



SOFRIMENTO EMOCIONAL RELACIONADO AO DIABETES MELLITUS TIPO 2: ANÁLISE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

Huana Carolina Cândido Moraes*
Antônia das Dôres Batista Costa**
Julio Borges de Oliveira***
Terezinha Francalino Ribeiro****
Dara Barbosa dos Santos*****
Izabela Maia Barros*****
Igor Cordeiro Mendes*****

RESUMO

Objetivo: Analisar o sofrimento emocional relacionado ao Diabetes Mellitus tipo 2, em pessoas atendidas na atenção primária à saúde. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado em duas unidades básicas de saúde cearenses. Para coleta de dados, utilizou-se da Escala *Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes* para avaliar o sofrimento emocional. Os dados foram coletados com fonte primária, por visitas domiciliares. Realizou-se estatística descritiva e analítica. Os princípios éticos de pesquisa com seres humanos foram respeitados. **Resultados:** Participaram da pesquisa 113 pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Predominaram idosas, pardas/ negras, com nível de escolaridade de ensino fundamental incompleto, sedentárias, não tabagistas e não etilistas. Em maioria, os participantes apresentaram alto grau de sofrimento emocional. A preocupação com complicações futuras e o medo de conviver com a doença foram considerados problemas relevantes pelos participantes. Houve associação estatisticamente significativa das variáveis sexo e local de residência com alto grau de sofrimento mental. **Conclusão:** Os profissionais da atenção primária precisam planejar a assistência de enfermagem voltada para o sofrimento emocional relacionado ao Diabetes Mellitus tipo 2, especialmente entre pessoas do sexo feminino e que residem em áreas rurais.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Estresse Psicológico. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia crônica, definida pelo descontrole dos níveis de glicose no sangue. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, há estimativa de que a população mundial acometida pela doença seja de 415 milhões de adultos, enquanto 318 milhões têm tolerância à glicose alterada, configurando alto risco para desenvolver DM⁽¹⁾. Destas pessoas, 75% residem em países em desenvolvimento, sendo os que apresentam maiores taxas de crescimento do problema⁽²⁾.

O DM é classificado nos tipos 1 e 2, mantendo relação com os diferentes mecanismos fisiopatológicos. O tipo 1 é determinado pela

destruição das células beta pancreáticas, caracterizado como doença autoimune; o tipo 2 é uma condição complexa e multifatorial que ocorre apesar da disponibilidade de insulina, caracterizada pela resistência da utilização desta pelos tecidos⁽²⁾.

O tratamento do DM visa a manutenção dos níveis glicêmicos estáveis, a fim de controlar a doença e prevenir complicações. Especialmente no DM tipo 2, tal meta é alcançada com o controle constante dos valores de glicemia e as mudanças no estilo de vida, como alimentação saudável, prática de exercícios físicos e uso de medicamentos, quando necessário⁽²⁻³⁾. Porém, esses elementos podem interferir negativamente na qualidade de vida de pessoas com DM,

¹Extraído do trabalho de conclusão de curso, intitulado "IMPACTO EMOCIONAL DA DOENÇA E DO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM INDIVÍDUOS RESIDENTES EM IBARETAMA/CE", apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá, no ano de 2017.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil. E-mail: huanacarolina@unilab.edu.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6435-1457>.

³Enfermeira. Egressa do Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá, CE, Brasil. E-mail: dorinha_batista12@hotmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9292-5216>.

⁴Discente de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá, CE, Brasil. E-mail: jo155552@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-4922-0990>.

⁵Discente de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá, CE, Brasil. E-mail: teresaibeiro.enfermagem@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-2598-5259>.

⁶Discente de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá, CE, Brasil. E-mail: darabarbosa@outlook.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-051X>.

⁷Discente de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá, CE, Brasil. E-mail: izabela.m.barros@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2018-6581>.

⁸Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá, CE, Brasil. E-mail: igormendesufes@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9414-8924>.

ocasionando sofrimento emocional⁽³⁻⁴⁾.

No contexto do DM tipo 2, o aspecto emocional está associado com as mudanças no estilo de vida e oscilações de humor, sentimentos negativos, como desânimo, tristeza e culpa⁽⁵⁾. Ademais, para manutenção do tratamento de forma contínua, a pessoa com DM precisa considerar aspectos emocionais, relacionados à autoestima, ao estresse, a atitudes psicológicas e ao empoderamento para o autocuidado⁽⁶⁾. Não observar os aspectos emocionais pode resultar na não adesão ao tratamento e gerar complicações.

Com isso, enfermeiros da atenção primária à saúde têm papel fundamental ao implementar estratégias individualizadas para pessoas com DM, buscando ampliar o conhecimento sobre a doença, favorecer a adoção de atitudes positivas e diminuir o sofrimento em viver com o DM⁽³⁾. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde conheçam os fatores mais associados ao sofrimento emocional, que impactam na qualidade de vida de pessoas com DM, a fim de que intervenções específicas sejam propostas.

Embora outros estudos tenham investigado as dificuldades em seguir a terapêutica apropriada e o impacto de estratégias educativas na qualidade de vida de pessoas com DM^(3,4,7), poucos abordam especificamente os aspectos emocionais ocasionados pelo DM tipo 2⁽⁸⁻⁹⁾. Ademais, não se identificaram estudos sobre o sofrimento emocional provocado pelo DM tipo 2 em populações afastadas dos centros urbanos, com utilização de instrumentos validados. Desta forma, objetivou-se analisar o sofrimento emocional relacionado ao DM tipo 2, em pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado de agosto a outubro de 2017, no município de Ibaré-CE, Brasil, considerado de pequeno porte e distante de centros urbanos, o qual contava, na ocasião da pesquisa, com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas na zona urbana e rural. Para o estudo, selecionaram-se as duas UBS com maior população atendida, estando uma na zona urbana e outra na zona rural.

A população do estudo foi composta por pessoas com diagnóstico de DM tipo 2,

cadastradas nas UBS selecionadas. Como critérios de inclusão, o participante deveria ter idade igual ou maior que 18 anos, diagnóstico confirmado de DM tipo 2 e ser acompanhado pelas UBS selecionadas. Excluíram-se aqueles que não foram encontrados nos endereços cadastrados e os que tinham problemas de comunicação ou compreensão, impedindo a aplicação do formulário de coleta de dados.

De acordo com dados fornecidos pelas equipes de saúde das UBS, eram acompanhadas 164 pessoas com DM tipo 2 (101 na zona urbana e 63 na zona rural). Os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram arrolados para o estudo. A amostra foi selecionada por conveniência, pois não foi realizado cálculo amostral, sendo composta por 113 pessoas com DM tipo 2, representando 68,9% da população.

A coleta de dados foi realizada nas residências dos pacientes, por meio de visita domiciliar, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, a partir dos endereços cadastrados nas UBS. Os dados foram coletados por uma estudante do último semestre da graduação de Enfermagem, por fonte primária, com aplicação de formulário e da Escala *Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes* (B-PAID).

O formulário de coleta de dados, construído pelos pesquisadores, continha variáveis sociodemográficas (idade, sexo, local de residência, raça, estado civil, escolaridade) e hábitos de vida (tabagismo, sedentarismo e prática de atividade física), além do tempo de diagnóstico do DM tipo 2.

A versão brasileira da *Problems Areas in Diabetes Scale* (PAID) foi adaptada para língua portuguesa, obtendo boa consistência interna (Alfa de Cronbach=0,93). A B-PAID avalia quatro áreas: emocional, tratamento, alimentação e apoio social⁽¹⁰⁾. É aplicada para mensurar a qualidade de vida^(9,11) ou, especificamente, o sofrimento emocional^(10,11). A última abordagem foi empregada neste estudo.

A B-PAID é composta por 20 questões, contendo escalas do tipo *Likert* de 5 pontos, variando de: “não é um problema”= 0, “pequeno problema”= 1, “problema moderado”= 2, “quase um problema sério”= 3, “problema sério”= 4. O valor máximo obtido é de 100 pontos, pois o valor de cada item deve ser multiplicado por

1,25. Valores iguais ou maiores a 40 pontos indicam alto grau de sofrimento emocional⁽³⁾.

Os dados foram compilados e analisados no *software SPSS*, versão 20. Na análise estatística descritiva, calcularam-se frequências relativa e absoluta (variáveis categóricas), média, desvio-padrão e mediana. Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a dispersão das variáveis contínuas. Para verificar a associação entre as variáveis, empregaram-se os testes U de Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson, para este último foi analisada a força de associação, por meio da razão de chance (*odds ratio*).

A pesquisa seguiu as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo

projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, conforme parecer nº 2.209.870.

RESULTADOS

Participaram do estudo 113 pessoas com DM tipo 2, com predominância do sexo feminino (68,1%), cor parda/ negra (72,6%), que viviam com companheiros (62,8%), na zona urbana (69,9%), com escolaridade de ensino fundamental incompleto (40,7%) ou analfabetismo (38,9%). Quanto aos hábitos de vida, 10,6% eram tabagistas, 8,0% etilistas e 19,5% praticavam regularmente atividade física. Não se investigaram se as pessoas eram ex-tabagistas ou fizeram uso de bebida alcoólica no passado. A maioria dos participantes apresentou alto grau de sofrimento emocional, de acordo com os valores da B-PAID (54%), conforme dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes, de acordo com dados sociodemográficos, hábitos de vida e alto grau de sofrimento emocional (n=113). Ibaretama/CE, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	36	31,9
Feminino	77	68,1
Raça		
Branco	31	27,4
Pardo/ Negro	82	72,6
Estado civil (companheiro)		
Com	71	62,8
Sem	42	37,2
Local de residência (zona)		
Rural	34	30,1
Urbana	79	69,9
Escolaridade		
Analfabeto	44	38,9
Ensino Fund. Incompleto	46	40,7
Ensino Fund. Completo	8	7,1
Ensino Médio Completo	15	13,3
Tabagismo		
Sim	12	10,6
Não	101	89,4
Etilismo		
Sim	9	8,0
Não	104	92,0
Prática de atividade física		
Sim	22	19,5
Não	91	80,5
Alto grau de sofrimento emocional		
Sim (B-PAID≥40)	61	54,0
Não (B-PAID<40)	52	46,0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017. n = Número de indivíduos; % = Percentual; DP= Desvio padrão

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados das variáveis contínuas do estudo. Os participantes tiveram média de 60,54 ($\pm 14,9$) anos de idade, com tempo de diagnóstico de DM de 8,04 ($\pm 4,68$) anos. O valor da Escala B-PAID resultou em média de 46,95. Os itens que obtiveram maiores valores na avaliação da área emocional foram: Preocupação com

complicações futuras (3,06) e Medo de viver com o DM (2,95). Na área de problemas relacionados ao tratamento, destacou-se o item Falta de meta (1,96); na área relacionada à alimentação, o item Preocupa-se com o que comer (2,19) e na área relacionada ao apoio social: Sentir-se sozinho devido ao DM (1,84).

Tabela 2. Distribuição das medidas de tendência central e de dispersão de idade, tempo de diagnóstico de DM e variáveis da Escala B-PAID. Ibaretama/CE, 2017.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Valor p*
Idade	60,54	14,92	62,00	0,412
Tempo de Diagnóstico de DM tipo 2	8,04	4,68	8,00	0,189
Valor da Escala B-PAID	46,9	20,44	40,00	0,001
1. Falta de meta	1,96	1,10	2,00	0,000
2. Desencorajado tratamento	1,89	1,19	2,00	0,001
3. Medo em viver com DM	2,95	0,76	3,00	0,000
4. Situações sociais desconfortáveis	1,73	1,20	1,00	0,000
5. Privação a refeições	2,01	1,03	2,00	0,000
6. Deprimido em viver com DM	2,20	1,25	2,00	0,000
7. Humor e sentimentos relacionados ao DM	1,53	1,10	1,00	0,000
8. O DM é um peso	1,88	1,14	2,00	0,000
9. Preocupa-se com glicose baixa	1,81	1,27	2,00	0,009
10. Irrita-se ao viver com DM	1,78	1,18	2,00	0,000
11. Preocupa-se com o que comer	2,19	1,18	2,00	0,001
12. Preocupa-se com complicações futuras	3,06	1,07	3,00	0,000
13. Culpa-se ao deixar de cuidar do DM	2,08	1,09	2,00	0,000
14. Não aceita o DM	1,85	1,22	1,00	0,000
15. Insatisfeito com o médico que acompanha o DM	1,14	1,42	0,00	0,000
16. O DM toma sua energia	1,65	1,23	1,00	0,000
17. Sentir-se sozinho devido ao DM	1,84	1,18	1,00	0,000
18. Amigos e família não apoiam	1,44	1,33	1,00	0,000
19. Lidar com complicações	0,96	1,32	0,00	0,000
20. Esgotado para cuidar do DM	1,61	1,05	1,00	0,000

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017. DP – Desvio padrão. * Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Evidenciou-se correlação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e local de residência com os itens da Escala B-PAID e o valor total desta. A variável sexo se

correlacionou com quatro itens e o valor total da Escala, enquanto a variável local de residência apresentou correlação com todos os itens testados, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das medidas de tendência central e de dispersão de idade, tempo de diagnóstico de DM e variáveis da Escala B-PAID. Ibaretama/CE, 2017.

Variáveis	Sexo	Local de residência
Valor da Escala B-PAID	0,034*	0,000*
1. Falta de meta	0,188	0,001*
2. Desencorajado tratamento	0,479	0,000*
3. Medo em viver com DM	0,287	0,000*
4. Situações sociais desconfortáveis	0,011*	0,000*
5. Privação a refeições	0,358	0,000*
6. Deprimido em viver com DM	0,008*	0,000*
7. Humor e sentimentos relacionados ao DM	0,153	0,000*
8. O DM é um peso	0,277	0,000*
9. Preocupa-se com glicose baixa	0,331	0,000*
10. Irrita-se ao viver com DM	0,068	0,000*
11. Preocupa-se com o que comer	0,006*	0,000*
12. Preocupa-se com complicações futuras	0,318	0,027*
13. Culpa-se ao deixar de cuidar do DM	0,387	0,000*
14. Não aceita o DM	0,013*	0,000*
15. Insatisfeito com o médico que acompanha o DM	0,057	0,000*
16. O DM toma sua energia	0,193	0,000*
17. Sentir-se sozinho devido ao DM	0,176	0,000*
18. Amigos e família não apoiam	0,651	0,000*
19. Lidar com complicações	0,124	0,000*
20. Esgotado para cuidar do DM	0,194	0,000*

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017. DP – Desvio padrão. * Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Verificou-se correlação estatisticamente significativa, pelo teste do qui-quadrado, entre as variáveis alto grau de sofrimento emocional e local de residência ($p < 0,000$), com razão de chance indicando que residir em zona rural aumenta as chances de alto grau de sofrimento emocional (OR=2,106 - IC: 1,558-2,847).

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico apresentado pelos participantes foi similar ao identificado em estudo epidemiológico nacional, que caracterizou pessoas com DM autorreferido⁽¹³⁾. Logo, predominaram mulheres, idosas, negras ou pardas, com baixa escolaridade.

A maior longevidade das mulheres e a maior procura pelos serviços de saúde favorecem o predomínio do sexo feminino com diagnóstico de DM, por estarem mais tempo submetidas aos

fatores de risco e possuem mais chances de serem diagnosticadas⁽¹⁴⁾. Quanto à raça, estudo realizado com idosos que buscou associação entre raça e obesidade em pessoas com DM, no Brasil, identificou que a DM tipo 2 predomina entre mulheres negras e pardas, e em homens brancos e pardos⁽¹⁵⁾.

O baixo nível de escolaridade dos participantes pode ser prejudicial para o tratamento e a compreensão do DM, uma vez que, quanto menor a escolaridade, menos conhecimento para adotar medidas de autocuidado eficazes⁽¹³⁾. Alto grau de escolaridade está relacionado a melhores resultados no tratamento, com menor impacto do DM na qualidade de vida das pessoas⁽¹¹⁾ e, consequentemente, menor sofrimento emocional.

As complicações micro e macrovasculares relacionadas ao DM estão associadas ao maior tempo de duração da doença⁽⁶⁾, assim parece se comportar o sofrimento emocional. Estudo que aplicou o B-PAID com 59 pessoas com DM identificou que quanto menor o tempo da doença, menor o sofrimento emocional⁽¹⁶⁾. Apesar de não ter sido identificada correlação estatística entre essas variáveis no presente estudo, destaca-se que a amostra obteve média de 8,04 ($\pm 4,68$) anos de DM e 54% apresentaram alto grau de sofrimento emocional (B-PAID ≥ 40).

Quanto aos hábitos de vida, tabagismo e etilismo foram pouco referidos pelos participantes do presente estudo. O abandono aos hábitos de fumar e consumir bebidas alcoólicas compõem estratégias para o controle glicêmico e a prevenção de complicações. Pesquisa nacional identificou associação do DM autorreferido em ex-fumantes e naqueles que relataram consumo abusivo de álcool⁽¹³⁾.

Também, referiu-se pouco a prática de atividade física, a qual é essencial na prevenção de complicações e no controle do DM, ao manter os níveis glicêmicos estáveis e promover redução de peso, além de impactar positivamente na qualidade de vida de pessoas com DM⁽¹⁷⁾. Porém, estudo que investigou aspectos psicoemocionais em pessoas com DM identificou sentimento negativo de desânimo, associado à dificuldade em adotar a prática regular de atividade física⁽⁴⁾.

De acordo com a Escala B-PAID, os itens

com maiores médias estavam relacionados à área emocional e indicaram a preocupação dos participantes com complicações futuras do DM e o medo de viver com a doença (3,06 e 2,95, respectivamente). Dados semelhantes foram identificados em outras investigações, com população semelhante e aplicação da mesma escala^(4,11,16).

A literatura aponta que pessoas com DM relatam medo da doença e das possíveis complicações, mas não conseguem se cuidar adequadamente como gostariam⁽⁴⁾. Esse receio deveria representar motivação para adoção de medidas de autocuidado no tratamento e na alimentação, porém não se observou no presente estudo, especialmente ao serem relatados os itens: falta de meta no tratamento do DM e preocupar-se com o que comer, considerados problemas moderados, de acordo com os valores médios (1,95 e 2,19, respectivamente). Os itens pertencem às áreas de problemas relacionados ao tratamento e à alimentação da B-PAID.

A falta de meta indica que alguns participantes não estabelecem diretrizes para controlar a própria doença, o que pode acarretar complicações mais precocemente, além de impacto negativo na qualidade de vida e aumento do sofrimento emocional⁽⁹⁾. Neste contexto, família e amigos são importantes para o enfrentamento positivo da doença.

Estudo multicêntrico internacional que buscou implementar estratégia para prevenção e controle do DM, indicou que o suporte de redes sociais, formadas por familiares e profissionais de saúde é positivo para prevenção e controle do DM⁽¹⁷⁾. Destaca-se a atuação de equipe multiprofissional que forneça subsídios técnicos e suporte emocional para diminuir o impacto negativo do DM⁽⁹⁾. No presente estudo, sentir-se sozinho devido ao DM foi o item com maior pontuação, no que se referiu à área de apoio social, demonstrando aspecto que deve ser melhor abordado pela atenção primária à saúde do município investigado.

As variáveis sexo e local de residência apresentaram associação estatisticamente significativa com a B-PAID e respectivos itens no presente estudo. Participantes do sexo feminino e residentes da zona rural também apresentaram valores mais elevados de sofrimento emocional em investigação

transversal realizada no Líbano⁽⁷⁾.

Ao considerar os itens da Escala B-PAID: situações sociais desconfortáveis, preocupar-se com o que comer, deprimir-se em viver com a doença e não aceitar, o DM esteve associado ao sexo. Não se identificaram estudos que associassem os itens da B-PAID com variáveis sociodemográficas. Estudo que investigou os aspectos psicossociais do viver com DM, identificou que sentimentos de tristeza e revolta são reações presentes frente ao tratamento da doença, especialmente pela obrigação de seguir um padrão alimentar, o qual interfere nas atividades sociais⁽⁴⁾.

A média da B-PAID e os 20 itens apresentaram associação estatisticamente significativa com o local de residência, sendo que os participantes da zona rural tinham 2,1 mais chances de apresentarem alto grau de sofrimento emocional, quando comparados aos participantes da zona urbana. Não se identificaram estudos que comparassem essas variáveis.

Pessoas que residem na zona rural possuem acesso limitado aos serviços de saúde, especialmente ao cuidado especializado⁽¹⁸⁾. Em virtude da grande extensão da área de abrangência da UBS selecionada na zona rural, talvez o vínculo entre profissional e pessoa com DM esteja prejudicado, acarretando maior sofrimento emocional relacionado ao DM.

A média da B-PAID foi 46,9 pontos e a maioria da amostra (54%) apresentou alto grau de sofrimento emocional. Estudos com a B-PAID, realizados no Brasil^(3,8) e no exterior⁽⁷⁾, identificaram valores menores na média da Escala.

Consideraram-se como limitações do estudo a dificuldade de acesso às residências dos pacientes ou mesmo o fato de não encontrá-los em casa ao realizar a visita domiciliar. Além das características do delineamento transversal escolhido, que impede a identificação de relação causal entre os achados.

CONCLUSÃO

Predominaram-se idosos do sexo feminino, pardas/negras, com ensino fundamental incompleto, sedentárias, não tabagistas e não etilistas. Em maioria, os participantes apresentaram alto grau de sofrimento emocional.

Os itens com maiores pontuações estavam relacionados à área emocional da B-PAID, em que a preocupação com complicações futuras e o medo de conviver com a doença foram considerados problemas relevantes. Houve associação estatisticamente significativa das variáveis sexo e local de residência com o valor da B-PAID e respectivos itens. Local de residência também esteve associado com alto grau de sofrimento emocional relacionado ao DM tipo 2.

Espera-se que os resultados do presente estudo permitam subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem voltada para pessoas com DM tipo 2, especialmente as residentes na zona rural. Ainda, almeja-se a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância de abordar o sofrimento emocional relacionado ao DM, com objetivo de melhorar a qualidade de vida, a adesão terapêutica e o autocuidado das pessoas com DM tipo 2.

EMOTIONAL SUFFERING RELATED TO TYPE 2 DIABETES MELLITUS: ANALYSIS IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Objective: To analyze the emotional suffering related to type 2 Diabetes Mellitus in people assisted in primary health care. **Method:** Cross-sectional, quantitative study conducted in two basic health units in Ceará. The Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale was used for data collection and assessment of emotional distress. Data were collected from a primary source through home visits. Descriptive and analytical statistics were performed. The ethical principles of research with human beings were respected. **Results:** One hundred and thirteen (113) people with type 2 Diabetes Mellitus participated in the research. Elderly, mixed race/black women, with incomplete elementary education, sedentary, non-smokers and non-alcoholics predominated. Most participants had a high degree of emotional distress. The concern with future complications and the fear of living with the disease were considered relevant problems by the participants. There was a statistically significant association between the variables sex and place of residence with a high degree of mental suffering. **Conclusion:** Primary care professionals need to plan nursing care aimed at emotional suffering related to type 2 Diabetes Mellitus, especially among female people who live in rural areas.

Keywords: Diabetes Mellitus. Psychological stress. Primary health care. Nursing.

SUFRIMIENTO EMOCIONAL RELACIONADO CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: ANÁLISIS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN

Objetivo: Analizar el sufrimiento emocional relacionado con la Diabetes Mellitus tipo 2, en personas atendidas en la atención primaria a la salud. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo, realizado en dos unidades básicas de salud de Ceará/Brasil. Para la recolección de datos, se utilizó la Escala *Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes* para evaluar el sufrimiento emocional. Los datos fueron recolectados con fuente primaria, por visitas domiciliarias. Se realizó estadística descriptiva y analítica. Los principios éticos de la investigación con seres humanos fueron respetados. **Resultados:** Participaron de la investigación 113 personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Predominaron ancianas, pardas/ negras, con nivel de escolaridad de enseñanza primaria incompleta, sedentarias, no tabaquistas y no alcohólicas. En la mayor parte, los participantes presentaron alto grado de sufrimiento emocional. La preocupación con complicaciones futuras y el miedo de convivir con la enfermedad fueron considerados problemas relevantes por los participantes. Hubo asociación estadísticamente significativa de las variables sexo y local de residencia con el alto grado de sufrimiento mental. **Conclusión:** los profesionales de la atención primaria necesitan planificar la asistencia de enfermería dirigida para el sufrimiento emocional relacionado a la Diabetes Mellitus tipo 2, especialmente entre personas del sexo femenino y que residen en áreas rurales.

Palabras clave: Diabetes Mellitus. Estrés Psicológico. Atención primaria a la salud. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID, 7ª edición. Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes, 2015. <https://www.diabetesatlas.org>
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad; 2017.
3. Brito GMG, Gois CFL, Zanetti ML, Resende GGS, Silva JRS. Quality of life, knowledge and attitude after educational program for Diabetes. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(3): 298-306. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600042>
4. Cecilio SG, Brasil CLGB, Vilaça CP, Silva SMF, Vargas EC, Torres HC. Aspectos psicossociais do viver com diabetes mellitus na promoção do autocuidado. *Rev Rene.* 2016; 17(1): 44-51. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100007>
5. Gusmão ECR, Lima MB, Paiva PS. Diabetes mellitus: dimensões psicoemocionais à luz da medicina tradicional chinesa. *Revista CES Psicologia.* 2015; 8(1): 47-62. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2011-30802015000100005
6. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HC. Complications and the time of diagnosis of diabetes mellitus in primary care. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(3): 250-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500042>
7. Halepian L, Saleh MB, Hallit S, Khannaz LR. Adherence to insulin, emotional distress, and trust in physician among patients with diabetes: a cross-sectional study. *Diabetes Ther.* 2018; 8: 713-26. doi: <https://doi.org/10.1007/s13300-018-0389-1>
8. Goes JA, Rodrigues KF, Avila AC, Geisler A, Maieski A, Nunes CRO, et al. Frequência de sofrimento emocional é elevada em pessoas com diabetes assistidas na atenção primária. *Ver Bras Med Fam Comunidade.* 2020; 15(42): 2078. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/2078>
9. Leite ES, Lubenow JAM, Moreira MRC, Martins MM, Costa IP, Silva AO. Evaluation of the impact of diabetes mellitus on the quality of life of aged people. *Cienc Cuid Saude.* 2015; 14(1): 822-9. doi: <https://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.21353>
10. Gross CC. Versão brasileira da escala PAID (Problem Areas in Diabetes): Avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida. 2004. [dissertação]. Proto Alegre (RS). Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS. 2004.
11. Braga NS, Silveira VFSB, Gonçalves NEXM. Impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida dos portadores: uma pesquisa por meio de redes sociais. *Ciência et Praxis.* 2019; 12(23): 33-40. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxis/article/view/4091>
12. Vietta GG, Volpato G, Kretzer MR, Gama FO, Nazário NO, Pereira E. Impacto do conhecimento nas atitudes, no sofrimento e qualidade de vida do paciente diabético. *Arq. Catarin Med.* 2019; 48(4): 51-61. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/520>
13. Malta DC, Bernal RTI, Iser BPM, Szwarcwald CL, Duncan BB, Schmidt MI. Factors associated with self-reported diabetes according to the 2013 National Health Survey *Rev Saude Publica.* 2017; 51(Supl 1): 1-11s. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000011>
14. Assunção SC, Fonseca AP, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(4): e20170208. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0208>
15. Moretto MC, Fontaine AM, Garcia CAMS, Neri AL, Guariento ME. Association between race, obesity and diabetes in elderly community dwellers: data from the FIBRA Study. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(10): e00081315. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081315>
16. Bemini LS, Barnile SR, Mangili AF, Arca EA, Correr R, Ximenes MA, et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da unidade básica de saúde. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2017; 25(3): 533-41. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0899>
17. Karamanakis G, Costa-Pinel B, Gilis-Januszewska A, Velickiene D, Barrio-Torrell F, Cos-Claramunt X, et al. The effectiveness of a Community-based, type 2 diabetes prevention programme on health-related quality of life. The DE-PLAN study. *PLoS ONE.* 2019; 14(10): e0221467. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221467>
18. Bell RA, Arcury TA, Ip E, Grzywacz JG, Nguyen H, Kirk JK, et al. Correlates of physician trust among rural older adults with diabetes. *Am J Health Behav.* 2013; 37(5): 660-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.37.5.10>

Endereço para correspondência: Huana Carolina Cândido Moraes. R. José Franco de Oliveira, s/n, Zona Rural, Redenção, Ceará, Brasil, E-mail: huanacarolina@unilab.edu.br

Data de recebimento: 22/10/2019

Data de aprovação: 15/06/2020