra-regulação hormonal. Recomenda-se igualmente uma particular atenção às lesões dos pés, devido ao risco de gangrena e amputação (Wolfsdorf, Anderson & Pasquarello, 1994; Sperling, 1995; ISPAD, 1995; ADA, 2000, 1999^c citados por Almeida, 2003).

2.6 Hiperglicemia

A hiperglicemia ocorre quando a quantidade de glicose em circulação ultrapassa as necessidades do organismo. Afeta diversos sistemas metabólicos, nomeadamente a secreção da glucagona e da hormona de crescimento, o metabolismo dos lípidos e a libertação de catecolaminas. Em indivíduos normais, a hiperglicemia estimula a produção de insulina, a qual tem efeitos homeostáticos. Nos pacientes com Diabetes que recebem insulina exógena, a obtenção da homeostasia não é tão fácil. Uma consequência da hiperglicemia é o aumento da resistência à acção da insulina (Amiel & Col., 1991 citados por Almeida, 2003). Outra consequência é o aumento do risco de perturbações vasculares, com perturbações renais, oculares e neurológicas associadas, (Lindgren & col., 1990 citados por Almeida, 2003).

2.7 Hipoglicemia

A hipoglicemia é a complicação aguda, sintomática, mais frequente na Diabetes, sendo o mais importante factor na limitação dos programas de tratamento intensivo. É habitualmente definida como uma descida dos níveis de glicose no sangue, para valores inferiores a 55mg/dl. O tratamento da hipoglicemia exige um suplemento imediato de glicose.

Como resposta do organismo à descida dos níveis de glicose é desencadeado um processo de contra-regulação hormonal com a libertação de glicose armazenada no fígado (ISPAD, 1995, 2000 citado por Almeida, 2003). A hipoglicemia pode ser sintomática ou assintomática e pode originar desde ligeiros sintomas comportamentais ou cognitivos, perda de consciência, e até, apesar de raro, ser causa de morte. Esta condição resulta mais frequentemente de alimentação inadequada ou ausente, exercício físico sem ingestão alimentar adequada ou excessiva administração de insulina, (Daneman & col., 1989 citados por Almeida, 2003).

2.8 Monitorização da Glicose

O sucesso no controlo diário da Diabetes pode ser em grande parte conseguido através de um processo de auto-regulação que agrupa um conjunto de tarefas sob a designação de *auto-*

monitorização. A auto-monitorização possibilita ao paciente, sem consulta ao médico, assumir a responsabilidade autónoma pelo ajuste diário das doses de insulina, em função da alimentação, da actividade física, das rotinas diárias ou qualquer interferência, como uma doença infecciosa. Existe um consenso alargado quanto às vantagens de um perfil glicémico normal ou próximo do normal, em particular nos pacientes tratados com insulina, pelo que a auto-monitorização se reveste de crucial importância (ADA, 2000, 2000a citados por Almeida, 2003).

2.9 Adesão à Terapêutica da Diabetes

A adesão do paciente às condições impostas por uma doença e ao seu tratamento tem sido um tema de crescente investigação e também um assunto de saúde pública nas últimas décadas, (Myers & Midence, 1998 citados por Almeida, 2003). É universalmente reconhecida a baixa adesão aos regimes terapêuticos, quer nas doenças agudas quer nas doenças crónicas, o que contribui para o insucesso dos tratamentos prescritos (Myers & Midence, 1998 citados por Almeida, 2003).

A eficácia do tratamento de uma doença crónica, como a Diabetes, depende de dois factores: (a) a eficácia do tratamento prescrito e (b) o grau de adesão ou cumprimento do tratamento. Infelizmente, o grau de adesão à maioria dos regimes terapêuticos, Diabetes inclusive, prescritos para as doenças crónicas é baixo, o que leva a consequências que podem ser graves (Epstein & Cluss, 1982; Jordan & O'Grady, 1982 citados por Almeida, 2003), que por vezes está associado ao facto de ter sido indicado alimentos não acessíveis, longas no exercício.

A adesão não pode ser conceptualizada como uma construção unidimensional uma vez que todos os aspectos referentes ao tratamento interagem. Assim a aderência apenas a um dos componentes do regime não está relacionado com a aderência aos outros componentes do tratamento e ao controlo metabólico (Epstein & Cluss, 1982 citados por Almeida, 2003).

2.10 Complexidade da Adesão Terapêutica na Diabetes

O estudo da adesão ao tratamento da Diabetes compreende três aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, a Diabetes não é uma entidade clínica única, incluindo várias perturbações heterogêneas que têm como aspecto comum a alteração do metabolismo da glicose, (Glasgow 1991 citados por Almeida, 2003). Existe uma multiplicidade de dimensões importantes no auto-tratamento. Entre estas dimensões destaca-se:

- o comportamento alimentar;
- a prática de exercício físico;
- a administração de medicação;
- a monitorização da glicemia;
- adopção de medidas preventivas (como o transporte de um suplemento de açúcar);
- integração adequada de todas estas actividades.

Os pacientes parecem não receber ou não recordar prescrições explícitas relativamente a algumas destas áreas, pelo que é impossível o cálculo de um nível de adesão quando não existem critérios específicos para comparar o comportamento do paciente (Glasgow, 1991; Johnson & col., 1990; Glasgow, McCaul & Schafer, 1987 citados por Almeida, 2003).

O paciente com Diabetes efectua um tratamento diário que impõe uma série de condições stressantes que precisam de competências psicológicas (cognitivas e comportamentais) e que o apoio da família é necessário para a mudança no seu estilo de vida e ultrapassar os obstáculos que impedirão o adequado controlo da doença (Bryon, 1998 citados por Almeida, 2003).

O programa de treino aeróbio utilizado (bicicleta durante 45 min, duas vezes por semana e exercício intermitente uma vez por semana durante 2 meses) reduziu o tecido adiposo subcutâneo abdominal e o tecido adiposo visceral, mas não teve qualquer efeito sobre o peso corporal.

Existem, evidências que o treino é uma intervenção terapêutica eficaz para aumentar a acção da insulina no músculo-esquelético de indivíduos obesos e resistentes à insulina. Os

mecanismos moleculares que explicam o incremento de captação de glicose com o treino têm sido atribuídos ao aumento da expressão/actividade das principais proteínas de sinalização envolvidas na regulação da absorção e do metabolismo da glicose no músculo-esquelético (Hawley & Less 2008 citados por Castro, 2008).

2.11 Barreiras à Adesão ao Regime Terapêutico da Diabetes

Os psicólogos tentaram activamente estudar e desenvolver instrumentos para avaliar conhecimentos, crenças, atitudes ou outros aspectos associados à adesão ao tratamento da Diabetes. O conjunto de factores (internos e externos) com que os pacientes se confrontam e que inibem o comportamento de adesão terapêutica tem sido designado por barreiras à adesão terapêutica ou por barreiras à adesão. As barreiras à adesão devem ser analisadas na perspectiva do paciente e incluem factores intrapessoais (esquecimento, ausência de planeamento ou perspectiva, deficiências de conhecimento, auto-afirmações negativas) e factores ambientais (interferências sociais, ausência de suporte) que concorrem com a tentativa de seguir estritamente um regime terapêutico prescrito, (Glasgow, 1991 citado por Almeida, 2003).

2.12 Tratamento do Paciente diabético em Moçambique

De acordo com Tiago, Caupers e Fernandes (2009) o tratamento da Diabetes deve ser baseado num trabalho de equipa visando, sobretudo, uma educação permanente e apoio ao paciente. A equipa deve incluir não só os trabalhadores de Saúde como deve centrar-se em volta do próprio paciente. Sempre que possível a equipa deve poder contar com o apoio de oftalmologistas, cardiologistas, nefrologistas, cirurgiões vasculares, obstetras, pediatras e psicólogos que poderão participar como membros adicionais. A abordagem permite uma melhor comunicação entre os trabalhadores de saúde e uma prestação de cuidados integrados.

Uma educação adequada do paciente mostrou ser crucial para o sucesso do auto controle, melhoria do controle metabólico e do prognóstico das complicações a curto, médio e longo prazo. Portanto há necessidade de um programa educativo anteceder sempre o tratamento medicamentoso do paciente diabético. O tratamento do paciente diabético deve basear-se

numa parceria activa entre os Diabéticos, suas famílias e a equipa de saúde. Para ter o impacto desejado, o programa de educação deve ser introduzido logo que surgirem os primeiros sinais ou sintomas da Diabetes na vida da pessoa.

Para Kasper, (2006) os objectivos da terapia para o DM dos tipos I ou II são: eliminar os sintomas relacionados com a hiperglicemia, reduzir ou eliminar as complicações micro e macrovasculares a longo prazo do DM e, permitir que o paciente tenha um estilo de vida o mais normal possível. Para alcançar esses objectivos, o médico deve identificar o nível-alvo de controlo glicémico para cada paciente, fornecer a ele orientação educacional e farmacológica necessária para alcançar este nível, e monitorar/tratar as complicações relacionadas com a DM.

Os sintomas da DM geralmente remitem quando a glicose plasmática é maior <11.1 mmol/l (200mg/dl) e, então, a maior parte do tratamento da DM tem como foco atingir o segundo e o terceiro objectivos. O tratamento de um indivíduo com DM tipo I ou II requer equipa multiprofissional e o fundamental para o sucesso do trabalho é a participação, o estímulo e o entusiasmo do paciente, que são essenciais para a assistência ideal da Diabetes.

Os pacientes diabéticos também recebem a assistência médica e medicamentosa na AMODIA que funciona no recinto do HCM. Para além da assistência médica, os pacientes dispõem o apoio psicológico feito por um profissional especializado.

3 CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo com uma abordagem quantitativa e qualitativa e que seguiu um delineamento do tipo descritivo, obedecendo a análise estatística inferencial (Colin, 1995).

O presente estudo foi realizado no Departamento de Medicina do HCM e decorreu no período de Setembro e Outubro de 2014. Durante essa fase, foram então identificados e analisados os possíveis factores emocionais ou psicológicos associados ao tratamento e seguimento do Paciente internado com Diabetes, com base no acesso aos processos individuais dos pacientes, bem como se procedeu ao preenchimento dos questionários apresentados em anexo.

Antes da realização do estudo no campo de pesquisa e para efeitos de cumprimentos dos aspectos éticos legais e deontológicos concernentes ao uso de informação classificada referente aos pacientes, foi necessário obter uma autorização formal da Direcção Científica e Pedagógica do HCM e da Comissão Científica da Faculdade de Medicina, bem como aprovação do comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e do HCM (CIBS/FM&HCM).

3.2 População

O estudo teve como grupo-alvo todos os pacientes com *Diabetes mellitus* internados no Departamento de Medicina do HCM durante os meses de Setembro e Outubro de 2014.

Tal como argumenta Hill (2005), qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. Os dados são informações na forma de observações, ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis fornecidos por um conjunto de casos. A amostragem é o processo de extracção de uma amostra a ser pesquisada que consiste em seleccionar parte de uma população e observá-la com vista a estimar uma ou mais características para a totalidade da população. Portanto, para realização deste estudo optou-se pela amostragem aleatória simples que é um processo de selecção de uma amostra (normalmente por sorteio) que permitiu que todos os elementos da população tivessem a mesma chance de serem escolhidos, e que

também todo subconjunto de elementos tivesse o mesmo critério na inclusão da amostra. Constitui o método probabilístico de amostragem, que permitiu a generalização dos resultados, ou seja, garantiu cientificamente a aplicação de técnicas estatísticas de inferência ou indução com a limitação de aplicação à saúde e restringindo a sua generalização, devido ao número de casos envolvidos no estudo.

De acordo com os dados estatísticos do Departamento de Medicina do HCM, em 2011, foram internados por *Diabetes mellitus* ou suas complicações 238 pacientes, correspondendo a 12% do total de internamentos ocorridos no ano e uma média de 20 pacientes mensal. Já em 2012, no mesmo local, registou-se um total anual de 328 internamentos e uma média mensal de 27, que corresponde a 16%; e, em 2013, foram registados 415 internamentos (com uma média mensal de 34), equivalendo a 21%.

Assumindo que a tendência de internamentos por *Diabetes mellitus* e suas complicações, no Departamento de Medicina do HCM, tem vindo a crescer, para a concretização do estudo, foi definida uma amostra populacional de 30 pacientes, de quem foram recolhidos os dados em dias alternados numa periodicidade de três vezes por semana de forma a incluir todos possíveis casos. No mesmo contexto, foram consultados os respectivos processos clínicos, para complementar a informação fornecida pelo paciente com *Diabetes mellitus* tipo II (e/ou suas complicações), conforme definido de acordo com a OMS, mediante a assinatura do consentimento informado.

A delimitação da amostra teve em conta o argumento de Ferreira (1967) sobre a necessidade de se definir o tamanho necessário para que os resultados do estudo pudessem ser significativos.

3.3 Critérios de Inclusão

Foram tomados em consideração como critérios de inclusão todos os pacientes com *Diabetes mellitus* internados no Departamento de Medicina do HCM sem alteração do estado de consciência e com idade igual ou superior a 18 anos e sem transtornos mentais que assinaram o consentimento informado.

3.4 Instrumentos de Colheita de Dados

Para a recolha de dados, foi elaborado e administrado pelo pesquisador um questionário sobre os possíveis factores psicológicos com impacto na qualidade de vida do diabético e que são apresentados em anexo 3 onde constam também as variáveis relacionadas com o paciente (sexo, idade, procedência, estado civil, hábitos tabágicos, actividade física, dieta, tratamento, escolaridade, renda familiar e profissão) e realizada uma entrevista aberta para esclarecer algumas das respostas consideradas pouco consistentes dentro do questionário como um todo, a cada um dos pacientes incluídos no estudo.

3.5 Procedimentos e Análise dos Dados

O presente estudo foi realizado no Departamento de Medicina do HCM e decorreu nos meses de Setembro e Outubro de 2014. Durante essa fase de recolha e tratamento de dados, foram identificados e analisados os possíveis factores psicológicos associados ao tratamento e seguimento do paciente internado com Diabetes, com base no acesso aos processos clínicos individuais dos pacientes, bem como do preenchimento dos questionários e das entrevistas em anexo.

Antes da realização do estudo no campo de pesquisa e para efeitos de cumprimentos dos aspectos éticos legais e deontológicos concernentes ao uso de informação classificada referente aos pacientes, foi necessário obter uma autorização formal da Direcção Científica e Pedagógica do HCM e da Comissão Científica da Faculdade de Medicina, bem como do comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e do HCM (CIBS/FM&HCM).

Os dados recolhidos por meio do questionário foram codificados, quantificados e processados para depois seguir-se a sua análise e que teve como recurso o pacote estatístico *SPSS 20*.

O *SPSS* é um pacote estatístico, composto por diferentes módulos, desenvolvidos especificamente para análise estatística de dados para estudos sociais, mas que pela sua plenitude pode ser aplicado também para análise de dados de outras áreas científicas como as ciências biológicas, biomédicas, dentre outras áreas do conhecimento, permitindo dessa

forma a realização de uma grande amplitude de análises estatísticas quer descritivas quer inferencial, bem como a respectiva ilustração e interpretação gráficas.

Maioritariamente os resultados foram, organizados em tabelas de frequência para resumir os principais fenómenos em estudo.

Para o agrupamento etário, foram considerados pacientes internados com idade superior a 18 anos, portadores de *Diabetes mellitus* tipo II (e/ou suas complicações) em 2 grupos 18 a 49 e 50 a 70 anos uma vez que não foram incluídos pacientes com mais de 70 anos.

O sobrepeso e a obesidade são os distúrbios nutricionais mais comuns nos países desenvolvidos, e tal tendência já se observa em vários países em desenvolvimento, inclusive Moçambique. A obesidade é uma doença crónica, de tratamento complexo e, muitas vezes, ineficiente, associada a diversas condições médicas potencialmente graves e até fatais que se encontram frequentemente associadas às complicações da Diabetes. O diagnóstico é dado pelo índice de massa corporal (IMC), determinado pelo quociente entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros). A Tabela 1 resume o consenso mundial para diagnóstico de obesidade baseado nos valores do IMC.

Tabela 1 Classificação do paciente com base no índice de massa corporal			
IMC	Condição	Classificação	Risco
< 18,5	Abaixo do peso		Aumentado
18,5 a 24,9	Peso normal		Normal
25 a 29,9	Sobrepeso		Aumentado
30 a 34,9	Obesidade	Classe I	Alto
35 a 39,9		Classe II	Muito alto
>40		Classe III	Extremamente alto

Fonte: ACSM (2000)

Para efeitos da avaliação da consistência interna do questionário seguiu-se o recomendado por autores como Pestana e Gageiro (2000), que definem a consistência interna dos variáveis como a proporção da variabilidade das respostas que resulta de diferenças nos inqueridos. Isto é, as respostas diferem não porque o inquerido esteja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inqueridos têm diversas opiniões. *O Alpha de Cronbach* é uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de um grupo de variáveis

(itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e as outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que medem a mesma característica. Ela varia de 0 a 1, classificando-se do seguinte modo:

- Muito boa → alpha superior a 0.9;
- Boa → alpha entre 0.8 e 0.9;
- Razoável → alpha entre 0.7 e 0.8;
- Fraca → alpha entre 0.6 e 0.7;
- Inadmissível → alpha < 0.6.

4 CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características Gerais da Amostra

4.1.1 Idade e Sexo

Tal como apresentado na Tabela 2, dos 30 pacientes entrevistados, 53% eram do sexo masculino e os remanescentes 47%, do sexo feminino.

Tabela 2 Grupo Etário por Sexo

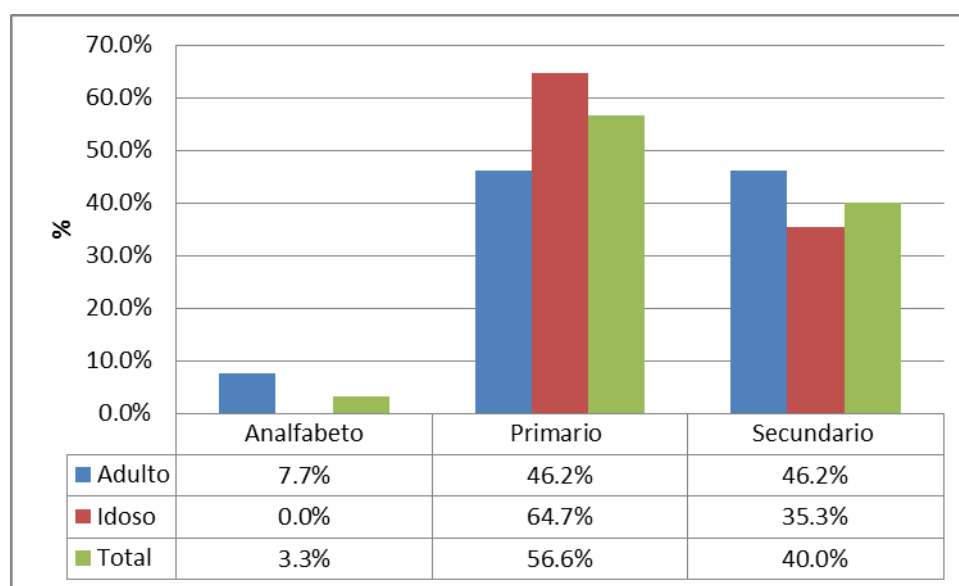
Grupo etário		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Adulto (19 a 49 anos)	n	10	3	13
	%	77	23	100
Idoso (50 a 70 anos)	n	6	11	17
	%	35	65	100
	n	16	14	30
Total	%	53	47	100

No entanto, entre os adultos, a maior percentagem foi do sexo feminino (77%), enquanto entre os idosos a representação do sexo masculino correspondeu à maior percentagem (65%). Provavelmente os indivíduos do sexo feminino aprendam com o tempo a melhor gerir a doença e daí, entre os internados nesta altura do estudo se encontrarem relativamente mais indivíduos do sexo masculino embora sem significado estatisticamente significativo.

4.1.2 Nível de Escolaridade por Grupos Etários

O Gráfico 1 evidencia que, quando se comparam os grupos etários e o nível de escolaridade, dos 30 pacientes entrevistados, os idosos apresentam menor nível de escolaridade que os adultos, embora cerca de 8% dos entrevistados tenham sido adultos, sem qualquer escolaridade.

Gráfico 1: Distribuição percentual da amostra por nível de escolaridade e grupo etário



Tal facto torna-se relevante quanto se toma em consideração o desenvolvimento de programas de educação para prevenção das complicações e promoção da qualidade de vida.

4.1.3 Sector de Ocupação Profissional

Procedeu-se à análise da possível relação entre o nível de escolaridade e o sector de enquadramento da profissão/ocupação (Tabela 3) e verificou-se que a maior parte da população envolvida no estudo (57%) tinha ocupação no sector terciário.

Tabela 3 Nível de Escolaridade

Nível de escolaridade	Sector de Ocupação			Total
	Primário	Secundário	Terciário	
Analfabeto	1	0	0	1
	9%	0%	0%	3%
Primário	8	2	7	17
	73%	100%	41 %	57 %
Secundário	2	0	10	12
	18%	0%	59 %	40%
Total	11	2	17	30
	100%	100%	100%	100%

Cerca de 9% representam a população que não frequentou formalmente nenhuma escola e exerce a sua profissão no sector produtivo. Dos 57% da população em estudo cerca de 47% referiram ter como nível de escolaridade o primário e ocupação no sector produtivo, enquanto 41%, com o mesmo nível de escolaridade, exercem a sua profissão no sector terciário e têm como nível de escolaridade o primário. Não se podem tirar conclusões mesmo com elevada carga subjectiva acerca da escolaridade dos pacientes afectados pela doença incluídos neste estudo uma vez que a escolaridade permite a disponibilidade de mais recursos económicos e consequentemente o acesso a unidades sanitárias com outras facilidades para a assistência clínica.

4.2 Características Socio-Económicas

Quando se toma em consideração o rendimento familiar mensal obtêm-se os valores apresentados na Tabela 4 que mostra que, dos 30 pacientes entrevistados, 3 (10%), têm o rendimento mensal abaixo de 3.152 MT, enquanto 24 pacientes (80%), é que auferem salário igual ou superior ao salário mínimo nacional.

Tabela 4 Rendimento Familiar

Rendimento (Mt)	N	%
< 3152,00	3	10
[3152,00 – 15760,00[24	80
>= 15760,00	3	10

Estes dados permitem esperar que a maior parte dos diabéticos que se encontravam internados naquele período e naqueles serviços, e que tenham rendimento familiar mensal baixo (abaixo do salario mínimo), definam outras prioridades que não são as exigidas para a assistência à sua condição de Diabético afectando, deste modo, a qualidade da sua vida.

4.3 Condição Clínica do Paciente Diabético

Para a caracterização do estado nutricional, de cada um dos pacientes diabéticos envolvidos no estudo, calculou-se o índice de massa corporal cujos resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 Cálculo de Índice de Massa Corporal = Massa/ Altura²)

$(56/1,58^2)=22,43$	$(62/1,60^2)=24,22$	$(82/1,75^2)=26,78$	$(78/1,71^2)=26,67$	$(52/1,70^2)=17,99$
$(40/1,50^2)=17,78$	$(50/1,52^2)=22,22$	$(49/1,60^2)=19,14$	$(85/1,70^2)=29,41$	$(81/1,60^2)=31,64$
$(62/1,70^2)=21,45$	$(62/1,72^2)=20,96$	$(67/1,65^2)=24,61$	$(46/1,40^2)=23,47$	$(44/1,60^2)=17,19$
$(64/1,70^2)=22,15$	$(94/1,73^2)=31,41$	$(60/1,70^2)=20,76$	$(57/1,80^2)=17,59$	$(41/1,64^2)=15,24$
$(80/1,75^2)=26,2$	$(56/1,70^2)=19,38$	$(57/1,90^2)=15,79$	$(49/1,65^2)=17,99$	$(72/1,67^2)=25,82$
$(70,9/1,73^2)=23,69$	$(74/1,45^2)=35,19$	$(98/1,70^2)=33,91$	$(80/1,68^2)=28,34$	$(58/1,60^2)=22,66$

Com base na Tabela 5 foi possível classificar cada um dos pacientes e construir a Tabela 6.

Tabela 6 Índice de Massa Corporal (massa/altura²)

(massa/altura ²)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Abaixo do Peso	7	23
Peso Normal	13	43
Sobrepeso	6	20
Obesidade do 1º Grau	3	10
Obesidade do 2º Grau	1	4
Total	30	100

Como se pode verificar, destes, 7 (23%) apresentavam-se como indivíduos com baixo peso, 13 pacientes (43%) tinham o peso normal, 6 pacientes (20%) apresentavam sobrepeso, 3 pacientes, (10%) com Obesidade do 1º Grau, e 1 paciente correspondente a pouco mais de 3% com Obesidade do 2º Grau.

Assim, no Departamento de Medicina do HCM, dos entrevistados, cerca de 13 % apresentavam-se no estado de obesidade aumentando a propensão para as complicações da

doença e sem dúvida dificultando a gestão da própria doença e pondo em causa a qualidade de vida do paciente e do seu ambiente familiar.

4.4 Conhecimento sobre a Doença

Os 30 pacientes envolvidos no estudo foram questionados sobre o conhecimento que tinham sobre a doença de que padeciam. Os resultados são apresentados na Tabela 7 que se segue.

Tabela 7 Nível de conhecimento sobre a Diabetes

Conhecimento sobre a Diabetes	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nenhum	18	60
Algum	9	30
Bastante	3	10
Total	30	100

Dos 30 pacientes entrevistados, 18 (60%) disseram que não tinham qualquer conhecimento sobre a doença. Estes resultados sugerem que os clínicos, ou não informaram, em absoluto ou não partilharam de forma clara, a informação sobre o estado clínico do paciente. Este dado torna-se relevante quanto se toma em consideração que a falta de conhecimento sobre a doença está já, por outros autores como Fisher & col., (1982) e Brandão & col., (1989), citados por Almeida, (2003), identificada como uns dos maiores entraves para a adesão terapêutica e consequentemente factor determinante para a ocorrência das inúmeras complicações da DM.

4.5 Adesão aos Componentes (exercício regular, dieta, medicamentos) de Tratamento da Diabetes Tipo II

O tratamento da Diabetes é extremamente exigente, complexo e implica também a responsabilidade por parte do paciente, durante toda a sua vida a partir do momento em que é diagnosticado. O equilíbrio entre a actividade física, alimentação e medicação, é necessário no tratamento da Diabetes, porque afecta o dia-a-dia do paciente, implicando, muitas vezes profundas alterações do estilo de vida. Foi nesse contexto que os envolvidos neste estudo foram inqueridos sobre a percepção que tinham sobre o cumprimento da prescrição médica ou simplesmente como auto-avaliavam a sua adesão ao tratamento.

4.5.1 Exercício físico

Os 30 pacientes envolvidos no estudo foram questionados sobre o hábito de praticar exercícios e que foi cruzado com o tempo que decorreu desde o momento em que foi diagnosticada a doença e a altura da entrevista sendo os resultados apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 Prática de exercícios físicos e o tempo do diagnóstico da Diabetes

Prática de exercícios físicos	Tempo do diagnóstico da Diabetes						Total
	Casos novos	De 1 a 5 anos	De 6 a 10 anos	De 11 a 15 anos	De 16 a 20 anos	De 21 a 25 anos	
Não	8	9	3	2	1	1	24
Sim	1	3	1	1	1	0	6
Total	9	12	4	3	1	1	30

Dos 30 casos contidos no estudo, só 9 eram casos novos, mas mesmo assim 80% revelou não ter o hábito de praticar exercício. Destaque deve ainda ser feito ao único doente envolvido no estudo com o diagnóstico feito há pelo menos 25 anos e ter afirmado que o exercício físico não fazer parte do seu dia-a-dia. Esta situação contrasta com o argumento de Almeida (2003), que afirma que a actividade física e o exercício físico são componentes essenciais para o controlo metabólico do Diabético, porque, para além de activarem o consumo de energia, têm também um papel catabólico importante. Havendo esta manifesta importância do exercício

físico que contrasta com o comportamento dos pacientes inqueridos provavelmente se esteja perante a ausência ou ineficácia da educação do paciente diabético e a necessidade da intervenção de uma equipa de saúde multi-disciplinar.

Por outro lado, ao relacionar a doença crónica e os hábitos de prática de exercício físico, deve-se tomar em consideração não só as conseqüentes limitações associadas ao estilo de vida cristalizado do doente mas também dos seus familiares. É por isso fundamental compreender o processo de vida da família, que é dinâmico e sujeito a modificações ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida familiar.

4.5.2 Medicação

Tal como descrito no Capítulo da Literatura a classificação actual da DM diverge das anteriores por assumir que mais cedo ou mais tarde todos os pacientes passarão ao tratamento com insulina para o controlo da glicemia e por isso a idade também já não é um critério no sistema de classificação. No entanto é frequente assumir que a DM tipo I desenvolve-se com maior frequência antes de 30 anos de idade e que a DM tipo II ocorre com mais frequência em idades avançadas. Aos pacientes envolvidos neste estudo questionou-se sobre a medicação que faziam e poucos foram os que se mostraram capazes de o dizerem por isso recorreu-se ao processo clínico, e o cardex (Tabela 9).

Tabela 9 Medicação prescrita

Medicamento	Frequência (n)	Percentagem (%)
Insulina	25	83
Glibenclamida	2	7
Metformina	3	10
Total	30	100

A medicação usada para o tratamento da DM, foi identificada para 25 (83%) dos 30 pacientes como sendo a Insulina e os restantes com hipoglicemiantes orais, com relativa maior propensão para a Metformina.

O tratamento com Insulina implica ajustes da medicação e alimentação bastante exigentes em termos de recursos e hábitos. Esquemas terapêuticos em que se associa a Insulina lenta e a rápida para administração em ambulatório requer que por parte do paciente se faça o controlo do nível glicémico para a definição da quantidade a aplicar, logo existência do dispositivo e acessórios para o controlo individual e consequentemente mais encargos para orçamentos já de si insuficientes para o básico da vida. O uso de hipoglicemiantes orais em contra partida é menos controlável a sua acção tendo em conta os efeitos dos mecanismos de absorção em particular. Seja qual for o esquema terapêutico o paciente precisa de ser educado a gerir o seu tratamento para que a adesão a este não venha a ser o rastilho para as complicações tal como é argumentado por Sila (2010).

4.5.3 Hábitos tabágicos e o uso regular de medicamentos

Quando questionados sobre os hábitos tabágicos e depois relacionar-se estes com o uso regular dos medicamentos prescritos verifica-se o que é apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 Hábitos alcoólicos e uso regular de medicamentos

Hábitos alcoólicos	Uso regular de medicamentos				Total
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Não	14	82	12	92	26
Sim	3	18	1	8	4
Total	17	100	13	100	30

A maior parte da população envolvida no estudo negou ter hábitos alcoólicos mas mesmo assim pouco mais de metade dela referiu não tomar regularmente a medicação e quando questionados sobre os motivos de o não fazerem todos eles afirmaram nem sempre terem

condições para adquirir o que havia sido prescrito ou de se deslocarem a AMODIA para procurar apoio. Silva (2010) sustenta que se espera que o paciente diabético se envolva totalmente no seu tratamento e se assuma como um agente activo na gestão da sua doença sugerindo portanto que os argumentos apresentados pelos pacientes manifestarem uma falta de compromisso por parte do paciente com o êxito do tratamento da sua doença que de forma reconhecida tem negativamente influenciado na qualidade de vida.

4.6 Factores Psicológicos com Impacto na Adesão Terapêutica e na “Qualidade de vida” do Paciente Diabético

4.6.1 Consistência Interna do Questionário

Foi feita a análise da consistência interna do conjunto de variáveis que compunham o questionário. Conforme estabelecido, o valor mínimo de Alpha de Cronbach aceitável para consistência interna num conjunto de variáveis é 0,6.

Tabela 11 Factores Psicológicos com Impacto na Adesão Terapêutica

Item	Correlação	Alpha de Cronbach
Eu sinto-me nervosa	0,816	0,803
Ainda tenho prazer em trabalhar	0,703	0,822
Vivo sempre com medo que a diabete possa complicar-se	0,539	0,822
Tenho prazer em divertir-me	0,722	0,808
Tenho inumeras preocupações	0,841	0,806
Considero-me uma pessoa alegre	0,804	0,878
Consigno sentir-me relaxado	0,752	0,857
Faço as coisas mais lentamente	0,738	0,815
Eu perdi interesse em cuidar da minha aparência	0,864	0,804
Nao consigo ficar sem fazer nada	0,670	0,826
Acredito que a vida vai correr bem	0,786	0,803
De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	0,869	0,789
Consigno sentir prazer nas coisas que faço fora das actividades profissionais	0,641	0,818

Tal como se pode verificar na Tabela 11 a consistência interna para cada um dos itens que compôs o questionário é boa.

Tabela 12 Consistência interna das variáveis relacionadas com a satisfação com a “qualidade de vida”

Variáveis	Alpha de Cronbach
Está satisfeito(a) com seu tratamento actual?	0,903
Está satisfeito(a) com a flexibilidade que tem na sua dieta?	0,873
Está satisfeito(a) com a apreensão que a Diabetes gera na sua família?	0,884
Está satisfeito(a) com o seu conhecimento sobre a diabete?	0,899
Está satisfeito(a) com o seu sono?	0,878
Está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	0,865
Está satisfeito(a) com o seu trabalho ou actividades doméstica?	0,864
Está satisfeito(a) com o tempo que gasta fazendo exercícios físicos?	0,863
Está satisfeito(a) com a sua vida geral?	0,882
Está satisfeito(a) com o seu tempo de lazer?	0,883

Tabela 13 Consistência Interna do Impacto da Doença

Variáveis	Alpha de Cronbach
Com que frequência se sente fisicamente paciente?	0,910
Com que frequência a Diabetes interfere na vida da sua família?	0,897
Com que frequência constata que a Diabetes está a limitar a sua vida social e amizades?	0,915
Com que frequência se sente restringido(a) pela sua dieta?	0,913
Com que frequência a Diabetes interfere com a sua vida sexual?	0,914
Com que frequência a Diabetes o(a) priva de poder dirigir um carro ou usar uma maquina/aparelho (por exemplo, telemóvel)?	0,901
Com que frequência a Diabetes interfere nos seus exercícios físicos?	0,906
Com que frequência falta ao trabalho, escola ou responsabilidades domésticas por causa da Diabetes?	0,900
Com que frequência se sente constrangido em falar sobre a sua condição de diabético?	0,908
Com que frequência come algo que não deveria, ao invés de dizer que tem Diabetes?	0,908

Para avaliar a consistência interna, foi calculado o *Alpha de Cronbach*. Conforme estabelecido, o valor mínimo de *Alpha de Cronbach* aceitável para consistência interna num conjunto de variáveis é 0,6 de acordo com Pestana e Gageiro (2005). Observando as Tabelas 11, 12 e 13 verifica-se que todas as variáveis apresentam valores de *Alpha de Cronbach* superiores a 0,6. Sendo assim podemos afirmar de um modo geral que todas as variáveis de qualidade de vida (satisfação e impacto), Ansiedade e Depressão (Factores Psicológicos Com Impacto na Adesão Terapêutica), apresentam uma consistência interna boa, podendo-se

concluir que os pacientes inqueridos no Departamento de Medicina do HCM com *DM* foram consistentes nas suas respostas, isto é, as respostas dadas pelos inqueridos não parecem ter sido dadas aleatoriamente e apenas para cumprir com a formalidade, mas reflectem o que cada paciente entende como satisfação com a qualidade de vida e o impacto da doença nas suas vidas.

4.6.2 Satisfação com o tratamento actual

Tomando em consideração o grau de satisfação com o tratamento actual (Tabela 14) verificou-se que dos 30 pacientes entrevistados, 23 (77%) afirmaram que se sentiam de algum modo satisfeitos, enquanto 7 (23%) revelaram estarem mesmo insatisfeitos com o tratamento.

Pela entrevista foi possível constatar que a satisfação com o tratamento estava estritamente associada com a facilidade/dificuldade em dispor da medicação mas também com a capacidade em adaptar-se à necessidade de tratamento.

Tabela 14 Satisfação pessoal com o tratamento actual

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nenhuma	7	23
Alguma	13	43
Bastante	10	33
Total	30	100

Estes resultados revelam uma diferença na satisfação do paciente com o tratamento a que se encontra sujeito que sem expressão significativa em termos estatísticos, não permite que se possa deixar de tomar em conta que tal facto venha a ter um impacto negativo na qualidade de vida do paciente diabético. Semelhantes resultados estão descritos na revisão de literatura evidenciando a universalidade desta perspectiva (Epstein & Cluss, 1982; Jordan & O'Grady, 1982 citados por Almeida, 2003).

4.7 Impacto dos factores psicológicos nos hábitos tabágicos e alcoólicos

A Diabetes é uma das doenças crónicas mais exigentes sob o ponto de vista comportamental e psicológico e tal como sustenta Glasgow, (1995) citado por Almeida, (2003) a frequência de ocorrência de complicações afecta a qualidade de vida e são inegáveis as relações entre aspectos psicológicos do paciente e a doença. Com o intuito de avaliar o efeito do medo sobre as complicações da Diabetes nos hábitos alimentares cruzou-se a informação recolhida sobre estes dados e construiu-se a Tabela 15.

Tabela 15 Medo das Complicações da Diabetes e os Hábitos Tabágicos

Hábitos Tabágicos	Medo constante que a Diabetes possa evoluir com complicações			Total
	Um pouco, mas isso não me preocupa	Sim, mas não tão frequentemente	Sim, frequentemente	
Fumador	4 (13%)	5 (17 %)	21 (70%)	30 (100%)

Tomando em consideração os hábitos tabágicos o total dos inqueridos revelou serem fumadores. De acordo com Lyra (2006) o cigarro aumenta a concentração da gordura a nível abdominal, reduz a sensibilidade insulínica e eleva demasiadamente a concentração glicémica que pode ser verificado a após um teste oral de tolerância à glicose. O risco parece ser relacionado com a quantidade de cigarros e a duração do tabagismo. Nesta perspectiva torna-se preocupante o facto de todos os entrevistados serem fumadores muito embora 70 % viva com medo da evolução das complicações da doença.

Quando o assunto são os hábitos alcoólicos os resultados obtidos são diferentes. Tal como apresentado na Tabela 16, 73% dos participantes no estudo afirmaram viver permanentemente com medo das complicações da doença e por isso não consumir álcool. De realçar que dos 4 pacientes que confirmaram ter hábitos alcoólicos mesmo assim todos eles vivem com medo das complicações da Diabetes.

Tabela 16 Medo das Complicações da Diabetes e os Hábitos Alcoólicos

Hábitos alcoólicos	Medo constante que a Diabetes possa evoluir com complicações						Total	
	Um pouco, mas isso não me preocupa		Sim, mas não frequentemente		Sim, permanentemente			
Não	3	10%	4	13%	19	63%	26	87%
Sim	0	0%	2	7%	2	7%	4	13%
Total	3	10%	6	20%	21	70%	30	100%

Como defende Seyffarth (2000), os diabéticos devem evitar o consumo de bebidas alcoólicas, por causa da importância do controle metabólico, porque as bebidas alcoólicas contêm calorias cuja presença potencia a possibilidade de surgimento de complicações diabéticas da liberação de glicose pelo fígado que pode evoluir para uma severa hiperglicemia, tanto para os que usam insulina como para aqueles que se tratam com hipoglicemiantes orais.

4.8 Factores psicológicos e o impacto sobre a dieta alimentar

A capacidade em cumprir com a dieta prescrita depende de vários factores quer relacionados com o indivíduo quer dependentes do meio ambiente em que se insere. Foi nesse contexto que um conjunto de perguntas foi colocado, a cada um dos pacientes envolvidos no estudo, de forma a avaliar o impacto dos factores psicológicos sobre um dos componentes da terapêutica que é a dieta alimentar.

4.8.1 Capacidade individual em cumprir com as regras da dieta alimentar e a vida social

No que se refere a alimentar-se de algo que não devia pelo facto de ser Diabético (Tabela 17) dos 30 pacientes entrevistados, 28 (93%), disseram que comem com frequência algo que não deviam por não quererem dizer que são diabéticos.

Tabela 17 Cumprimento da dieta

Consumo de alimentos não recomendados	Frequência (n)	Percentagem (%)
Raramente	2	7
Praticamente sempre	28	93
Total	30	100

A imagem obtida com esta Tabela (17) chama a atenção para o facto de que esta posição derivada da relação social por em causa o sucesso do tratamento e a necessidade da promoção da educação não do paciente mas de toda a sociedade sobre o tratamento da Diabetes e as implicações do seu não cumprimento.

4.8.2 As condições socio-económicas e a necessidade de uma dieta adequada

A família representa uma unidade de cuidado ao paciente acometido por uma condição crónica de saúde. Esse cuidado é influenciado pelo meio cultural na qual ela está inserida, pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados, e pelas condições socioeconómicas e educacionais. No contexto dos cuidados em saúde, a família frequentemente toma decisões baseadas nos seus hábitos de vida, crenças e valores relacionados com o processo saúde-doença, e que sejam compatíveis com a sua condição económica. O processo de tomada de decisão é mediado por esses factores que permeiam a relação com os serviços de saúde e que determinam, em larga medida, a utilização dos recursos de tratamento.

Se por um lado as características da Diabetes impõem com maior ou menor profundidade alterações nos hábitos alimentares do paciente implicando o envolvimento de todo o agregado familiar, por outro lado conduz ao desenvolvimento da sensação de restrição na variedade dos produtos alimentares.

Tendo em conta as condições socio-económicas do agregado familiar foi questionado a cada um dos pacientes qual era a sua percepção sobre a capacidade em dispor de um regime

alimentar adequado à sua condição de diabético. Dos 30 pacientes entrevistados (Tabela 18), 25 (83 %) responderam que não têm alternativa para dispor de uma dieta diferenciada da do seu agregado familiar, o que contraria as necessidades relacionadas com a sua condição de diabético.

Tabela 18 Flexibilidade em ajustar a dieta às suas necessidades

Grau de Flexibilidade	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nenhuma	25	83
Alguma	4	13
Absoluta	1	4
Total	30	100

Esta manifesta incapacidade em seguir o prescrito para o seu tratamento vai de algum modo afectar a qualidade de vida do paciente. Isto revela uma vez mais a necessidade de olhar para este problema de Saúde Pública numa perspectiva mais profunda e envolvendo mais a comunidade na tentativa de se desenvolverem hábitos alimentares mais saudáveis para todos.

4.8.3 Gestão da restrições impostas pela dieta

Com a intenção de avaliar até que ponto a sensação de restrição é consciente foi questionado, aos participantes no estudo, com que frequência se apercebiam que não podiam consumir determinado alimento tendo as respostas permitido a construção da Tabela 19.

Tabela 19 Sensação de restrição alimentar

Restrição alimentar	Frequência (n)	Percentagem (%)
Rara	3	10
Permanente	27	90
Total	30	100

Assim, no que tange à restrição da dieta alimentar dos 30 pacientes envolvidos no estudo, 27 (90%) afirmaram ter uma dieta alimentar com permanentes restrições. A consciência da existência dessa restrição tão presente na vida do paciente acaba por afectar o seu estado emocional e desencadear alterações que poderão contribuir para a diminuição da qualidade de vida do indivíduo. Consequentemente a adesão terapêutica ficará comprometida e o sucesso do tratamento ficará aquém das expectativas quer do paciente quer da equipa de saúde que o assiste.

4.9 Factores Psicológicos e a Condição de Diabético

É por demais reconhecido que o *Stress* aumenta a possibilidade de colocar o diabético em risco de vida para além de promover a redução na adesão ao regime de tratamento médico e ao mau controlo metabólico, pode conduzir a perturbações do controlo glicémico quer de forma inconscientes ou consciente que levam a não adopção de comportamentos pouco saudáveis, como a não adesão ao tratamento, ao tabagismo ou ao consumo de bebidas alcoólicas ou não cumprimento da dieta alimentar. Neste contexto foi avaliada a percepção do paciente diabético sobre os factores psicológicos e a evolução das complicações da doença.

4.9.1 Medo e nervosismo na gestão da Diabetes

Quando questionados sobre o medo e o nervosismo desenvolvidos pela possibilidade da doença evoluir com complicações (Tabela 20), dos 30 pacientes entrevistados 17 afirmaram que têm sempre medo que a DM possa complicar-se e por isso vivem sempre muito nervosos.

Tabela 20 Sentimento de medo e nervosismo relacionados com a condição de diabético

Vivo sempre com medo que a DM possa evoluir com complicações	Eu sinto-me nervoso				Total
	Raramente		Frequentemente		
	n	%	n	%	
Sim, mas isso não me preocupa	2	18	1	1	3
Sim, mas não tão frequente	5	46	1	1	6
Sim, permanentemente	4	36	17	88	21
Total	11	100	19	100	30

Dos 11 pacientes que raramente se sentem nervosos apenas 2 vivem sem a preocupação das complicações da doença ocorrerem. Entretanto autores como Silva (2010) salientam que é frequente depois do diagnóstico de DM ocorrer uma serie de crises pessoais. Num primeiro momento, muitos pacientes experimentam sintomas de depressão e ansiedade, angustia, isolamento social, raiva, apreensão, irritabilidade, frustração e pessimismo em relação ao futuro.

4.9.2 Preocupações e Pânico gerados pela doença

Na Tabela 21 são apresentados os resultados das questões relacionadas com as preocupações e o pânico gerados pela doença. No tocante a esta relação entre as preocupações e a sensação de pânico gerados pela condição de diabético, dos 30 pacientes entrevistados 16 revelaram estarem frequentemente preocupados com o seu estado de doente e que este gera pânico a todo o momento enquanto 5, (embora 1 esteja preocupado), não desenvolvem entram em pânico gerado pela condição de diabético.

Tabela 21 Preocupações relacionadas com a condição de diabético e a sensação de pânico

Frequência das preocupações	Sensação de pânico			Total
	Não sinto	Sinto Raramente	Sinto Frequentemente	
Raramente	4	3	2	9
Frequentemente	1	4	16	21
Total	5	7	18	30

Como defende Silva (2010), ao longo do período de progressão da doença, parecem predominar reacções de medo relacionado com as complicações a curto prazo, nomeadamente hipoglicémias e hiperglicémias com sinais e sintomas pouco entendidos pelos pacientes. No presente estudo foi possível obter dos pacientes inqueridos se o medo e o pânico se relacionavam efectivamente com os picos da glicémia uma vez que nenhum deles, mesmo os casos de há mais de 10 anos, foi capaz de caracterizar as preocupações nem as causas efectivas do pânico. Claramente se pode depreender que o conhecimento sobre a própria doença é pouco ou até totalmente inexistente corroborando a resposta dada à questão sobre o conhecimento que tinham sobre a doença, já apresentada neste estudo em ponto anterior.

4.9.3 Ansiedade, Depressão e Diabetes

O estado ansioso-depressivo tem sido descrito na literatura como frequente ou mesmo melhor dizendo comum entre os pacientes diabéticos. Com o objectivo de avaliar a relação entre a ansiedade e a depressão avaliadas neste estudo foi construída a matriz das suas correlações e apresentadas na Tabela 22.

Tabela 22 Matriz das correlações (ansiedade e depressão)

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14
X1	1													
X2	,349*	1												
X3	,540**	,450**	1											
X4	-0,411	0,403	,325*	1										
X5	-,582**	,593**	,488**	,430*	1									
X6	-,468**	-,533**	,246	-,565**	0,222	1								
X7	,434**	,577**	,413**	,399**	,375**	-0,105	1							
X8	-,558**	-,121*	0,204	,525**	,657**	,249*	,597**	1						
X9	,386**	-,587**	0,208	-,107	-,574**	,609**	-0,121	-,687**	1					
X10	0,101	-,382**	,399**	0,103	-0,111	,456**	-0,102	-0,107	,550**	1				
X11	-0,102	-,569**	0,211	,321*	-0,104	,568**	-0,301	0,204	,642**	,530**	1			
X12	-,379**	-,545**	-0,203	0,107	,653**	,485**	0,106	,572**	-,437*	,685**	0,411	1		
X13	-,492**	-,249*	,506**	0,209	,475**	,511**	,647**	0,211	,539*	,583**	,428**	0,202	1	
X14	-,340*	-,345**	-,587**	,432**	-,587**	0,103	-,598**	0,108	-0,102	-0,107	,593**	0,104	-,695**	1

Legenda:

** Correlação a nível de significância a 1%

Olhando para matriz das correlações pode se verificar que os valores da diagonal principal são iguais a 1, devido à perfeita correlação entre as mesmas variáveis, podendo dizer que as variáveis ansiedade e depressão nos pacientes diabéticos envolvidos neste estudo estão correlacionadas. Esta correlação era de esperar uma vez que os valores de *Alpha de Cronbach* são considerados acima do aceitável para este estudo. Assim, este resultado sustenta os achados de autores como Lustman, (1986) citada por Silva (2010), que verificou que a maior parte dos pacientes com Diabetes (tipo I e tipo II) apresentavam ao longo da sua vida, mais frequentemente perturbação depressiva ou perturbação de ansiedade generalizada. Este mesmo autor constatou que a presença de complicações crónicas tem demonstrado estar associada, a um nível mais elevado de ansiedade e de depressão.

4.9.4 Capacidade de Tolerância nas Relações Inter-pessoais

As relações inter-pessoais são afectadas pelo humor e disponibilidade emocional dos intervenientes. Na literatura, Glasgow, (1991) citado por Almeida, (2003), está descrita a

importância da análise das barreiras à adesão terapêutica que incluem factores intrapessoais (esquecimento, ausência de planeamento ou perspectiva, deficiências de conhecimento, auto-afirmações negativas) e factores ambientais (interferências sociais, ausência de suporte) que concorrem com a tentativa de seguir estritamente um regime terapêutico prescrito, e que têm afinal a sua base nas relações inter-pessoais. Essa capacidade em conviver com o mínimo de conflito na sociedade foi questionada aos participantes no estudo e os resultados são apresentados na Tabela 23.

Tabela 23 Avaliação da auto-capacidade de tolerância nas relações inter-pessoais

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Inexistente	3	10,0
Mais ou menos	2	6,7
Bastante	2	6,7
Extremamente	23	76,7
Total	30	100,0

Dos 30 pacientes entrevistados, 23 afirmaram que se sentiam extremamente pacientes, o que corresponde a cerca de 77 %. Os dados aqui revelados só demonstram que os diabéticos embora estejam debilitados fisicamente e com o estado psíquico afectados ainda se sentem com paciência, bem como dos familiares que acompanham o dia-a-dia do paciente.

4.10 Impacto da Diabetes na vida pessoal e familiar

Aos pacientes envolvidos no estudo foi-lhes questionado sobre a percepção que tinham sobre o impacto da Diabetes na vida pessoal e familiar sendo os resultados apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 Impacto da Diabetes na vida da família

Impacto	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Nenhum	1	3
Raro	4	13
Permanente	25	84
Total	30	100

Dos 30 pacientes entrevistados, 25 afirmaram veementemente que o seu estado clínico interfere na vida familiar frequentemente. Não se esperava outro resultado pois qualquer doença crónica de uma forma ou de outra acaba por afectar não só o rendimento familiar bem como o estado emocional e afectivo da família. Em relação ao paciente diabético, o suporte familiar é fundamental, pois ele é um aliado para a aquisição de orientações de saúde adequadas e no processo de enfrentamento da doença. Assim, o processo educativo deve valorizar as experiências e os conhecimentos antecedentes, guiado em valores e crenças do próprio paciente e de seu núcleo familiar acerca da doença (Zanetti, 2007).

4.11 Grau de satisfação com a “qualidade de vida”

Questionados sobre o grau de satisfação em relação à qualidade da sua própria vida as respostas obtidas permitiram constituir a Tabela 25 que mostra de forma evidente que 90% dos pacientes se revelou insatisfeito.

Tabela 25 Grau de satisfação com a “qualidade de vida”

Grau de satisfação	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Nenhum	27	90
Algum	2	7
Bastante	1	3
Total	30	100

Efectivamente dos Pacientes Diabéticos entrevistados, 27 mostraram-se insatisfeitos com o actual estado da sua vida, logo, pode-se depreender que a Qualidade de Vida do Diabético está comprometida devido à insatisfação causada pela doença crónica de que padece. Como afirma Eiser (1985), citado por Almeida (2003), a abordagem psicossocial enfatiza a importância do auto-conceito na adaptação.

Quando o diagnóstico de uma patologia crónica afecta os aspectos centrais da vida do sujeito, os aspectos valorizados nas suas actividades, desencadearão alterações no auto-conceito e na auto-estima que colocarão o indivíduo numa situação de risco acrescido de perturbação emocional e da adaptação à doença. Esta adaptação estará ainda dependente da aceitação da doença e da capacidade do sujeito para efectuar alterações no seu sistema de valores. Assim, se 90% dos pacientes se sente insatisfeito temos a maior parte dos pacientes com probabilidade de desenvolver as complicações da doença pela menor capacidade em adaptar-se à sua condição de diabético e consequentemente com maior necessidade de apoio técnico especializado.

5 CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 Conclusões

O estudo tinha como objectivo geral avaliar o impacto dos factores psicológicos na qualidade de vida do paciente diabético. Os dados recolhidos no Departamento de Medicina do HCM permitiram estabelecer uma relação entre os pressupostos teóricos discutidos neste trabalho por vários autores que se debruçaram anteriormente sobre o impacto dos factores psicológicos na qualidade de vida dos pacientes Diabéticos e a realidade vivenciada por eles. É deste modo que se pode afirmar que a pesquisa permitiu chegar às seguintes conclusões:

- Os pacientes diabéticos têm um rendimento familiar baixo e, por causa dos encargos relacionados à assistência médica e medicamentosa, o baixo rendimento financeiro acaba afectando o paciente e toda estrutura familiar alterando a sua qualidade de vida;
- Um outro factor identificado no estudo foi a presença do baixo peso nos pacientes diabéticos envolvidos no estudo, relacionado provavelmente com a falta de uma alternativa alimentar adequada ou a uma gestão inadequada da própria terapêutica;
- Todo o paciente diabético devia praticar exercícios físicos, como uma medida terapêutica. Contudo, durante a pesquisa, constatámos que a maior parte não exerce regularmente e havendo casos de uma ausência total de exercícios físicos. Este factor afecta negativamente a qualidade de vida dos mesmos;
- A satisfação do paciente diabético foi um aspecto discutido neste estudo, e os resultados mostraram que os pacientes estão muito insatisfeitos com a sua condição de Diabético particularmente no que concerne ao consumo de recursos familiares relacionados com a dieta e a medicação. O nível de satisfação mexe com a esfera emocional do indivíduo e conseqüentemente com a qualidade de vida do mesmo;

- Um dado não menos importante foi o facto de termos constatado que os pacientes têm algum conhecimento sobre a doença, ou seja, a equipa médica deixou o paciente a par do seu estado clínico. Das entrevistas foi possível obter a informação de que o facto de os pacientes estarem devidamente informados contribuiu para a mudança de comportamento, mas isso não se verificou por causa do baixo poder financeiro familiar mas também da resistência à mudança ou sobretudo ao facto das consultas serem bastante espaçadas entre si e o paciente não dispor de outras alternativas, igualmente sólidas na sua perspectiva, para o esclarecimento de dúvidas, por exemplo;
- Os pacientes diabéticos estão debilitados física e psicologicamente e a associação dos factores referenciados nos anteriores parágrafos demonstrou ser a causa fundamental dessa debilidade e é portanto esperado que isto afecte a qualidade de vida do paciente diabético;
- Durante o estudo foi possível compreender que a Diabetes gera mudanças na esfera económica, emocional e afectiva do paciente, bem como da família no geral. Esta constatação permite identificar o impacto psicológico na qualidade de vida do paciente diabético e conseqüentemente a necessidade de ter uma equipa multidisciplinar.

5.2 Recomendações

Após a realização deste estudo intitulado *Impacto dos Factores Psicológicos na Qualidade de Vida do paciente com Diabetes mellitus*, no Departamento de Medicina - HCM, e após chegar às conclusões supracitadas, afigura-se pertinente apresentar as seguintes recomendações:

- Que há necessidade:
 - se viabilizar uma assistência mais integrada e sustentada ao paciente diabético na perspectiva de lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida;

- do Departamento de Medicina do HCM, ser providenciada uma assistência multidisciplinar aos pacientes diabéticos através de uma equipa, que possa incluir, pelo menos, um psicólogo especializado para lidar não só com o paciente com doenças crónicas, mas também com a família, para permitir que o paciente tenha o suporte para a gestão das suas dúvidas e inquietações antes que se transformem em frustrações e ponham em causa a qualidade da sua vida;
- Que o associativismo já existente disponha de mais e maior apoio dessa equipa de forma a tornar-se mais pro-activo e converter-se num apoio também de suporte psicológico e emocional, para além do material.
- De se identificarem formas de disponibilizar algum subsídio alimentar via associação dos diabéticos pois acredita-se que poderia contribuir para a melhoria da qualidade de vida do paciente diabético e, conseqüentemente, com menor impacto negativo para a família e a sociedade em geral, reduzindo-se as conseqüências das complicações por falta de adesão terapêutica;
- Que sejam realizados estudos mais complexos que abranjam também a capacidade de diagnóstico e acompanhamento dos casos novos de Diabetes e também se façam os necessários estudos para os casos de Diabetes Tipo I.

Bibliografia

- Almeida, J. (2003). Impacto dos Factores Psicológicos associados à adesão terapêutica ao Controlo Metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com Diabetes tipo I. Portugal. https://repositorium.sdum.uminho.pt/.../Tese_Doutoramento_Paulo_Almeid...no
- Amorim, M. I. S.P.L. (s/d) Aspectos Psicossociais e Qualidade de Vida do Indivíduo com Diabetes Mellitus tipo II <https://repositorio-aberto.up.pt/.../Aspectos%20psicossociais%20e%20Qu>.
- Bastos, F.; Severo, M. & Lopes, C. (2007) Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/11-20.pdf>.
- Bradley, C. Lewis, K. & Ward, J. (1990). Scales to Measure Perceived Control Developed Specifically for People with Tablet-Treated Diabetes, *Diabetic Medicine*. <https://books.google.com.br/books?isbn>
- Boot, C.; Heijmans, M.; Van Der Gulden, J. & Rijken, M. (2008) The role of illness perceptions in labor participation of chronically ill. *International Archives Occupational Environmental Health*. 82 13-20. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/c6t03500w8246353/fulltext.pdf>
- Canadian Diabetes Association (2008) Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Canadian Journal of Diabetes. 32: Suppl 1 S1-S201. Toronto: Canadian Diabetes Association. <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>.
- Castro, M. H. (2008) *Exercício e Diabetes Mellitus Tipo II*. Porto
- Colagiuri, R. (2010) Diabetes: a pandemic, a development issue or both?. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*. 8:3 305-309. <http://www.expert-reviews.com/doi/abs/10.1586/erc.10.12>
- Connolly, V.; King, H. (2005) The burden of mortality attributable to diabetes : realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care*. 28 (September 2005) 2130-2135. <http://care.diabetesjournals.org/content/28/9/2130.full.pdf+html>

- Correia de Sousa, M. e; Mcintyre, T. (2008) Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21:4;281-289. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40811508009.pdf>
- Cramer, J.. (2004) A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*. 27 1218–1224
<http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1218.full.pdf+html>.
- Delameter, A. (2006) Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*. 24 : 2 71-77.
<http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.full.pdf+html>
- Duarte, R. (2009) Tratar a diabetes hoje em Portugal: recomendações para o tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 2 : uma revisão crítica em 2009. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 4:3 Suppl. 28-42.
<http://www.spd.pt/images//rpd%20setembro%202009-%20suplemento.pdf>.
- Falcão, J. M. (2008) Estudo de prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na rede médicos-sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24 679-92.
http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=786.
- Ferreira, M.; Veríssimo, M. (2008) Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26: 2 (Julho/Dezembro 2008) 37-60. <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-2-2008/04.pdf>.
- Ferreira, P. (2002) – Qualidade de vida e diabetes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 18 402-8.
http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=634.
- Gallego, M. (2001). Diabetes em cuidados primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, 95-100. www.redalyc.org/pdf/362/36219018002.pdf no dia 12.05.2015
- Gimenes, H. ; Zanetti, M.; Haas, V. (2009)– Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 17 : 1 (2009) 46-51. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Harrison, (2006) Medicina Interna. Editores Dennis. 16ª Edição. Rio de Janeiro

- Harvey, J. ; Lawson, V. (2009) The importance of health beliefs models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine* 26 5-13. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x/pdf>
- Heleno, M. Antónia, C. (2004). Promoção e educação para a saúde: Um estudo com pacientes diabéticos. *Psicologia, Saúde Doenças*. 5 (1), 189-194. [sp-ps.pt/uploads/jornal/73.pdf](http://ps.ps.pt/uploads/jornal/73.pdf)
- Johnson, S.; Tomer, A.; Cunningham, W. & Henretta, J. (1990). *Adherence in Childhood Diabetes*.
- Kasper, D. (2006). *Harrison Medicina Interna. McGraw-Hill*. 16ª Edição. Rio de Janeiro.
- Michels, M.; Coral, M.; Sakae, T. ; Damas, T.; Furlanetto, L. (2010) Questionário de actividades de autocuidado com a diabetes : tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 54 (7) 644-651. <http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n7/09.pdf>.
- Nascimento do Ó, D. ; Loureiro, I. (2007) Adesão ao regime terapêutico da diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2 18-21. http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros_joomla/revista/diabetes_2_2007_06.pdf
- Marcelino, D. & Carvalho, M. (2005). Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24819.pdf
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.
- OMS. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10*, Editora Artmed, Porto Alegre.
- Petricek, G.; Vrcic-keglevic, M. ; Vuletic, G. ; Cerovecki, V. ; Ozvacic, Z. ; Murgic, L. (2009) Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes : cross-sectional questionnaire study. *Croatian Medical Journal*. 50 583-93. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802092/pdf/CroatMedJ_50_0583.pdf

- Pestana, M. H. e Gageiro, N. J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Edições Silabo. Portugal.
- Pina e Brito, C. – (2007) Prevenção da Diabetes tipo 2 : consenso da “Internacional Diabetes Federation” 2007. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 1 34-37. http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros_joomla/revista/diabetes_2_2007_06.pdf.
- Pitts, M., Philips, K. (1998). *The psychology of health – an introduction* (2th Ed.). London: Routledge. <https://books.google.com.br/books?isbn>
- Silva, I. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto. www.psicologia.pt/artigos/textos/A0418.pdf.
- Silva, I. et al. (2003). *Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes*. *Psicologia, Saúde Doenças*. pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a05.pdf
- Silva, I. et al. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stress em pacientes Diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*. www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a14.pdf
- Tiago, A.; Caupers, A. & Fernandes, A. (2009) *Manual de Diabetes mellitus*, 1ª Edição, MISAU. Maputo.
- Trindade, I. Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Silva, I.; Pais-Ribeiro, J. ; Cardoso, H. (2006) *Adesão ao tratamento da diabetes mellitus : a importância das características demográficas e clínicas*. *Referência*. IIª 2 33–41. http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=22&id_rev=4&id_edicao=6
- Silva, I. L. (2010) *Psicologia da Diabetes*. 2ª Edição. Editora Placebo. Lisboa
- Watkins, K.; Connell, C.; Fitzgerald, J.; Klem, L. ; Hickey, T. ; Ingersoll Dayton, B. (2000) Effect of adults` self-regulation of diabetes on quality of life outcomes.

Diabetes Care. 23, 1511-1515.

<http://care.diabetesjournals.org/content/23/10/1511.full.pdf+html>

- WHO (2003) Chronic disease - key risk factors include high cholesterol, high blood pressure, low fruit and vegetable intake. [Geneva]: World Health Organization, 2003b. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gc_chronic_disease.pdf.
- Zanetti, M. L. et al. (2007) *O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família*. São Paulo.
www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf

ANEXOS



Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Mental
Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção

Exma. Senhora Directora Científica e Pedagógica do HCM,

Como Estudante do Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção, na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, pretendo realizar uma investigação no âmbito da dissertação de mestrado, com o objectivo de avaliar o impacto dos factores psicológicos na qualidade de vida do portador de Diabetes e, mais especificamente, a avaliação do modo como estes podem influenciar os comportamentos de adesão ao regime terapêutico prescrito determinando o controlo da doença.

A pertinência deste estudo revela-se no facto de a falta de adesão ao regime terapêutico poder constituir um dos problemas mais graves e frequentes entre pacientes diabéticos e pelo facto de o seu tratamento ser assumido como chave do controlo metabólico. A identificação de diferenças na adesão terapêutica teria implicações na elaboração de programas de educação para a saúde na diabetes e, provavelmente, na eficácia dos mesmos.

Neste contexto, gostaria de solicitar a sua autorização para proceder à recolha dos dados necessários junto aos pacientes que tiverem alta no Departamento de Medicina, pós-internamento por Diabetes e/ou suas complicações, durante o mês de Setembro de 2014. Qualquer esclarecimento mais pormenorizado acerca desta actividade, poderá ser dado pelo telefone ou e-mail do investigador, abaixo mencionado.

Atenciosamente,

O investigador,

Filipe Olito Coimbra

ANEXO 2

Consentimento informado

Prezado (a) Senhor(a)

Sou mestrando do programa em Saúde Mental e, no âmbito da minha formação, estou a realizar uma pesquisa cujo título é “**IMPACTO DOS FACTORES PSICOLÓGICOS NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS**”, que tem como objectivo analisar a qualidade de vida do paciente diabético, tendo em conta o impacto emocional da doença na vida. A sua participação consiste em responder ao questionário com uma duração estimada em 30 minutos. Essa participação é voluntária. Se decidir não participar ou quiser desistir da participação em qualquer momento, tem absoluta liberdade em fazê-lo. Os resultados deste estudo poderão ser publicados, mas o seu nome não será incluído e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que possam permitir identificá-lo. O principal benefício desta pesquisa é a contribuição para a compreensão do que está a ser estudado e a produção de conhecimento científico. Para realização do estudo, foi solicitada autorização à Comissão Científica da Faculdade de Medicina da UEM e ao Comité CIBS FM&HCM. A confidencialidade será garantida pela não inclusão, na apresentação dos resultados, de qualquer informação que possa conduzir à identificação do participante no estudo. Adicionalmente, os dados recolhidos serão guardados num sistema informático com código de segurança, procurando reduzir as possibilidades de uso para fins indevidos. O material físico será conservado sobre a responsabilidade do Departamento da Saúde da Comunidade da Faculdade de Medicina da UEM. Se tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, não hesite em contactar-me. O meu número de telemóvel é 823279490 ou 843279490 e do CIBS FM& HCM 825881101

Atenciosamente

Filipe Olito Coimbra

Aceito participar neste estudo _____ / ____ / _____

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO

SECÇÃO A: SELECÇÃO

QA01: Foi o consentimento assinado?

1. Sim	2. Não
--------	--------

QA02: Se não, qual foi o motivo pelo qual não assinou o seu consentimento?

Recusou

Barreira de comunicação

Outro (Especifique) _____

1
2
3

Se não, não incluir no estudo

SECÇÃO B: DADOS GERAIS

QB01 N° de NID

QB03 Data da colheita dos dados

QB04 Dia de Semana

QB05 Hora

QB06 Idade do paciente

QB07 Sexo do paciente

QB08 Peso (Kg)

QB09 Altura (cm)

SECÇÃO C: características sociodemográficas

QC01: Qual é a sua Profissão/Ocupação

QC07. Nível educacional _____

QC08. Rendimento mensal da família

--	--	--	--	--	--	--	--

SECÇÃO D:

QD01a: Prática de exercício físico:

Não Irregular Regular Frequência: _____

QD01b: Hábitos tabágicos:

Nunca fumou

Ex-Fumador Tempo _____ Quantidade _____ Quando parou _____

Fumador Tempo _____ Quantidade _____

QD01c: Hábitos alcoólicos Não Sim

Tipo mais frequente _____ Quantidade _____ Frequência _____

(1 dose = 1 copo de vinho; ½ cerveja média; 1 dose simples de bebida espirituosa)

QD01d: Uso regular de Medicamentos

Não Sim Quais? _____

QD02. DIABETES

QD02a. Queixa principal/motivo de procura dos cuidados de saúde:

QD02b. Há quanto tempo identificou os sinais/sintomas? _____

QD02c. Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a diabetes? _____

QD02d. O que faz para o controlo da diabetes? _____

QD03. Complicações:

É seguido em consulta de:

QD3a. Oftalmologia não sim motivo _____

QD3b. Cardiologia não sim motivo _____

QD3c. Neurologia não sim motivo _____

QD3d. Nefrologia não sim motivo _____

Outros _____

QD04. Tratamento prescrito:

Insulina Qual _____ Quantidade diária _____

Metformina Glibenclamida Outros _____

SECÇÃO E- Ansiedade e Depressão (Factores psicológicos com impacto na adesão terapêutica)

Instruções

Este questionário ajudará a saber como se sente. Indique a resposta que melhor corresponder a como se tem sentido na **última semana**.

QAD.1 eu sinto-me nervoso

- (3) a maior parte do tempo
- (2) Boa parte do tempo
- (1) de vez em quando
- (0) Nunca

QAD.2 Ainda tenho prazer em trabalhar

- (0) Sim, do mesmo jeito que antes
- (1) não tanto quanto antes
- (2) só um pouco
- (3) já não sinto mais prazer em nada

QAD.3 Vivo sempre com medo que a Diabetes possa complicar-se

- (3) sim, de um jeito muito forte
- (2) sim, mas não tão forte
- (1) um pouco, mas isso não me preocupa
- (0) não sinto nada disso

QAD.4 Tenho prazer em divertir-me

- (0) do mesmo jeito que antes
- (1) actualmente um pouco menos
- (2) actualmente bem menos
- (3) não consigo mais

QAD.5 Tenho inúmeras preocupações

- (3) a maior parte do tempo
- (2) boa parte do tempo
- (1) de vez em quando
- (0) raramente

QAD.6 Considero-me uma pessoa alegre

- (0) nunca
- (1) poucas vezes
- (2) muitas vezes
- (3) a maior parte do tempo

QAD.7 Consigo sentir-me relaxado

- (3) sim, quase sempre
- (2) muitas vezes
- (1) poucas vezes
- (0) nunca

QAD.8 Faço as coisas mais lentamente

- (3) quase sempre
- (2) muitas vezes
- (1) de vez em quando
- (0) nunca

QAD.9 Sinto medo

- (0) nunca
- (1) de vez em quando
- (2) muitas vezes
- (3) quase sempre

QAD.10 Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

- (3) completamente
- (2) não estou mais a cuidar-me como eu deveria
- (1) talvez não tanto quanto antes
- (0) cuido-me do mesmo jeito que antes

QAD.11 não consigo ficar sem fazer nada

- (3) permanentemente
- (2) frequentemente
- (1) raramente
- (0) não me sinto assim

QAD.12 Acredito que a vida vai correr bem

- (0) do mesmo jeito que antes
- (1) um pouco menos do que antes
- (2) bem menos do que antes
- (3) quase nunca

QAD.13 De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

- (3) a quase todo momento
- (2) várias vezes
- (1) de vez em quando
- (0) não sinto isso

QAD.14 Consigo sentir prazer nas coisas que faço fora das actividades profissionais

- (0) quase sempre
- (1) várias vezes
- (2) poucas vezes
- (3) quase nunca

Maputo, ____/____/2014

Secção F: Escala Abreviada de Qualidade de Vida (adaptada da OMS, versão brasileira)

Instruções

Este questionário é sobre como se sente a respeito da sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida, particularmente nas duas últimas semanas. Por favor, responda a todas as questões. Escolha a alternativa que lhe parecer mais adequada, respeitando os seus valores, aspirações, prazeres e preocupações e assumindo que 0= Nada; 1= Muito pouco; 2= Mais ou menos; 3= Bastante; 4 = Extremamente

	Satisfação					
QQVS1	Está satisfeito(a) com seu o tratamento actual?	0	1	2	3	4
QQVS2	Está satisfeito(a) com a flexibilidade que tem na sua dieta?	0	1	2	3	4
QQVS3	Está satisfeito(a) com a colaboração na gestão da diabete da sua família?	0	1	2	3	4
QQVS4	Está satisfeito(a) com o seu conhecimento sobre a diabetes?	0	1	2	3	4
QQVS5	Está satisfeito(a) com o tempo que tem para repousar?	0	1	2	3	4
QQVS6	Está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	0	1	2	3	4
QQVS7	Está satisfeito(a) com o seu trabalho ou actividades domésticas?	0	1	2	3	4
QQVS8	Está satisfeito com o tempo que gasta fazendo exercícios físicos?	0	1	2	3	4
QQVS9	Está satisfeito com o seu tempo de lazer?	0	1	2	3	4
QQVS10	Está satisfeito com a sua vida em geral?	0	1	2	3	4
	Impacto	0	1	2	3	4
QQVI1	Com que frequência se sente fisicamente paciente?	0	1	2	3	4
QQVI2	Com que frequência a diabetes interfere na vida da sua família?	0	1	2	3	4
QQVI3	Com que frequência constata que a diabetes está a limitar a sua vida social e amizades?	0	1	2	3	4
QQVI4	Com que frequência se sente restringido(a) pela sua dieta?	0	1	2	3	4
QQVI5	Com que frequência a diabetes interfere na sua vida sexual?	0	1	2	3	4
QQVI6	Com que frequência a diabetes o(a) priva de poder dirigir um carro ou usar uma máquina/aparelho (por exemplo, telemóvel)?	0	1	2	3	4
QQVI7	Com que frequência a diabetes interfere nos seus exercícios físicos?	0	1	2	3	4
QQVI8	Com que frequência falta ao trabalho, escola ou responsabilidades domésticas por causa da diabetes?	0	1	2	3	4
QQVI9	Com que frequência se sente constrangido em falar sobre a sua condição de diabético (a)?	0	1	2	3	4
QQVI10	Com que frequência come algo que não deveria, em vez de dizer que tem diabetes?	0	1	2	3	4