



# DINÂMICA DAS ALTERAÇÕES NA FUNCIONALIDADE PSÍQUICA E ACTIVIDADE PSICOSSOCIAL ANTES E DEPOIS DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS

DOI: 10.22289/2446-922X.V6N2A26

Fernando Oliveira **Pereira**<sup>1</sup>

## RESUMO

A consciência é determinante na atribuição de significados às manifestações da vida. O impacto da diabetes mellitus na funcionalidade psíquica e psicossocial dos pacientes depende da compreensão da doença. Objectivo: estudo da dinâmica das alterações na funcionalidade psíquica e psicossocial em pacientes com diabetes mellitus, antes e depois do diagnóstico. Participantes: 50 sujeitos de ambos os sexos, com diabetes mellitus (30 – 88 anos) e 50 sujeitos com as mesmas características socio-demográficas, que não padecem da doença. Metodologia: Entrevista clínico-psicológica; Questionário Sócio-demográfico; Questionário clínico-dinâmico da doença; Questionário de Auto-avaliação da funcionalidade psíquica, familiar, social e laboral. Resultados: Os pacientes de diabetes mellitus no período da vida “depois do diagnóstico”, comparativamente ao período “antes do diagnóstico”, evidenciam diferenças estatisticamente significativas de maior expressividade de manifestações da funcionalidade psíquica (nervosismo, ansiedade irritabilidade, depressividade, pessimismo e fadiga) e mais baixos nas da actividade psicossocial e laboral (capacidade de trabalho, disponibilidade no convívio com amigos e família). Na comparação “antes do diagnóstico” e “momento actual” existem diferenças significativas em todas as categorias, mas se comparar “depois do diagnóstico” e “momento actual” as diferenças significativas apenas existem na capacidade de trabalho, fadiga, disponibilidade para convívio com amigos; valores mais baixos no momento actual. Conclusão: A intrusão da diabetes mellitus e o conhecimento do diagnóstico, por parte do paciente, provocam alterações na dinâmica da funcionalidade psíquica e da actividade psicossocial, agravando os níveis de nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressividade, pessimismo, sensação de fadiga, menor capacidade de trabalho, disponibilidade para convívio social com amigos e família. A diabetes tem repercussão negativa na funcionalidade dos pacientes, afectando o bem-estar e a qualidade de vida.

388

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus; Manifestações Psíquicas; Qualidade de Vida.

## DYNAMICS OF CHANGES IN PSYCHIC FUNCTIONALITY AND PSYCHOSOCIAL ACTIVITY BEFORE AND AFTER THE DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS

### ABSTRACT

Consciousness is decisive in attributing meanings to the manifestations of life. The impact of diabetes mellitus on patients` psychic and psychosocial functionality depends on the understanding of the

<sup>1</sup> Endereço eletrônico de contato: fopereira@sapo.pt

Recebido em 13/10/2020. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 01/12/2020.



disease. Objective: to study the dynamics of changes in psychic and psychosocial functionality in patients with diabetes mellitus, before and after diagnosis. Participants: 50 subjects of both sexes, with diabetes mellitus (30 - 88 years) and 50 subjects with the same socio-demographic characteristics, who do not suffer from the disease. Methodology: Clinical-psychological interview; Socio-demographic questionnaire; Clinical-dynamic disease questionnaire; Self-assessment questionnaire on psychic, family, social and work functionality. Results: Diabetes mellitus patients in the period of life "after diagnosis", compared to the period "before diagnosis", show statistically significant differences of greater expressiveness psychic functionality (nervousness, anxiety, irritability, depression, pessimism and fatigue) and lower in psychosocial and work activities (work capacity, availability to socialize with friends and family). In the comparison "before diagnosis" and "current moment" there are significant differences in all categories, but if comparing "after diagnosis" and "current moment", significant differences only exist in work capacity, fatigue, availability to live together with friends; lower values at the present time. Conclusion: The intrusion of diabetes mellitus and the patient's knowledge of the diagnosis cause changes in the dynamics of psychic functionality and psychosocial activity, aggravating the levels of nervousness, anxiety, irritability, depression, pessimism, feeling of fatigue, less work capacity, availability to socialize with friends and family. Diabetes has a negative impact on the functionality of patients, affecting well-being and quality of life.

**Keywords:** Diabetes Mellitus; Psychic Manifestations; Quality of Life.

## DINÁMICA DE LOS CAMBIOS EN LA FUNCIONALIDAD PSÍQUICA Y LA ACTIVIDAD PSICOSOCIAL ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS

389

### RESUMEN

La conciencia es decisiva para atribuir significados a las manifestaciones de la vida. El impacto de la diabetes mellitus en la funcionalidad psíquica y psicosocial de los pacientes depende de la comprensión de la enfermedad. Objetivo: estudio de la dinámica de cambios en la funcionalidad psíquica y psicosocial en pacientes con diabetes mellitus, antes y después del diagnóstico. Participantes: 50 sujetos de ambos sexos, con diabetes mellitus (30 – 88 años) y 50 sujetos con las mismas características sociodemográficas, que no padecen la enfermedad. Metodología: Entrevista clínico-psicológica; Cuestionario sociodemográfico; Cuestionario clínico-dinámico de la enfermedad; Cuestionario de autoevaluación sobre funcionalidad psíquica, familiar, social, laboral. Resultados: Los pacientes con diabetes mellitus en el período de la vida "después del diagnóstico", en comparación con el período "antes del diagnóstico", muestran diferencias estadísticamente significativas de mayor expresividad de la funcionalidad psíquica (nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, depresión, pesimismo, fatiga); menor en actividades psicosociales y laborales (capacidad laboral, disponibilidad para socializar con amigos y familiares). En la comparación "antes del diagnóstico" y "momento actual" existen diferencias significativas en todas las categorías, pero si se compara "después del diagnóstico" y "momento actual", solo existen diferencias significativas en capacidad de trabajo, fatiga, disponibilidad para convivir con amigos; valores más bajos en la actualidad. Conclusión: La intrusión de la diabetes mellitus y el conocimiento del diagnóstico, por parte del paciente, provocan cambios en la dinámica de la funcionalidad psíquica y la actividad psicosocial, agravando los niveles de nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, pesimismo, fatiga, menor capacidad de trabajo, disponibilidad para socializar con amigos y familiares. La diabetes tiene impacto negativo en la funcionalidad de los pacientes, afectando – bienestar y calidad de vida.

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus; manifestaciones psíquicas; calidad de vida.



## 1 INTRODUÇÃO

O ser humano em toda a sua complexidade é um sistema de integração, cuja estrutura funcional integra fatores de diversas naturezas, tais como a biológica, psicológica e social; assumindo-se como sistema bio-psico-social. Cada uma destas naturezas pode representar modalidades ou níveis específicos de funcionalidade: a biológica representa as modalidades biofísicas, bioquímica, biológica, fisiológica, neurofisiológica; a psicológica representa a psicofisiológica, neuropsicológica, psicológica, psicossocial; a social representa as modalidades sociais, culturais, ambientais (Lomov, 1984; Morin, 1994; Pereira, 2018). A consciência é a entidade psicológica que representa o eixo dinâmico-funcional responsável pela elaboração e interpretação da informação que aporta ao respectivo sistema, distinguindo-se nas tipologias individual e social, ou coletiva, e tendo papel determinante, ao nível da funcionalidade psicológica e psicossocial, na projeção das perspectivas de vida do sujeito da ação com base no reflexo e avaliação que faz das dimensões do passado, presente e futuro da sua própria vida (Lomov, 1984; Pereira, 2018).

A psicologia da saúde tem por objetivo principal promover a saúde das pessoas e prevenir que estas sejam atingidas pela doença (Leal, 2006; Ogden, 2004; Pais-Ribeiro, 2015); particularmente que as doenças se instalem e enraízem, assumindo estatuto de doença crónica, as quais são, por norma, duradouras e de difícil, senão impossível, remoção do sistema que lhe serve de substrato, ou seja, dos seus portadores (Ogden, 2004; Pais-Ribeiro, 2011). No sujeito portador da doença estabelece-se e define-se determinado quadro clínico-patológico, no qual poderão revelar-se características gerais, específicas e individuais, em consonância com a estrutura funcional consolidada na sequência das especificidades do processo do adoecer, envolvendo toda a diversidade de fatores inerentes ao sistema e ambiente circundante.

Geralmente, o impacto das doenças crónicas, na vida daqueles que delas padecem, é negativo, quer no âmbito da funcionalidade psicossocial, quer na forma como percebem, apreendem e projetam a vida; em suma, na qualidade de vida das pessoas que delas padecem. Um dos fatores que gera alterações psicológicas negativas com elevado grau de impacto na qualidade de vida dos pacientes, além das limitações físicas, psicológicas e sociais, e o próprio sofrimento, decorrentes da especificidade do quadro clínico, é a imprevisibilidade e incerteza face à probabilidade de cura, como acontece nas doenças oncológicas, ou mesmo em situações onde imperam as ações, em forma de cuidados prestados, orientadas para a redução de danos e minoração do sofrimento (Pereira, 2013). Função essencial na determinação do grau de incerteza e imprevisibilidade, repercutindo-se na percepção da doença e na forma como a apreende é desempenhada pela consciência como fator de avaliação e planificação, conduzindo o sujeito da ação à tomada de decisão e, conseqüentemente, à elaboração de modos de afrontar a doença (Pereira, 2018).



A diabetes mellitus, seja do tipo 1 ou 2, é uma das doenças crônicas de elevada prevalência e impacto na qualidade de vida, juntamente com as patologias do foro cardiovascular (*Internacional Diabetes Federation [IDF], 2017; World Health Organization [WHO], 2018*). As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes estimam que atualmente haja 385 milhões de pessoas no mundo com diabetes e que em 2035 alcançará os 471 milhões (Oliveira & Vencio, 2016). Entretanto, a Federação Internacional de Diabetes (2017) refere que na população mundial 425 milhões de adultos padece de Diabetes Mellitus e que uma em cada duas pessoas permanece sem diagnóstico.

A diabetes mellitus tipo 1 está presente em cerca de 5 – 10% da totalidade dos doentes desta entidade clínica; habitualmente ocorre antes dos 30 anos, predominantemente na infância ou adolescência, podendo manifestar-se na idade adulta de forma bastante mais insidiosa (Fraguas, Soares, & Bronstein, 2009; Oliveira & Vencio, 2014). O surgimento da diabetes tipo 2 ocorre com maior incidência depois dos 40 anos, sendo o pico de incidência por volta dos 60 anos, e representa 85 – 95% da população diabética, em que grande parte desta não necessita de tratamento com insulina (Pickup & Williams, 1997; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000, 2003; Silva, 2010).

O diagnóstico de diabetes mellitus pode ser um fator psicológico decisivo que desencadeia no paciente, primeiro, choque emocional e, depois, alterações no seu estado mental, por não estar preparado para as limitações que advêm da cronicidade da doença. Portanto, o impacto da diabetes pode ser significativamente negativo no bem-estar emocional e psicológico do paciente em função do seu grau de aceitação, significado atribuído e compreensão do autocuidado e motivação necessários para aderir e manter o tratamento (Dowling, 2018; Lourenzo, 2018; Pereira, 2010, 2013).

A intrusão da doença, em geral, e a crônica, em particular, repercute-se nas atividades e interesses dos pacientes, perturbando-as, por um lado, devido às limitações impostas pela própria doença e respectivo tratamento e, por outro lado, decorre da percepção que o sujeito tem do controlo pessoal reduzido; fatores que explicam grande parte da variabilidade da sintomatologia depressiva (Talbot et al., 1999; Silva, 2010). A gravidade da patologia e conseqüentes complicações aumentam os níveis de depressividade; no caso dos doentes diabéticos o apoio social é um dos fatores que contribuem para a redução desta sintomatologia, tal como o modo de construir e regular os objetivos de vida e a percepção de autoeficácia poderão ser fatores responsáveis pelas manifestações depressivas (Groot et al., 2001; Nouwen, 2002). As investigações têm demonstrado que a diabetes aumenta a prevalência de sintomatologia depressiva e a própria depressão incrementa as complicações e a mortalidade, sendo que nos pacientes com depressão aumenta a possibilidade de abandono do tratamento (Van Dooren, Nefs, Schram, Verhey, & Denollet, 2013). Factos que demonstram ser importante e imprescindível o suporte familiar quotidiano para o



cumprimento terapêutico, assim como o suporte social traz benefícios ao bem-estar psicológico dos pacientes (Koetsenruijter, Lieshout, Lionis, & Portillo, 2015).

Os aspectos psicológicos acima reportados, relacionados com a diabetes, corroboram a ideia estabelecida de que a resposta de um paciente ao diagnóstico de doença grave ou crônica conduz, em consciência, à percepção de ameaça à sua identidade pessoal com todas as consequências que daí possam decorrer. Há situações em que o paciente poderá representar-se como estando a perder a sua autonomia e independência pessoal, vendo-se cada vez mais como alguém que se tornou uma pessoa doente que passa a depender de outras pessoas (Bennet, 2002). Inicialmente é provável que o paciente ainda não disponha de muita informação, nem detenha conhecimentos suficientes sobre a doença da qual é agora portador e, por conseguinte, não a representando ainda como perda da condição de saúde e da qualidade de vida. No entanto, sabe-se que o diagnóstico de uma doença crônica, ou de difícil resolução ou cura, acarreta incertezas acerca do seu futuro, gerando inseguranças internas que podem ser obstáculos que dificultam o modo de adequação comportamental a implementar no processo de enfrentamento às ameaças decorrentes da doença, mas também da forma como a percebe (Bennett, 2002; Marques, 2012; Pereira, 2013). Assim a carga psicossocial e a tensão psiconervosa, geradas pela doença crônica poderão instalar-se como fatores de risco predisponentes ao desenvolvimento de alterações da funcionalidade psíquica, incorrendo em manifestações de ansiedade e depressivas (Hasan, Mamun, Clavarino, & Kairuz, 2015). Os pacientes com diagnóstico de doença crônica revelam maior probabilidade de experimentarem estados interiores de stress, ansiedade e depressão (Ramos & Ferreira, 2011).

392

Portanto, torna-se condição necessária a tomada de consciência, por parte do paciente, da gravidade e de quão importantes são os cuidados a ter com a doença para que seja possível a manutenção do seu bem-estar, a administração correta do tratamento a realizar nas situações diárias; podendo assim as atividades diárias e os relacionamentos sociais surgirem associadas à vivência de sentimentos de satisfação e prazer da vida (Pereira et al., 2007; Mantovani et al., 2011; Silva, 2010).

Na diabetes o conhecimento objetivo da doença e das respectivas complicações, assim como a maior aceitação da sua condição e a representação adequada da sintomatologia são fatores determinantes que favorecem a qualidade de vida e a autogestão da patologia (António, 2010; Sousa, 2003).

Na diabetes mellitus quanto maior a percepção que o paciente tem da sua autoeficácia na gestão da doença e monitorização dos tratamentos, maior predisposição a ser persistente nas suas ações de implementação das recomendações e orientações sobre o regime terapêutico, baseado na monitorização da glicemia, alimentação, medicação e exercício físico (Patrão, 2011).





A cronicidade, gravidade e complicações decorrentes da doença levam em muitas circunstâncias o paciente diabético a sentir frustrações, preocupações, a experimentar sentimentos de insegurança, medo, desamparo, ansiedade e outros que interferem na adesão ao tratamento; a diabetes pode assim conduzir a alterações na funcionalidade interior do paciente que o fazem ter de aprender a viver de uma maneira diferente, exigindo de si a adoção de outras medidas de controlo (Curcio, Lima, Gallani & Colombo, 2008; Silva, 2010). Por conseguinte, existe a necessidade de avaliar fatores emocionais, como os depressivos, ansiedade e estresse, quando se percebe que há lugar a baixo controle glicémico, sugerindo da sua importância para que o tratamento também seja adequado (Ramos & Ferreira, 2011).

Por causa das influências recíprocas entre stress emocional e autocuidado em pacientes com diabetes a presença de stress pode ser vista como um fator de maior risco a obter resultados terapêuticos maus (Oliveira & Vencio, 2016). De entre os fatores de risco na Hipertensão Arterial e na Diabetes Mellitus a obesidade revelou-se como um dos mais importantes (Bernabé-Ortiz et al., 2015).

As investigações, numa amostra populacional de idosos, revelaram que os idosos, os quais não padeciam de doenças crónicas obtinham melhores resultados nos indicadores relativos à atividade física diária, ao estado mental e ao relacionamento social, comparativamente aos detentores desse tipo de doenças (Huang et al., 2015). Atualmente, compreende-se quão importante é o papel desempenhado pelo apoio social nas doenças crónicas; contudo, mais do que o próprio apoio ainda tem maior relevância a percepção do sujeito face a esse mesmo apoio (Creaven & Hughes, 2012). O apoio social é uma variável importante nas patologias da hipertensão e da diabetes, assegurando bons indicadores de saúde física e mental, sendo a autoestima, o sentido de controlo e domínio da própria vida recursos sociais e individuais positivos para lidar com fatores estressantes no dia-a-dia (Gonçalves, Pawlowski, & Piccinini, 2011). A diabetes vê-se associada com frequência ao sofrimento emocional; por isso, o apoio social tem aqui papel moderador e a sociabilidade é um atributo importante das pessoas resilientes (Baek, Tanenbaum, & Gonzalez, 2014). A promoção e desenvolvimento de competências sociais em pessoas que padecem de doenças crónicas, torna-as mais resilientes, quando têm de lidar com as complicações delas decorrentes. Estudos recentes mostram que há relação entre stress, resiliência e apoio social, e demonstram que a existência de apoio social torna as pessoas mais fortes, mais seguras de si e, por conseguinte, incrementa índices de resiliência, os quais reduzem o impacto do stress gerado pelas doenças crónicas, em geral, e pela hipertensão e a diabetes mellitus, em particular, permitindo enfrentar os problemas com maior confiança e ânimo (Malagris, 2019).

A diabetes mellitus tem relação direta com fatores de ordem nutricional e hormonal, sendo indireta com os de natureza psicossocial; por isso, os pacientes revelam, frequentemente, descontrolo emocional, irritabilidade e instabilidade afetiva (Harris, 2003); agravamento da



autoimagem, cuja insatisfação gera baixa autoestima, muitas vezes relacionada com a depressão e insegurança (Joseph, 2003).

Por conseguinte, a perspectiva multidisciplinar no atendimento a pessoas que padecem de diabetes, requer a existência de uma abordagem psicológica, visto que a integração biopsicossocial dos pacientes é condição para favorecer os cuidados prestados, assegurando melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico (Ferraz et al., 2000). Viver com a doença durante toda a vida requer comportamentos específicos de autocuidado; daí a importância do trabalho psicológico com pessoas diabéticas, o qual deve ter como objetivo primordial a aceitação da doença para poder melhorar a qualidade de vida, sendo que as intervenções individuais ou de grupo, em especial a última, aportam benefícios ao nível da saúde física e mental, do desenvolvimento pessoal, promovendo aptidões relacionais e treino de competências que facilitarão a adesão ao tratamento (António, 2010). O acompanhamento psicológico facilita e promove a manifestação de emoções positivas como a satisfação, o prazer, a alegria de viver, reduzindo a tensão resultante da carga dos tratamentos e, conseqüentemente, também bons hábitos relacionados com o bom controlo da enfermidade (Dennick, Start, & Speight, 2017). É importante encetar com o paciente um tipo de comunicação adaptado ao seu nível educativo e cultural, estabelecendo uma relação médico-paciente qualificada (Bailey, Brega, Crutchfield, & Elasy, 2014). O impacto do nível de educação nos episódios cardiovasculares e na mortalidade em pacientes diabéticos é significativo (Blomster, Zoungas, & Chalmers, 2017).

394

O estilo de vida dos pacientes com diabetes é um dos fatores mais relevantes no controlo glicémico. A terapêutica, especialmente na diabetes do tipo 1, tem enorme interferência com o estilo de vida; tudo por causa do rigor em termos de autodisciplina. O paciente recorre a vários níveis de atuação: desde a insulinoterapia, à orientação alimentar, à informação acerca de como lidar com a doença, à própria autoadministração da insulina, à automonitorização da glicemia, à manutenção da atividade física e ao apoio social (Goes, & Vieira, 2007; Setian, Damiani, Dichtchekian, & Manna, 2003). Os fatores emocionais e psicológicos como a ansiedade, a depressão, a alexitimia podem exercer influência negativa no processo de controlo da glicemia (Marcelino & Carvalho, 2005; Melin, Thunander, Svensson, Landin-Olsson, & Thulesius, 2013). Conseqüentemente, um estilo de vida baseado na atividade física regular, atuações e orientações dirigidas à redução do stress, perturbações de ansiedade e depressão favorece e promove o controlo glicémico efetivo (Sales-Peres, Guedes, Sá, Negrato, & Lauris, 2016). Um bom planeamento com projetos de vida saudáveis que contemplam passeios agradáveis e atividades como andar de bicicleta ao ar livre contribuem significativamente para reduzir a incidência da diabetes e da obesidade (Creatore, Glazier, Fazli, & Booth, 2016). Por conseguinte, torna-se importante a constituição de equipas multidisciplinares na realização de atividades relacionadas com a promoção e educação para a

saúde dos pacientes diabéticos, proporcionando-lhes qualidade de vida, através de dieta alimentar saudável e atividade física (Tsai, Ford, Li, Zhao, & Balluz, 2010).

Por conseguinte, o objetivo desta investigação consiste em estudar a dinâmica das alterações operadas na funcionalidade psíquica e psicossocial em pacientes com diabetes mellitus antes e depois de tomarem conhecimento do diagnóstico.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

**Hipótese de trabalho** – a tomada de conhecimento do diagnóstico de diabetes mellitus e a consciencialização da necessidade de mudar o estilo de vida provoca alterações significativas em diversas manifestações da funcionalidade psíquica e psicossocial dos pacientes.

### Participantes

Amostra representada por 50 pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus e 50 pessoas do grupo de controlo que não padecem desta patologia.

### Caracterização sociodemográfica dos participantes na investigação.



395

**Figura 1.** Distribuição dos participantes com diabetes mellitus quanto ao género sexual.

Os participantes do grupo com diabetes mellitus são 27 (54%) do sexo masculino e 23 (46%) do sexo feminino.





**Figura 2.** Distribuição dos participantes do grupo de controlo quanto ao género sexual.

Os participantes do grupo de controlo, representativo da norma, são 20 (40%) do sexo masculino e 30 (60%) do sexo feminino.

Embora a quantidade de participantes, masculinos e femininos, não seja exatamente a mesma no grupo da diabetes mellitus e no grupo de controlo, as diferenças são poucas, permitindo manter o equilíbrio das partes na investigação.



396

**Figura 3.** Distribuição dos participantes com diabetes mellitus por faixas etárias.

Intervalo de idades: [30 – 88 anos], M = 64,56; DP = 16,57.

Distribuição por faixas etárias: 30 – 40 anos → 6 (12%); 41 – 50 anos → 5 (10%); 51 – 60 anos → 6 (12%); 61 – 70 anos → 12 (24%); 71 – 80 anos → 11 (22%); 81 – 88 anos → 10 (20%).

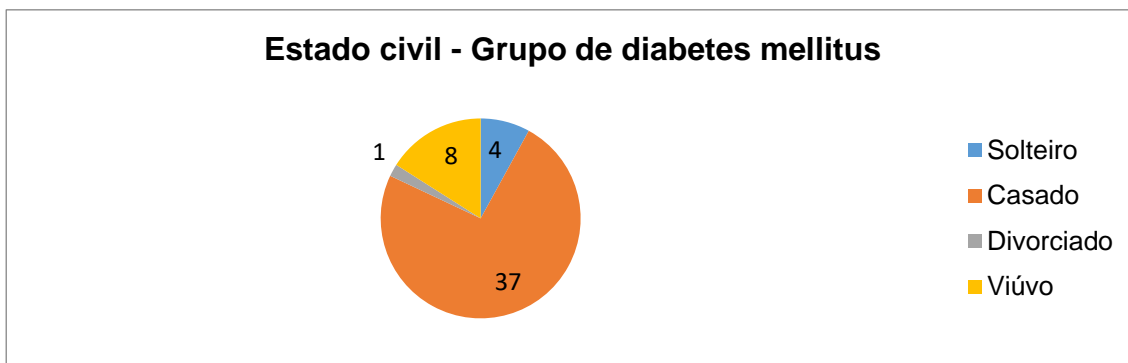


**Figura 4.** Distribuição dos participantes do grupo de controlo por faixas etárias.

Intervalo de idades: [32 – 83 anos], M = 64,40; DP = 14,14.

Distribuição por faixas etárias: 30 – 40 anos → 4 (8%); 41 – 50 anos → 4 (8%); 51 – 60 anos → 6 (12%); 61 – 70 anos → 18 (36%); 71 – 80 anos → 15 (30%); 81 – 83 anos → 3 (6%).

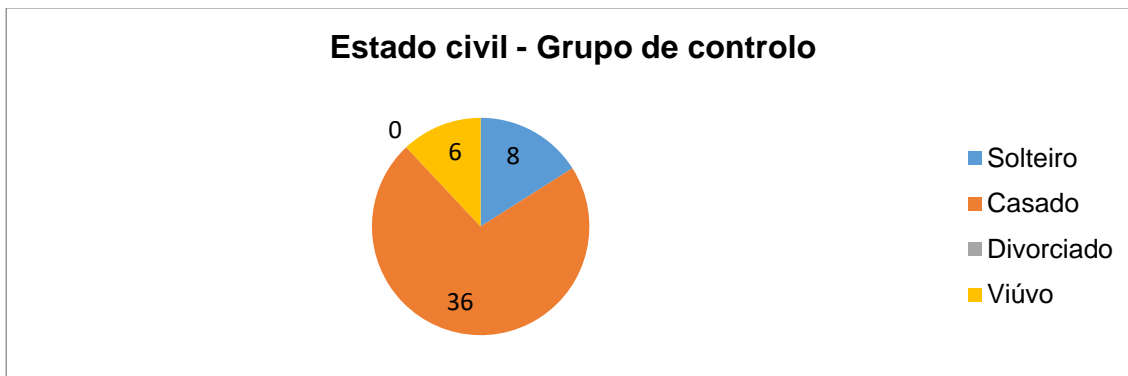
Em ambos os grupos, patologia e controlo, a maior parte dos participantes da investigação é pertença das faixas etárias acima dos 60 anos, representando uma percentagem entre os 65% e os 72%, mantendo assim homogeneidade representativa suficiente.



**Figura 5.** Distribuição dos participantes com diabetes mellitus quanto ao estado civil.

397

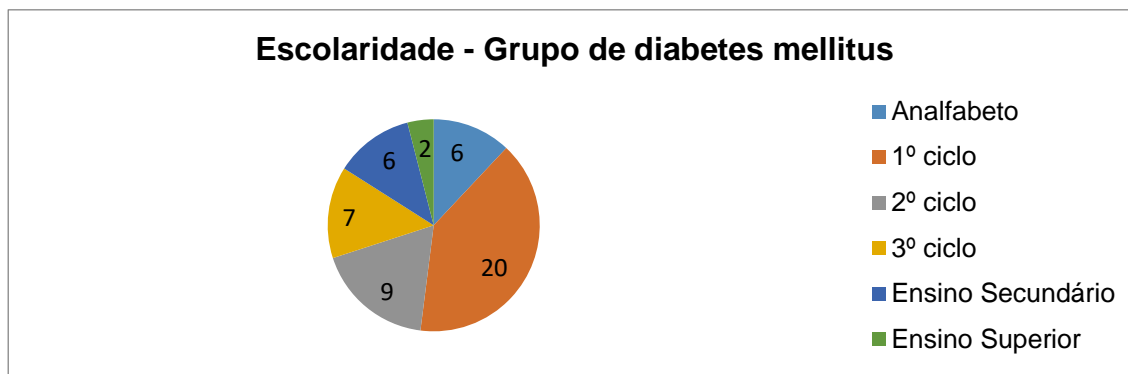
Quanto ao estado civil: 4 (8%) são solteiros, 37 (74%) casados, 1 (2%) divorciado, 8 (16%) viúvos.



**Figura 6.** Distribuição dos participantes do grupo de controlo quanto ao estado civil.

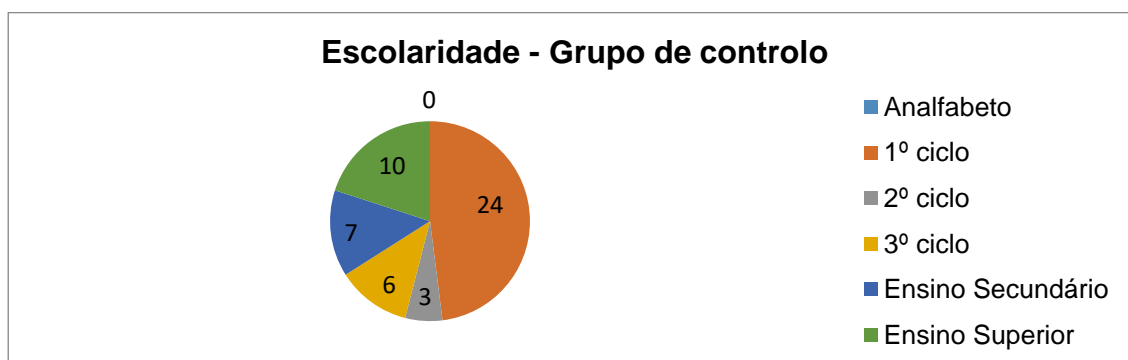
Quanto ao estado civil: 8 (16%) são solteiros, 36 (72%) casados, 0 (0%) divorciado, 6 (12%) viúvos.

O estado civil dos participantes de ambos os grupos, patologia e controlo, é que aproximadamente  $\frac{3}{4}$  são casados, oscilando a percentagem entre os 72% e 74%.



**Figura 7.** Distribuição dos participantes com diabetes mellitus quanto à escolaridade.

Escolaridade: 6 (12%) são analfabetos, 20 (40%) têm o 1º ciclo, 9 (18%) o 2º ciclo, 7 (14%) o 3º ciclo, 6 (12%) o ensino secundário e 2 (4%) o ensino superior.



**Figura 8.** Distribuição dos participantes do grupo de controlo quanto à escolaridade.

Escolaridade: 0 (0%) são analfabetos, 24 (48%) têm o 1º ciclo, 3 (6%) o 2º ciclo, 6 (12%) o 3º ciclo, 7 (14%) o ensino secundário e 10 (20%) o ensino superior.

A escolaridade da maior parte dos participantes da investigação, em ambos os grupos, é o 1º ciclo do ensino básico, sendo que com o 1º e o 2º ciclo juntos são mais de metade, oscilando entre os 54% e 58%.

## Instrumentos metodológicos

### Entrevista clínico-psicológica

Entrevista de tipologia clínica no formato semiestruturado orientada aos aspectos psicológicos relacionados com a funcionalidade do sujeito nas diversas dimensões da sua vida. A utilização da entrevista neste formato tem a finalidade de obter informação relevante para a investigação e de aprofundar minuciosamente especificidades da funcionalidade psíquica do paciente e também de colmatar algumas das insuficiências, características de instrumentos estruturados como o são os questionários fechados.



### **Questionário Sociodemográfico**

Questões orientadas para recolha de informação sobre categorias como idade, profissão, estado civil e escolaridade.

### **Questionário clínico-dinâmico da doença**

Questões de natureza clínica orientadas à objetivação e especificação da tipologia e dinâmica da doença: tipo de diabetes; complicações da diabetes; idade em que foi diagnosticada a diabetes; tempo de duração da doença; idade de início da medicação; idade de alteração da 1ª para a 2ª e para a 3ª medicação; se a doença alterou a sua vida; que mudanças teve de fazer na sua vida devido à doença.

### **Questionário de Autoavaliação da funcionalidade psíquica e do desempenho na atividade familiar, social e laboral** (Pereira, 2010, 2013).

Constituído por questões relativas a duas dimensões: atividade psíquica e atividade social e laboral.

A dimensão relativa à funcionalidade psíquica visa avaliar o grau de expressividade de aspectos específicos como nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressão, pessimismo, cansaço / fadiga.

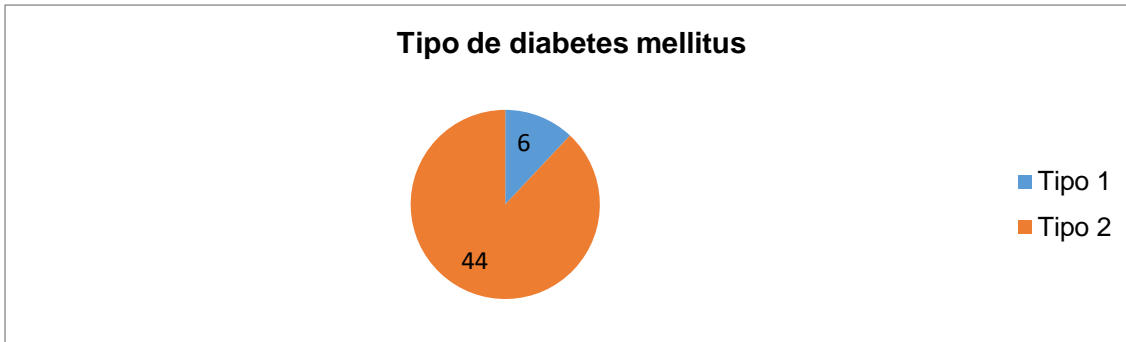
A dimensão relativa à atividade social e laboral visa avaliar o grau de expressividade de aspectos da vida diária dos sujeitos como a capacidade de trabalho; a disponibilidade para interagir, relacionar e colaborar no contexto familiar; disponibilidade para o convívio social com amigos.

Questionário previamente testado num estudo piloto com outras patologias crónicas, tendo dado boas indicações no que concerne a comparar populações com problemas crónicos de saúde e populações, nas quais esta carga psicológica está ausente.

O sujeito numa escala de 0 a 10 assinala o grau de expressão de uma dada categoria numa dada situação, circunstância ou condição de acordo com a instrução fornecida.

## **3 RESULTADOS**

### **Caracterização clínica da dinâmica da patologia “diabetes mellitus”**



**Figura 9.** Distribuição dos participantes quanto ao tipo de diabetes mellitus.

Quanto ao tipo de diabetes: 6 (12%) padecem de diabetes do tipo 1 e 44 (88%) do tipo 2, verificando que o último tipo é severamente predominante em quantidade, correspondendo ao que é reportado noutras investigações (IDF, 2017; Silva, 2010; WHO, 2018).



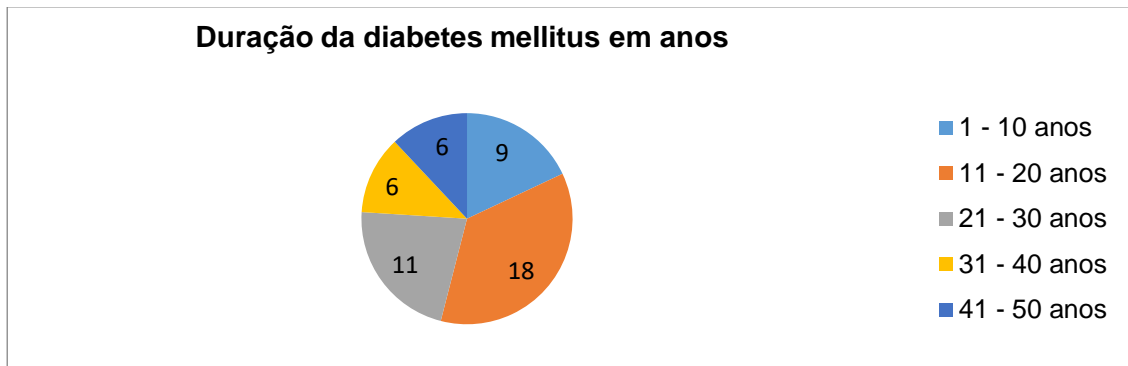
**Figura 10.** Distribuição dos participantes com diabetes mellitus por faixas etárias, quanto ao estabelecimento do diagnóstico.

Intervalo etário do diagnóstico de diabetes: [14 – 71 anos], M = 42,00; DP = 14,42.

Faixa etária em que foi diagnosticada a diabetes: 10 – 20 anos → 5 (10%); 21 – 30 anos → 8 (16%); 31 – 40 anos → 10 (20%); 41 – 50 anos → 12 (24%); 51 – 60 anos → 12 (24%); 61 – 71 anos → 3 (6%).

A distribuição por faixas etárias mostra que em 74% da amostra de pacientes com diabetes mellitus o diagnóstico foi estabelecido depois dos 30 anos; portanto, só 26% foi abaixo dessa idade, verificando-se que 10% está abaixo dos 20 anos. Nesta amostra há 6 pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, sabendo-se que este é o tipo que habitualmente surge muito cedo como resultado da carga genético-constitucional familiar, provavelmente coincide com os 10% da faixa etária entre os 10 e os 20 anos; corroborado pelos dados publicados de outras investigações (Fraguas, Soares, & Bronstein, 2009; Oliveira & Vencio, 2014; IDF, 2017; Silva, 2010; WHO, 2018).

Os resultados apontam para confirmar que o surgimento da diabetes mellitus do tipo 2 é frequente ser mais tarde numa fase adulta já consolidada e como consequência do estilo de vida, principalmente em termos alimentares, onde se registam erros relacionados com excessos, e também com sedentarismo e insuficiente atividade física (IDF, 2017; WHO, 2018).

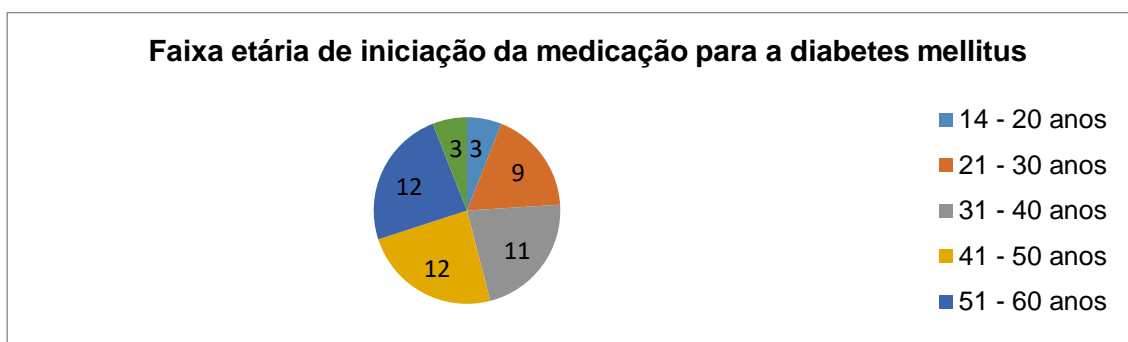


**Figura 11.** Distribuição dos participantes com diabetes mellitus, quanto aos anos de duração da patologia.

Anos de duração da diabetes até ao momento da investigação: 1 – 10 anos → 9 casos (18%); 11 – 20 anos → 18 casos (36%); 21 – 30 anos → 11 casos (22%); 31 – 40 anos → 6 casos (12%); 41 – 51 anos → 6 casos (12%).

401

Na figura 11 verifica-se que a quantidade maior na amostra de participantes (36%) da investigação a diabetes tem duração entre 10 e 20 anos, sendo que em 58% dos participantes a duração da patologia enquadra-se no intervalo de 10 a 30 anos. Curiosamente há 6 (12%) participantes nos quais a duração enquadra-se no intervalo 40 – 50 anos; indiciando serem os sujeitos com diabetes tipo 1, porque este tipo, de acordo com a literatura (Fraguas, Soares, & Bronstein, 2009; Oliveira & Vencio, 2014; IDF, 2017; Silva, 2010; WHO, 2018), surge muito cedo, podendo ser na infância ou adolescência.

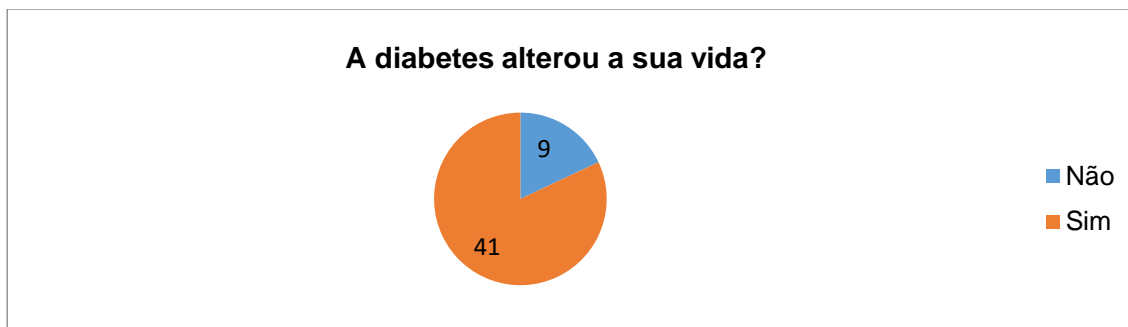


**Figura 12.** Distribuição dos participantes com diabetes mellitus, quanto à faixa etária de iniciação da medicação.



Faixa etária de iniciação à medicação para a patologia diabética: 14 – 20 anos →3 casos (6%); 21 – 30 anos →9 casos (18%); 31 – 40 anos →11 casos (22%); 41 – 50 anos →12 casos (24%); 51 – 60 anos →12 casos (24%); 61 – 71 anos →3 casos (6%).

O gráfico da figura 12 mostra que houve participantes desta amostra que iniciaram a medicação bastante cedo, uns antes dos 20 anos, talvez na adolescência, e outros um pouco mais tarde, mas antes dos 30 anos. Presume-se que uma parte destes é os sujeitos com diabetes tipo 1 (Fraguas, Soares, & Bronstein, 2009; Oliveira & Vencio, 2014). Entretanto, 54% dos participantes da amostra iniciaram a medicação depois dos 40 anos. Aspecto indiciador de ser a diabetes mellitus, nestes casos, resultante de excessos alimentares; em que os pacientes tiveram um estilo de vida pouco cuidado no que respeita à contenção e seleção na ingestão de certos alimentos e ainda a tendência por um estilo sedentário em que a atividade física é escassa.



**Figura 13.** Distribuição dos participantes com diabetes mellitus quanto à percepção de a patologia ter alterado as condições de vida.

À questão se a doença alterou a sua vida? Apenas 9 (18%) pacientes consideram que não e 41 (82%) consideram que sim, que alterou a sua vida.

A figura 13, mostra claramente que mais de  $\frac{3}{4}$  dos participantes da amostra de sujeitos com diabetes mellitus considera que a doença teve impacto negativo na sua vida, tendo provocado alterações; facto que é corroborado pela literatura publicada sobre o impacto psicológico e social da diabetes na vida das pessoas (Dowling, 2018; Lourenzo, 2018; Silva, 2010).

### **Dinâmica das manifestações da funcionalidade psíquica e da atividade social e laboral nos pacientes de diabetes mellitus, antes e depois do diagnóstico.**

**Tabela 1**

*Diferenças na atividade psíquica, familiar, social e laboral entre pessoas com diabetes “antes de conhecer o diagnóstico” e o “grupo de controle”.*

Categorias	Variáveis				Diferencial	Critério t Student	Nível de significação estatística p <
	Pacientes com Diabetes “Antes do diagnóstico”		Grupo de controle				
	M	DP	M	DP			
Nervosismo	2,76	3,14	3,98	2,25	-1,22	-2,36	0,022
Ansiedade	2,82	2,96	3,92	3,19	-1,10	-1,93	0,059
Irritabilidade	2,50	2,94	2,60	1,95	-0,10	0,19	0,847
Depressividade	1,20	2,35	1,30	2,29	-0,10	-0,21	0,830
Capacidade de trabalho	7,96	3,36	7,16	2,40	0,80	1,32	0,133
Cansaço / Fadiga	1,56	2,27	4,36	2,27	-2,80	-6,37	0,000
Pessimismo	1,36	2,92	2,54	2,55	-1,18	-2,64	0,011
Disponibilidade para convívio com amigos	6,04	3,88	6,30	1,59	-0,26	-0,43	0,665
Disponibilidade para colaborar na família	7,14	3,33	8,54	1,38	-1,40	-2,68	0,010

403

Dos resultados da investigação inscritos na tabela 1 verifica-se que os pacientes do grupo com diabetes mellitus no período temporal correspondente ao “antes de conhecer o diagnóstico”, comparativamente ao grupo de controle, apresentam valores médios mais baixos de nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressividade, cansaço/fadiga, pessimismo, disponibilidade para convívio com amigos, disponibilidade para colaborar na família e mais elevados apenas na capacidade de trabalho, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas no que respeita às manifestações de irritabilidade, depressividade, capacidade de trabalho e disponibilidade para conviver com amigos, mas sendo estatisticamente significativas nas restantes categorias ( $p < 0,05$  a  $0,000$ ).

Significa que em consciência têm atualmente a representação mental de naquele período da sua vida não se terem sentido tão nervosos, ansiosos, pessimistas, cansados ou fatigados, como as pessoas do grupo de controle. Contudo, admitem terem sentido menor disponibilidade mental para colaborar nas tarefas respeitantes ao grupo familiar e também no que reporta ao convívio com amigos.

**Tabela 2**

*Diferenças na atividade psíquica, familiar, social e laboral entre pessoas com diabetes “antes de conhecer o diagnóstico” e “depois de conhecer o diagnóstico”.*

Categorias	Variáveis				Diferencial	Critério t Student	Nível de significação estatística p <
	Pacientes com Diabetes “Antes do diagnóstico”		Pacientes com Diabetes “Depois do diagnóstico”				
	M	DP	M	DP			
Nervosismo	2,76	3,14	5,36	3,10	-2,60	-5,93	0,000
Ansiedade	2,82	2,96	4,68	2,90	-1,86	-4,99	0,000
Irritabilidade	2,50	2,94	4,10	3,24	-1,60	-3,90	0,000
Depressividade	1,20	2,35	2,62	3,03	-1,42	-3,44	0,001
Capacidade de trabalho	7,96	3,36	6,02	3,13	1,94	3,54	0,001
Cansaço / Fadiga	1,56	2,27	4,98	3,19	-3,42	-7,20	0,000
Pessimismo	1,36	2,92	3,22	3,28	-1,86	-4,49	0,000
Disponibilidade para convívio com amigos	6,04	3,88	5,02	3,33	1,02	2,81	0,007
Disponibilidade para colaborar na família	7,48	3,33	7,14	3,33	0,34	1,30	0,197

404

Os resultados obtidos e inscritos na tabela 2 revelam que as pessoas que padecem de diabetes mellitus, depois de conhecerem o diagnóstico, apresentam maior expressividade, estatisticamente significativa, de manifestações psíquicas como o nervosismo, a ansiedade, a irritabilidade, a depressividade, o pessimismo, o cansaço e a fadiga; e menor expressividade na atividade laboral, reportando ter menos capacidade de trabalho e também na atividade social relativa às relações interpessoais no convívio com amigos e disponibilidade para colaborar e envolver-se nas tarefas e relações no seio da família; sendo que nesta última categoria não há diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 3**

*Diferenças na atividade psíquica, familiar, social e laboral entre pessoas com diabetes “antes de conhecer o diagnóstico” e “no momento atual da vida”.*

Categorias	Variáveis				Diferencial	Critério t Student	Nível de significação estatística p <
	Pacientes com Diabetes “ Antes do diagnóstico”		Pacientes com Diabetes “ Momento atual da vida”				
	M	DP	M	DP			
Nervosismo	2,76	3,14	5,24	3,27	-2,48	-5,80	0,000
Ansiedade	2,82	2,96	4,72	3,17	-1,90	-4,86	0,000
Irritabilidade	2,50	2,94	4,28	3,23	-1,78	-4,24	0,000
Depressividade	1,20	2,35	2,52	3,03	-1,32	-3,22	0,002
Capacidade de trabalho	7,96	3,36	4,40	3,20	3,56	6,41	0,000
Cansaço / Fadiga	1,56	2,27	6,10	2,91	-5,04	-9,31	0,000
Pessimismo	1,36	2,92	3,44	3,41	-2,08	-4,61	0,000
Disponibilidade para convívio com amigos	6,04	3,88	4,58	3,58	1,46	3,70	0,001
Disponibilidade para colaborar na família	7,48	3,33	6,74	3,31	0,74	2,15	0,036

Na tabela 3 a comparação entre os períodos temporais relativos ao tempo “antes de conhecer o diagnóstico” e o respeitante ao “momento atual” da vida dos pacientes de diabetes mellitus, mostra existirem diferenças estatisticamente significativas na expressividade das suas manifestações psíquicas e da atividade laboral e social. No momento atual da sua vida os pacientes de diabetes mellitus apresentam maiores índices de nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressividade, pessimismo, cansaço e fadiga e menores na atividade laboral, tendo a percepção de ter menor capacidade de trabalho, e na atividade social em que a disponibilidade para conviver com amigos e para participar nas interações familiares é também menor.



**Tabela 4**

*Diferenças na atividade psíquica, familiar, social e laboral entre pessoas com diabetes “depois de conhecer o diagnóstico” e “no momento atual da vida”.*

Categorias	Variáveis				Diferencial	Critério t Student	Nível de significação estatística p <
	Pacientes com Diabetes “Depois do diagnóstico”		Pacientes com Diabetes “Momento atual da vida”				
	M	DP	M	DP			
Nervosismo	5,36	3,10	5,24	3,27	0,12	0,48	0,630
Ansiedade	4,68	2,90	4,72	3,17	-0,40	-0,20	0,835
Irritabilidade	4,10	3,24	4,28	3,23	-0,18	-0,61	0,545
Depressividade	2,62	3,03	2,52	3,03	0,10	0,40	0,684
Capacidade de trabalho	6,02	3,13	4,40	3,20	1,62	3,66	0,001
Cansaço / Fadiga	4,98	3,19	6,10	2,91	-1,62	-3,45	0,001
Pessimismo	3,22	3,28	3,44	3,41	-0,22	-0,95	0,345
Disponibilidade para convívio com amigos	5,02	3,33	4,58	3,58	0,44	2,90	0,006
Disponibilidade para colaborar na família	7,14	3,33	6,74	3,31	0,40	1,65	0,105

406

Na tabela 4 onde se inscrevem os valores relativos a dois períodos temporais da vida dos pacientes de diabetes mellitus apenas são encontradas três diferenças estatisticamente significativas entre o período “depois de conhecer o diagnóstico” e o “momento atual da vida”, tendo maior expressividade neste último período o cansaço e a fadiga e menor a capacidade de trabalho e a disponibilidade para o convívio com amigos. Nas restantes escalas: nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressividade, pessimismo, disponibilidade para colaborar nas atividades no seio da família, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. A ausência deste tipo de diferenças reside, porventura, no facto de serem dois períodos de tempo da vida dos pacientes mentalmente muito próximos, sendo-lhes apenas perceptíveis mudanças em aspectos da vida reportados ao vigor e energia para atuar, sentindo que no processo natural de envelhecimento essas diferenças fazem-se notar com intervalos pequenos de ano para ano.



## 4 DISCUSSÃO

Nos participantes, que constituem a amostra de pacientes com diabetes mellitus, a distribuição em percentagem pelos tipos 1 e 2 de diabetes, a idade em que teve início a doença, as faixas etárias de maior prevalência de pacientes, as idades de iniciação à medicação e a elevada percentagem de pacientes que admite existirem repercussões da diabetes nas suas vidas corresponde aos dados encontrados noutros estudos semelhantes (Dowling, 2018; Fraguas, Soares, & Bronstein, 2009; IDF, 2017; Lourenzo, 2018; Oliveira & Vencio, 2014; Silva, 2010; WHO, 2018).

A comparação dos valores obtidos através da representação mental que os pacientes têm de si, no tempo em que não tinham ou ainda não conheciam o diagnóstico de diabetes mellitus, e os valores do grupo de controlo, mostra que os agora pacientes de diabetes evidenciavam significativamente níveis de manifestação da sintomatologia psíquica e psicossocial mais baixos do que os revelados no grupo de controlo. A explicação deste fenómeno assenta na presumível probabilidade de os atuais pacientes terem atualizado na sua mente a representação de como eram no período temporal correspondente à faixa etária de jovem adulto, na qual ainda se encontravam plenos de energia, força e vitalidade e não havia situações de índole física, psicológica ou psicossocial que pudessem ter influenciado negativamente o seu estilo de vida estável e equilibrado. É como se fosse uma representação idealizada da vida em que só reporta mentalmente o que de positivo aconteceu e desvaloriza algo que efetivamente tivesse existido de negativo. É como se estivéssemos a comparar a funcionalidade física, psíquica e social entre alguém jovem no período de plena ascensão em todos sentidos da vida e adultos em idades que se encontra já na fase consolidada, mas de descendência e ainda mais com as mazelas e sofrimentos decorrentes do tempo inerentes ao estado de saúde.

407

As representações de natureza psicossocial, conjuntamente com o significado social e o sentido pessoal que os objetos e fenómenos adquirem para o sujeito da ação e as atitudes geradas face aos mesmos, dirigem, orientam e norteiam os comportamentos, incluindo a forma como se percebe o mundo interior e exterior com todas as suas facetas e perspectivas (Moscovici, 1984; Pereira, 2009, 2018). É o que se presume que tivesse acontecido na avaliação que os doentes de diabetes mellitus fizeram de si e do seu estilo de vida, num período temporal passado, ancorado numa representação mental onde releva as recordações positivas, desvalorizando de certo modo as negativas de então, as quais foram perdendo progressivamente força e significado face à vida atual e futura.

A comparação entre os resultados obtidos com base na representação mental relativa ao período de tempo posicionado na parte da vida “antes de conhecer o diagnóstico” de diabetes





mellitus e os resultados correspondentes ao período temporal “depois de conhecer o diagnóstico” revela diferenças estatisticamente significativas em todas áreas da atividade psíquica, psicossocial, laboral e social em que incidiu a investigação. Por conseguinte, as diferenças de expressividade nas manifestações psíquicas caracterizadas por nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressividade, pessimismo, cansaço e fadiga; e na atividade laboral reportada à capacidade de trabalho e na atividade social relativa às relações interpessoais no convívio com amigos e disponibilidade para colaborar e envolver-se nas tarefas e relações no seio da família, evidenciam a dinâmica das alterações ocorridas na atividade psíquica, psicossocial, laboral e social dos doentes de diabetes mellitus no decurso da sua vida desde que tem conhecimento do diagnóstico da patologia. Mudanças e alterações de índole psíquica, psicossocial, laboral e social que são corroboradas por diversas investigações antes realizadas, as quais enfatizam o papel do diagnóstico e da intrusão da doença no estilo e na qualidade de vida dos pacientes de diabetes mellitus (Dowling, 2018; Lourenzo, 2018; Pereira, 2010, 2013; Silva, 2010; Talbot et al., 1999).

A gravidade da doença de diabetes mellitus aumenta os níveis de depressividade e o apoio social e a percepção adequada de autoeficácia reduz esta sintomatologia (Groot et al., 2001; Nouwen, 2002). A depressão incrementa as complicações da doença e aumenta a possibilidade de abandono do tratamento (Van Dooren, Nefs, Schram, Verhey, & Denollet, 2013). O suporte familiar e o suporte social contribuem para o bem-estar psicológico dos pacientes (Koetsenruijter, Lieshout, Lionis, & Portillo, 2015).

Então, o agravamento das manifestações da funcionalidade psíquica e da atividade psicossocial, confirmados nesta investigação, corroboram a inferência que a resposta de um paciente ao diagnóstico de doença grave ou crónica conduz à percepção de ameaça à sua identidade pessoal, representando-se a perder a sua autonomia e independência pessoal (Bennet, 2002). O diagnóstico de uma doença crónica, ou de difícil resolução ou cura, acarreta incertezas acerca do seu futuro, gerando inseguranças internas e, assim, dificultando a implementação de comportamentos adequados no processo de enfrentamento às ameaças decorrentes da doença e na forma como a percebe (Bennett, 2002; Marques, 2012; Pereira, 2013). A carga psicossocial e a tensão psiconervosa, geradas pela doença crónica, poderão instalar-se como fatores de risco predisponentes ao desenvolvimento de alterações da funcionalidade psíquica, incorrendo em manifestações de ansiedade e depressivas (Hasan, Mamun, Clavarino, & Kairuz, 2015). Os pacientes com diagnóstico de doença crónica revelam maior probabilidade de experimentarem estados interiores de stress, ansiedade e depressão (Ramos & Ferreira, 2011).

Por conseguinte, nesta investigação com pacientes de diabetes mellitus, o aumento significativo de alterações na funcionalidade psíquica (nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressividade, pessimismo, cansaço e fadiga) e o decréscimo da capacidade trabalho na atividade laboral e da disponibilidade mental para convívio com amigos e colaboração em interações na



família na atividade social, depois de ter tomado conhecimento do diagnóstico, vêm confirmar as repercussões negativas da doença no bem-estar, no estilo e na qualidade de vida daqueles que dela padecem. Portanto, é condição necessária a tomada de consciência, por parte do paciente, da gravidade e da importância dos cuidados a ter com a doença para que seja possível a manutenção do seu bem-estar, a administração correta do tratamento a realizar nas situações diárias; podendo assim as atividades diárias e os relacionamentos sociais surgirem associadas à vivência de sentimentos de satisfação e prazer da vida (Pereira et al., 2007; Mantovani et al., 2011; Silva, 2010). Quanto mais adequada a percepção que o paciente tem da sua autoeficácia na gestão da doença e monitorização dos tratamentos, maior a sua persistência nas ações de implementação das recomendações e orientações sobre o regime terapêutico, baseado na monitorização da glicemia, alimentação, medicação e exercício físico (Patrão, 2011).

A cronicidade, gravidade e complicações decorrentes da doença repercutem-se negativamente na funcionalidade psíquica e psicossocial do paciente diabético, desencadeando a frustração, preocupações e ideias negativistas, sentimentos de insegurança, medo, desamparo, ansiedade e outros; por isso, reveste-se de grande importância que estas pessoas aprendam a viver de maneira diferente, mas adequada, mantendo o seu bem-estar e qualidade de vida (Curcio, Lima, Gallani, & Colombo, 2008; Silva, 2010). Por conseguinte, torna-se pertinente avaliar em cada paciente diabético os diversos fatores da sua funcionalidade psíquica e psicossocial, em particular os emocionais, como os depressivos, ansiedade e estresse, sendo importantes para o estabelecimento de formas adequadas de tratamento (Ramos & Ferreira, 2011). Na medida do possível traçar um perfil de funcionalidade psíquica e psicossocial que permita prognosticar prováveis formas de conduta que poderão ser adversas à manutenção do estado de saúde equilibrado e ao próprio bem-estar do doente; assim como também, planificar ações dirigidas à prevenção de comportamentos inadequados face às especificidades da patologia.

A comparação entre os resultados obtidos com base na representação mental relativa ao período de tempo “antes de conhecer o diagnóstico” de diabetes mellitus e os resultados correspondentes ao período temporal “momento atual de vida” revela diferenças estatisticamente significativas semelhantes e com o mesmo pendor de expressividade, em todas áreas da atividade psíquica, psicossocial, laboral e social, às que se verificaram quando se comparou a primeira variável “antes de conhecer o diagnóstico” com a variável “depois de conhecer o diagnóstico”. No entanto, é perceptível no período respeitante ao “momento atual de vida” agravamento da atividade física, sentindo-se mais cansado e fatigado com menos energia, da atividade laboral com menor capacidade de trabalho e da atividade social com menos disponibilidade para convívio com amigos e interação na família; sendo que esta última categoria passou a ter diferenciação estatisticamente significativa, que na outra comparação não tinha, mercê da integração plena do paciente na vida familiar, em que o grupo e os elementos constituintes desempenham função relevante de apoio



social ao paciente, embora no momento atual se mantenha parece que o próprio paciente mentalmente se sente menos disponível para colaborar e participar nas atividades familiares; talvez isso aconteça por se sentir mais debilitado pela longa ação da doença e também do seu próprio processo de envelhecimento natural.

Quando a comparação é entre a variável “depois de conhecer o diagnóstico” e o “momento atual de vida” não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no âmbito das características da funcionalidade psíquica (nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressividade, pessimismo), sendo significativas apenas na capacidade física e energética com maiores índices de cansaço e fadiga, na atividade laboral com menos capacidade de trabalho, na atividade social com menos disponibilidade para convívio com amigos. Resultados que demonstram identidade no plano da funcionalidade psíquica dos dois períodos temporais, percebidos como bastante próximos um do outro, mas denotando menores capacidades físicas e de trabalho e de convívio social, decorrentes do processo natural de envelhecimento das pessoas, embora se possa admitir que em parte tenham sofrido influência da doença. Entretanto, a inexistência de diferenciação estatística significativa entre os dois períodos temporais referidos demonstra que se mantém a integração positiva e valorosa do paciente na atividade familiar e que a família continua mantendo o apoio social ao seu membro, sendo fator de suporte psicossocial ao paciente no enfrentamento à doença.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A distribuição dos participantes pela diabetes do tipo 1 e 2, a idade em que surgiu a doença, as faixas etárias de maior prevalência de pacientes, as idades de iniciação à medicação e a percentagem de pacientes que admite existirem repercussões da diabetes nas suas vidas são corroboradas por outros estudos semelhantes.

A intrusão da diabetes mellitus e correspondente conhecimento do diagnóstico por parte do paciente provocam alterações na dinâmica da funcionalidade psíquica e da atividade psicossocial, repercutindo-se no agravamento dos níveis de nervosismo, ansiedade, irritabilidade, depressividade, pessimismo, sensações de cansaço e fadiga significativamente expressivos e menor capacidade de trabalho, disponibilidade mental para o convívio social com amigos e para a colaboração e relacionamento interpessoal no seio da família.

A diabetes mellitus como doença crônica tem repercussão negativa na funcionalidade psíquica e na atividade psicossocial das pessoas que dela padecem, afetando o seu bem-estar, o estilo e a qualidade de vida.

A avaliação das características da funcionalidade psíquica e psicossocial das pessoas que padecem de diabetes mellitus, permitindo revelar o perfil individual de funcionalidade de cada



paciente, são medidas importantes para a construção de planos e estratégias de ação mais adequados e otimizados no âmbito da intervenção psicológica e psicoterapêutica, assim como na prevenção de condutas inadequadas à manutenção do estado de saúde equilibrado e à estabilidade do bem-estar, estilo e qualidade de vida.

## 6 REFERÊNCIAS

- Antônio, P. (2010). A Psicologia e a doença crônica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.11, n.1.
- Baek, R. N., Tanenbaum, M. L., & Gonzalez, J. S. (2014). Diabetes burden and diabetes distress: The buffering effect of social support. *Annals of Behavioral Medicine*, 48 (2), 145-155. <http://doi.org/10.1007/s12160-013-9585-4>
- Bailey, S. C., Brega, A. G., Crutchfield, T. M. & Elasy, T. (2014). Update on Health Literacy and Diabetes. *Diabetes Educ.*, 40, pp. 581- 604.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernabé-Ortiz, A., Carrillo-Larco, R. M., Gilman, R. H., Checkley, W., Smeeth, L., & Miranda, J. J. (2015). Contribution of modifiable risk factors for hypertension and type-2 diabetes in Peruvian resource-limited settings. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70 (1), 49 -55. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-205988>
- Blomster, J., Zoungas, S. & Chalmers, J. (2017). The impact of level of education on vascular events and mortality in patients with type 2 diabetes mellitus: Results from the ADVANCE study. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, 127, pp. 212-217.
- Creatore, M., Glazier, R., Fazli, G. & Booth, G. (2016). Association of neighborhood walkability with change in overweight, obesity, and diabetes. *JAMA*, 315, pp. 2211-2220.
- Creaven, A. M. & Hughes, B. M. (2012). Cardiovascular responses to mental activation of social support schemas. *International Journal of Psychophysiology*, 84 (2), 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.01.018>
- Curcio, R., Lima, M. H. M., Gallani, M. C. B. J. & Colombo, R. C. R. (2008). *Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de pacientes diabéticos atendidos em atenção terciária* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.
- Dennick, K., Start, J. & Speight, J. (2017). What is diabetes distress and how can we measure it? A narrative review and conceptual model. *Journal of Diabetes and Its Complications* Volume 31, Issue 5, pp. 898-911.
- Dowling, L. (2018). Gerenciando o aspecto psicológico do diabetes. In *Tia Beth.com vida saudável com diabetes*, 2018, 6 de Novembro.
- Ferraz, A. E. P., Zanetti, M. L., Brandão, E. C. M., Romeu, L. C., Foss, M. C., Paccola, G. M. G. F., Paula, F. J. A., Gouveia, L. M. F. B. & Montenegro, JR. R. (2000). Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-SP. *Ver. Medicina*, v. 33, n. 2, pp. 170 – 175.



- Fraguas, R., Soares, S. M. S. & Bronstein, M. D. (2009). Depressão e diabetes mellitus. *Rev Psiquiatr Clin* 2009; 36 (Supl. 3), pp. 93-99.
- Goes, A. P. P., Vieira, M. R. R. & Liberatore-Junior, R. R. (2007). Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Rev. Paul. Pediatr.* 2007; 25 (2), pp.124-128.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3), 1755-1769. <http://doi.org/ff62mx>
- Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. F., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 63 (4), 619 – 630.
- Koetsenruijter, J., Lieshout, J., Lionis, Ch. & Portillo, M. C. (2015). Social Support and Health in Diabetes Patients: An Observational Study in Six European Countries in an Era of Austerity. *PLOS ONE*. DOI: 10.1371/journal.pone.0135079. August 25, 2015.
- Harris, M. D. (2003). Psychological aspects of diabetes with and emphasis on depression. *Current Diabetes Reports*, 54, 103 – 112.
- Hasan, S. S., Mamun, A. A., Clavarino, A.M. & Kairuz, T. (2015). Incidence and risk of depression associated with diabetes in adults: Evidence from longitudinal studies. *Community Mental Health Journal*, vol. 51, n. 2, pp. 204 – 210.
- Huang, X., Yang, H., Wang, H. H., Qiu, Y., Lai, X., Zhou, Z., & Lei, J. (2015). The association between physical activity, mental status, and social and family support with five major non-communicable chronic diseases among elderly people: A cross-sectional study of a rural population in southern China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12 (10), 13209-13223. <http://doi.org/10.3390/ijerph121013209>
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas*. Recuperado de <https://bit.ly/2vzuvD2>
- Joseph, J. T., Baines, L. S., Morais, M. C. & Jindal, R. M. (2003). Quality of life after kidney and pâncreas transplantation: a review. *Am. J. Kidney Dis*, 2003; 42 (3), pp. 431 – 435.
- Leal, I. (coord.) (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Lomov, B. F. (1984). *Problemas metodológicos e teóricos da psicologia*. Moscovo: Ciência.
- Lourenzo, E. J. (2018). *Revista Saúde*, 2018, 1 de Agosto. Franchising group.
- Malagris, L. E. N. (2019). Stress, resiliência e apoio social em indivíduos com hipertensão e diabetes mellitus. *Revista de Psicologia*, 28 (1), 1 – 13.
- Mantovani, M. F., Mendes, F. R., Ulbrich, E. M., Bandeira, J. M., Fusuna, F. & Gaio, D. M. (2011). As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32 (4), 662-668.
- Marques, L. A. S. (2012). *Qualidade de vida e ajustamento psicossocial de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 submetidos ao transplante de células-troco hematopoéticas: um estudo de acompanhamento* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto/SP.





- Marcelino, D. B. & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2005; 18 (1),72-77.
- Melin, E. O., Thunander, M., Svensson, R., Landin-Olsson, M. & Thulesius, H. O. (2013). Depression, obesity, and smoking were independently associated with inadequate glycemic control in patients with type 1 diabetes. *Eur. J. Endocrinol.*, 2013, 168 (6), 861-869.
- Morin, E. (1994). *La complexité humaine*. Paris: Flammarion.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Nouwen, A. (2002). Understanding and assessing depression and HRQOL in diabetes: A goal systems approach. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 10 – 12). Budapest: MAPI Research Institute.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, J. E. P. & Vencio, S. (2014). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014*. São Paulo: AC Farmacêutica.
- Oliveira, J. E. P. & Vencio, S. (Org.) (2016). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015 - 2016)*. São Paulo, Brasil: A. C. Farmacêutica. Recuperado de <https://bit.ly/2Ju4TQU>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2015). Educação para a saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2015, 16 (1), 3 – 9. [www.sp-ps.com](http://www.sp-ps.com) DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160102> 3
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). A Psicologia da Saúde. R. F. Alves (2011) *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba.
- Patrão, M. C. L. (2011). *Auto-eficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulinotratadas* (Tese de Mestrado). Repositório Científico da Universidade de Coimbra.
- Pereira, E., Menegatti, C., Percegon, L., Aita, C. A. & Riella, M. C. (2007). Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59 (1), 62-71.
- Pereira, F. O. (2009). Representação Sócio-Psicológica dos Estilos Comportamentais nas Atividades Educativas e da Docência. *Cadernos de Investigação Aplicada*, Nº 3. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Pereira, F. O. (2010). Percepción de las Características Sociales y de las Manifestaciones Afectivo-emocionales de si mismo, en el Paciente Oncológico. *Revista de Psicología General*, Vol. VIII, Nº15. San Luís Potosi (México): Universidad de San Luís Potosi.
- Pereira, F. O. (2013). Predisposição Psicológica de Adaptação Comportamental à Patologia Oncológica. *Revista Evidências*, Nº Apresentação, Abril de 2013.
- Pereira, F. O. (2018). Teoria sistémico-integrativa do psiquismo humano. *Revista Teoría y Crítica de la Psicología*, n. 10 (2018), 1 – 23. <http://www.teocripsi.com/ojs/> (ISSN: 2116 – 3480).
- Pickup, J. & Williams, G. (1997). *Textbook of diabetes*. Oxford: Blackwell Science.





- Ramos, L. & Ferreira, E. A. P. (2011). Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adulto com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(3), 867-877.
- Sales-Peres, S. H. de C., Guedes, M. de F. S., Sá, L. M., Negrato, C. A. & Lauris, J. R. P. (2016). Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática (Revisão). *Ciênc. saúde colet.* 21 (4) Abr 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.20242015>
- Setian, N., Damiani, D., Dichtchekian, V. & Manna, T. D. (2003). Diabetes mellito. In: Marcondes, E., Vaz, F. A. C., Ramos, J. L. A. & Okay, Y., editores. *Pediatria básica* 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. pp. 382-392.
- Silva, I. L. (2010). *Psicologia da Diabetes*, 2ª edição. Lisboa: Placebo Editora.
- Sousa, M. R. M. G. C. (2003). *Estudos dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabetes tipo 2* (Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde). Universidade do Minho, Braga.
- Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Bélanger, A. & Audet, J. (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 18 (5), 537 – 542.
- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (2000). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 23 (suppl. 1), 4 – 19.
- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (2003). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 23 (suppl. 1), 5 – 20.
- Tsai, J., Ford, E. S., Li, C., Zhao, G. & Balluz, L. S. (2010). Physical activity and optimal self-rated health of adults with and without diabetes. *BMC Public Health*, 2010; 10:365.
- Van Dooren, F., Nefs, G., Schram, M., Verhey, F. & Denollet, J. (2013). Depression and Risk of Mortality in People with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 2013;8 (3): e57058.
- World Health Organization (2018). *Disease burden and mortality estimates* [recurso eletrônico]. Recuperado de <https://bit.ly/1usZl9f>