

Aspectos emocionais e autocuidado de pacientes com *Diabetes Mellitus* Tipo 2 em Terapia Renal Substitutiva¹

Beatriz Cristina Murari Nogueira^a , Camila Afonso de Souza^a , Roberta Munhoz Manzano^a ,
Clara Suemi da Costa Rosa^b , Silvia Regina Barrile^c , Maria Amélia Ximenes^c ,
Camila Gimenes^c 

^aFaculdades Integradas de Bauru – FIB, Bauru, SP, Brasil.

^bUniversidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Rio Claro, SP, Brasil.

^cUniversidade do Sagrado Coração – USC, Bauru, SP, Brasil.

Resumo: Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública de grande impacto, tanto pelo número de pessoas afetadas, pelas incapacitações e mortalidade, quanto pelos custos envolvidos no controle e tratamento das suas complicações. Objetivo: Avaliar os aspectos emocionais e o autocuidado de pacientes com DM tipo 2 submetidos à hemodiálise (HD) e correlacionar estas variáveis com o tempo de tratamento dialítico e tempo de diagnóstico de DM. Método: Participaram indivíduos acima de 40 anos com DM tipo 2 em HD há pelo menos 3 meses no Hospital Estadual de Bauru. Foram coletadas informações sociodemográficas e os participantes responderam aos questionários B-PAID (perspectiva do impacto do DM na qualidade de vida e aspectos emocionais) e ao QAD (autocuidado). Os dados foram apresentados de forma descritiva e analisados através da Correlação de Spearman e o Teste de associação *Qui-quadrado* ($p < 0,05$). Resultados: Foram estudados 54 indivíduos, com idade 62 ± 9 anos, predominância da cor de pele branca e ensino fundamental incompleto. No B-PAID o escore médio foi 23 (7-43) pontos, demonstrando baixo sofrimento emocional, e no QAD a menor aderência foi no domínio “Atividade Física” e maior “Cuidado com os pés e uso de medicamentos”. Houve correlação positiva entre o tempo de DM e tempo de HD ($p = 0,04$; $r = 0,27$) e associação entre as doenças cardíacas e o B-PAID ($p = 0,02$). Conclusão: Os indivíduos estudados apresentaram baixo sofrimento emocional, bom cuidado com pés e aqueles com menor incidência de doença cardíaca sofrem menos com o DM.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal Crônica, Autocuidado, Inquéritos e Questionários, Qualidade de Vida.*

Emotional aspects and self-care of patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Renal Replacement Therapy

Abstract: Introduction: Diabetes mellitus (DM) is considered to be an important public health problem, both due to the number of people affected, the disabilities and mortality, and the costs involved in controlling and treating its complications. Objective: To evaluate the emotional aspects and self-care of patients with T2DM undergoing hemodialysis (HD) and to correlate these variables with the time of dialysis and the time of diagnosis of DM. Method: Individuals over 40 years of age, with Type 2 DM in HD for at least 3 months at the State Hospital of Bauru. Sociodemographic information was collected, and the participants answered the B-PAID questionnaires (perspective of the impact of DM on quality of life and emotional aspects) and the QAD (self-care). The data were presented descriptively and used Spearman’s Correlation and the Chi-square Association Test ($p < 0.05$). Results: Fifty-four

individuals, aged 62 ± 9 years, predominance of white skin color and incomplete elementary school were studied. In the B-PAID the mean score was 23 (7-43) points, demonstrating low emotional distress, and in the QAD the lowest adherence was in the "Physical Activity" domain and greater "Foot care and medication use". There was a positive correlation between DM time and HD time ($p = 0.04$, $r = 0.27$) and association between heart disease and B-PAID ($p = 0.02$). Conclusion: The individuals studied presented low emotional distress, good foot care and those with a lower incidence of heart disease suffer less from DM

Keywords: *Diabetes Mellitus, Renal Insufficiency, Chronic, Self-care, Surveys and Questionnaires, Quality of Life.*

1 Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado, atualmente um dos principais problemas de saúde, tanto no que se refere ao número de pessoas afetadas, gerando incapacidades e alta mortalidade, quanto ao elevado investimento para o controle e tratamento de suas complicações (SANTOS, 2017). Segundo a Sociedade Brasileira de DM (SOCIEDADE..., 2016), no Brasil existem cerca de 13 milhões de indivíduos com DM, o que representa 6,9% da população, e esse número tende a crescer como resultado do envelhecimento populacional, desenvolvimento econômico e urbanização, que desencadearam mudanças importantes no estilo de vida, marcado pela presença de sedentarismo e obesidade (CECÍLIO et al., 2015).

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é a forma mais comum, presente em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por desordens na ação ou na secreção de insulina (BRITO; LISBOA, 2016). Trata-se de uma condição de saúde com elevadas taxas de morbimortalidade que acomete atualmente mais de 20% de idosos entre 65 e 76 anos (SANTOS et al., 2015).

Uma das mais graves complicações do DM é a nefropatia diabética (ND), caracterizada pela perda da função renal, que pode evoluir para a Doença Renal Crônica (DRC), classificada em estágios de I a V de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG). No estágio V com $TFG < 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$, esta é denominada insuficiência renal, quando os pacientes têm como opção a Terapia Renal Substitutiva (TRS). Os custos para a Saúde Pública com o tratamento da doença com diálise são elevados. O Sistema Único de Saúde desembolsou, nos anos de 2008 e 2011, os valores de US\$ 723 milhões e US\$ 970 milhões, respectivamente, com procedimentos de hemodiálise (HD) no país, estimando um custo anual médio por paciente de US\$ 7 mil em 2008 e de US\$ 9 mil em 2011 (ROSA, 2017).

Apesar dos avanços nos tratamentos de diálise, esses recursos terapêuticos, quando adotados de forma isolada, não garantem a preservação da qualidade de vida e sobrevida do paciente. O paciente com

DRC, particularmente os que se encontram em HD, apresentam severas limitações metabólicas e físicas, que contribuem diretamente para o aumento significativo das taxas de hospitalização e mortalidade. O número de óbitos em 2014 foi de 21.281, correspondendo a uma taxa de mortalidade bruta de 19,0% ao ano (ROSA, 2017; SESSO et al., 2016).

Pacientes diabéticos enfrentam mudanças importantes no estilo de vida, como alterações nos hábitos alimentares e adesão a esquemas terapêuticos restritivos. Além disso, os pacientes devem lidar com o fato de ter que conviver durante toda a vida com uma doença responsável por diversas complicações clínicas e, quanto maior o número de complicações, pior pode se apresentar a QV. As complicações resultantes do DM comprometem não somente a condição física do paciente, como também a condição psicológica e sociocultural. É importante que o paciente seja comprometido com o autocuidado, que envolve a dieta alimentar, prática de exercícios físicos e uso correto de medicamentos. Com esses cuidados, espera-se melhora nos níveis de glicose sanguínea e isso implica em menor risco de complicações.

Diante disto, o presente estudo teve como objetivo avaliar os aspectos emocionais e o autocuidado de pacientes com DM2 submetidos à HD e correlacionar estas variáveis com o tempo de tratamento dialítico e tempo de diagnóstico de DM.

2 Método

Trata-se de um estudo transversal, em que a amostra foi constituída por sujeitos com diagnóstico de DM2 do Hospital Estadual de Bauru – SP, a partir de 40 anos, de ambos os sexos, com DRC submetidos à HD ambulatorial, por no mínimo três meses (três sessões/semana), no período de fevereiro à abril 2016. Foram excluídos sujeitos que recusaram participar da pesquisa e os incapazes de responder os questionários. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, onde iremos manter sigilo quanto a identificação dos pacientes, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em

pesquisa das Faculdades Integradas de Bauru, sob o parecer 1.511.476.

Foram coletadas informações em entrevista dirigida e consulta de prontuários sobre dados sociodemográficos, grau de escolaridade, presença de fatores de riscos (tabagismo, etilismo), história familiar, presença de comorbidades (doenças cardíacas, dislipidemia), tempo de diagnóstico de DM e tempo em tratamento de HD. A massa corporal utilizada foi o “peso seco” (aferido após sessão de HD) e o estado nutricional foi obtido através do cálculo do índice de massa corporal [(IMC) = peso/estatura²].

Para a coleta de dados acerca do sofrimento e autocuidado, utilizaram-se como instrumentos dois questionários específicos, de fácil compreensão, validados e traduzidos para o português, o *Problems Areas in Diabetes* (B-PAID) e o Questionário de atividades de autocuidado com o Diabetes (QAD). O B-PAID é um questionário composto por 20 questões que enfocam aspectos relacionados a viver com DM e seu tratamento, incluindo culpa, raiva, depressão, preocupação e medo. Esse instrumento produz um escore total que varia de 0-100, utiliza uma escala de cinco pontos variando de 0 a 4, em que zero representa que não há um problema e quatro que há um problema sério. O escore total de 0-100 é alcançado pela soma das respostas multiplicada por 1,25. Um escore alto indica um alto nível de sofrimento emocional (MACHRY et al., 2018; SIAW; TAI; LEE, 2017).

O QAD abrange seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o DM: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés e uso da medicação. Além disso, possui outros três itens para a avaliação do tabagismo. Durante a avaliação, os pacientes devem responder a frequência em que realizam as atividades ou os comportamentos nos sete últimos dias. Essas respostas devem variar de 0 a 7, em que 0 é a situação menos desejável e 7 a mais favorável. Os escores indicam o desempenho das atividades em questão. Utilizamos como ponto de corte a média superior a quatro pontos para indicar autocuidado desejável e inferior ou igual a quatro como indesejável (VERAS et al., 2014), exceto para os itens com valores reversos apresentados no domínio alimentação específica. Os itens relacionados ao tabaco são convertidos levando em conta a proporção de fumantes, a média de consumo do cigarro e ainda a última vez que o indivíduo fumou (MICHELIS et al., 2010).

Os dados obtidos foram analisados pelo o programa *SPSS 20.0*. Os resultados foram apresentados de forma descritiva utilizando medidas de posição

para dados com distribuição normal (paramétricos) (média e desvio padrão) e para distribuição não normal (não paramétricos) (mediana e percentis). Para efeito de análise, o questionário B-PAID foi dicotomizado em ‘não problema-moderado’ e ‘problema sério’ de acordo com as pontuações 0 a 2 e 3 a 4, respectivamente. Foi aplicado o teste *Kolmogorov Smirnov* para analisar a normalidade dos dados. Para correlacionar o tempo de HD e tempo de diagnóstico de DM com os escores dos questionários foi aplicada a Correlação Linear de *Spearman*. Para associar o perfil clínico e sociodemográfico com os escores dos questionários foi utilizado o *Qui-Quadrado*. O nível de significância adotado foi de 5%.

3 Resultados

Cerca de 200 pacientes renais crônicos são atualmente submetidos à HD no HEB e, desses, 100 apresentam diagnóstico de DM. Foram excluídos dois por apresentar DM tipo 1, 12 por participarem no momento de um protocolo de exercícios realizado por outro pesquisador, sete estavam internados, sete foram considerados confusos ou incapazes de responder os questionários, dois não aceitaram participar da pesquisa, cinco vieram a óbito e 11 não estavam presentes no setor de HD nos dias da coleta de dados. A amostra final foi de 54 indivíduos, dos quais 34 eram homens (64%) e 20 mulheres (37%), com idade 62 ± 9 anos, 36 (67%) eram cor de pele branca, 31 (57%) eram casados, 26 (48%) viviam com companheiro(a) e filhos e 32 (59%) apresentavam baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). A média da massa corporal foi $80,8 \pm 18,2$ kg e o IMC $29,2 \pm 6,1$ kg/m², sendo que 80% dos pacientes estavam acima do peso segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ASSOCIAÇÃO..., 2009). A principal comorbidade associada foi a hipertensão arterial presente em cinquenta e três (98%) pacientes. Os fatores de risco para doença cardiovascular e dados clínicos encontram-se na tabela 1.

No questionário B-PAID a mediana foi de 23 (7-43) pontos. Apenas quatro pacientes tiveram o escore mínimo (zero) indicando não ter sofrimento emocional com a doença, e somente um paciente apresentou escore máximo (100) indicando um alto nível de sofrimento emocional. As mulheres apresentaram maior escore total de 35 (13-56) e os homens 24 (6-34). Na tabela 2, podemos observar maior sofrimento no domínio problemas emocionais relacionados ao DM, 40,74% dos pacientes se preocupam em relação ao futuro e as complicações advindas da doença. No domínio problemas relacionados à alimentação, 29,63% dos

Tabela 1. Fatores de risco para doença cardiovascular e dados clínicos.

Variáveis		n	(%)
Antecedentes familiares	Sim	35	65
	Não	19	35
Tabagismo	Sim	3	5,5
	Não	29	54
	Ex	22	40,5
Sedentarismo	Sim	48	89
	Não	6	11
Tempo de Diagnóstico	1 a 5 anos	11	20
	6 a 10 anos	18	33
	Mais de 10 anos	25	47
Tempo de HD	Menos de 1 ano	17	31
	1 a 2 anos	10	19
	2 a 4 anos	13	24
	Mais de 4 anos	14	26
Complicações do DM	Alterações Visuais	17	31
	Amputação MMII	4	8
	Não	33	61

Dados expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Tabela 2. Questionário de Avaliação do Sofrimento (B-PAID).

	0 a 2 pontos	3 a 4 pontos
	Baixo	Alto
	sofrimento	sofrimento
	n (%)	n (%)
Problemas relacionados ao tratamento		
A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes	38 (70)	16 (30)
Sentir-se desencorajado com o seu tratamento de diabetes	43 (80)	11 (20)
Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu diabetes	51 (94)	3 (6)
Problemas relacionados à alimentação		
Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionados aos cuidados diabetes	38 (70)	16 (30)
Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições	44 (81)	10 (19)
Preocupar-se com a comida e o que comer	43 (80)	11 (20)
Problemas relacionados ao apoio social		
Sentir-se sozinho com seus diabetes	44 (81)	10 (19)
Sentir que seus amigos e familiares não o apoiam em lidar com o diabetes	50 (93)	4 (7)
Problemas emocionais relacionados ao DM		
Sentir medo quando pensa em viver com diabetes	46 (85)	8 (15)
Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes	42 (78)	12 (22)
Sentir que o seu diabetes é um peso para você	41 (76)	13 (24)
Preocupar-se com episódios de glicose baixa	38 (70)	16 (30)
Ficar bravo/irritado quando pensa em viver com diabetes	43 (80)	11 (20)
Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações	32 (59)	22 (41)
Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar diabetes	39 (72)	15 (28)
Não aceitar seu diabetes	41 (76)	13 (24)
Sentir que o diabetes está tomando muito que sua energia mental e física	39 (72)	15 (28)
Lidar com as complicações do diabetes	35 (65)	19 (35)
Sentir-se esgotado com o esforço que é necessário para cuidar do diabetes	42 (78)	12 (22)

Dados expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%).

pacientes consideram um problema sério situações sociais desconfortáveis onde as pessoas dizem o que elas devem ou não comer. Quanto ao tratamento, a falta de metas claras e concretas com relação ao DM representa um problema sério em 29,63% dos casos.

As atividades de autocuidado avaliadas pelo questionário QAD estão expressas na tabela 3. A média superior a quatro indica autocuidado desejável e inferior ou igual a quatro como indesejável (VERAS et al., 2014), exceto para os itens com valores reversos

Tabela 3. Questionário de atividades de autocuidado com o Diabetes (QAD).

	0 a 4 dias	5 a 7 dias	Média ±
	n (%)	n (%)	DP
Alimentação Geral			
1 Seguir uma dieta saudável (D)	33 (61)	21 (39)	4 ± 3
2 Seguir a orientação alimentar (D)	41 (76)	13 (24)	3 ± 3
Alimentação Específica			
3 Comer cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais (D)	43 (80)	11 (20)	2 ± 3
4 Comer alimentos ricos em gordura (ND)	34 (63)	20 (37)	4 ± 3
5 comer doces (ND)	42 (78)	12 (22)	2 ± 3
Atividade Física			
6 Realizar atividade física durante pelo menos 30 minutos (D)	45 (83)	9 (17)	2 ± 3
7 Realizar exercício físico específico (D)	50 (93)	4 (7)	1 ± 2
Monitorização da Glicemia			
8 Avaliar o açúcar no sangue (D)	18 (33)	36 (67)	6 ± 2
9 Avaliar o açúcar no sangue a quantidade recomendada (D)	28 (52)	26 (48)	4 ± 3
Cuidado com os pés			
10 Examinar os pés (D)	27 (50)	27 (50)	4 ± 3
11 Examinar dentro dos sapatos, antes de colocá-los (D)	26 (49)	28 (52)	4 ± 3
12 Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés (D)	12 (22)	42 (78)	6 ± 3
Medicação			
13 Tomar seus medicamentos do diabetes, conforme recomendado (D)	6 (11)	48 (89)	6 ± 2
14 Tomar suas injeções de insulina, conforme recomendado (D)	14 (26)	40 (74)	6 ± 2
15 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes (D)	6 (11)	48 (89)	6 ± 2

Dados expressos em valor absoluto (n), porcentagem (%), média ± desvio padrão. (D): desejável (ND): indesejável.

apresentados no domínio alimentação específica. Foi encontrada menor aderência para o domínio atividade física (1±2 dias) e o maior para o controle da medicação (todos os itens apresentaram 6 ± 2 dias), seguido do cuidado com os pés (o item “Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés” foi a mais alta atingida neste questionário com 6 ± 3 dias de aderência). No domínio “Alimentação geral”, a maioria dos pacientes apresentou comportamento de autocuidado indesejável (4±3 dias por semana). Na alimentação específica, em que o escore é inverso, o autocuidado foi desejável, o item deste domínio com maior incidência foi o consumo de alimentos ricos em gordura (carnes vermelhas ou derivados de leite integral) com 4±3 dias, os outros dois itens apresentaram 2±3 dias de consumo. Em relação à monitorização da glicemia, foi analisado comportamento desejável para este domínio.

Observou-se correlação positiva entre o tempo de diagnóstico de DM e o tempo de HD, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico de DM maior era o tempo em HD ($p=0,045$; $r=0,273$). Houve também associação com o teste *qui-quadrado* entre as doenças cardíacas e o B-PAID, o que demonstrou que os pacientes com menor incidência de doenças cardíacas sofrem menos com o DM ($p=0,024$).

4 Discussão

No presente trabalho, as pessoas com diabetes em tratamento hemodialítico foram avaliadas quanto ao autocuidado e sofrimento em relação ao DM. Observou-se predominância do sexo masculino e a maioria acima de 60 anos, o que está de acordo com outros estudos realizados em pacientes com a mesma patologia, que mostram que doenças crônicas como o DM são comuns em idosos devido ao sedentarismo e alterações ocorrentes na senilidade (MORAES, 2017; MAXIMINO et al., 2017; PEREIRA et al., 2016).

No presente estudo, a maioria dos pacientes eram casados e moravam com companheiro e filhos, concordando com Silva et al. (2013), que pesquisou 220 pacientes, maioria sexo masculino, baixa escolaridade e 78,6% eram casados. Ghannadi et al. (2016), Snoek et al. (2000) e Bernini et al. (2017) também estudaram pacientes com este mesmo perfil, casados e que moravam com companheiros e filhos, ressaltando que a família tem papel importante no apoio e ajuda do controle de doenças como o DM e a nefropatia, que exigem cuidados constantes para a manutenção da vida.

O tempo de diagnóstico do DM foi maior que dez anos em 46,30% dos pacientes, assim como em outros estudos (SILVA et al., 2013; SNOEK et al., 2000).

Pace et al. (2006) estudaram 659 pacientes com DM2, maioria homens e o tempo médio de doença foi maior que dez anos. Na população brasileira, parte significativa dos indivíduos com essa patologia desconhece o diagnóstico, o qual é realizado, na maioria das vezes, já na presença de complicações (LEITE et al., 2015).

Em relação à escolaridade, encontrou-se baixo grau de instrução em 59% dos pacientes (menos de oito anos de estudo). Foram estudados 659 pacientes com DM2 em Ribeirão Preto – SP e constataram que baixos níveis de educação podem limitar e/ou reduzir o acesso a cuidados de saúde relacionados à oportunidade de aprendizagem, especialmente quando reconhecemos que, em geral, os pacientes adultos são responsáveis pelo seu próprio cuidado (PACE et al., 2006). Uma pesquisa realizada no Irã com 117 idosos diabéticos em HD, também verificou baixo nível de conhecimento e atitude desfavorável (GHANNADI et al., 2016). Esses resultados são determinantes para o sucesso de abordagens preventivas do DM, pois o baixo nível de escolaridade pode dificultar o acesso à informação, trazer menos chances de aprendizado sobre o autocuidado, além de dificuldades no entendimento das condutas terapêuticas. Esses pacientes tendem a procurar assistência médica tardiamente, o que implica em um grande impacto na saúde e maior incidência de doenças crônicas (PACE et al., 2006). Segundo Leite et al. (2015), a presença de uma quantidade considerável de idosos diabéticos com baixa escolaridade é preocupante, uma vez que, o menor nível de escolaridade parece estar associado diretamente com sintomas depressivos, comprometendo a saúde mental e a QV. Sendo assim, o bom conhecimento do paciente diabético é fundamental para o cuidado e controle da doença e, conseqüentemente, para prevenir ou retardar o aparecimento de complicações.

A hipertensão arterial mostrou-se a principal comorbidade associada ao DM2 em HD, estando presente em 98,1% dos pacientes analisados, seguido por doenças cardíacas com 37%. Estudos mostram a associação entre DM2 e hipertensão arterial como as principais causas de ND o que gera altos índices de pacientes com as duas patologias (PEREIRA et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2015).

Quanto aos fatores de risco, este trabalho evidenciou presença considerável de obesidade, sedentarismo e tabagismo, o que pode causar complicações e riscos cardiovasculares. No estudo de Gross, Gross e Goldim (2010) com sujeitos semelhantes, maioria homens, idade média próxima aos 60 anos, baixa escolaridade, a maioria era obeso e sedentário.

Souza et al. (2012) também estudaram indivíduos com o mesmo perfil, 170 portadores de DM2, idosos, baixa escolaridade, obesos, ex-tabagistas e a maior parte (51,8%) era sedentário, o que indicou que a incorporação de atividades físicas e alimentação balanceada ajuda na manutenção da QV.

No presente estudo, o B-PAID apresentou escore de 23 (7-43) pontos, indicando baixo sofrimento emocional, o que concorda com o estudo de Bernini et al. (2017) que estudaram 59 sujeitos com DM2 e o escore médio foi de 19 pontos, e também de Gross, Gross e Goldim (2010), que estudaram 152 pacientes, 57,3% homens idosos, 75,4% obtiveram pontuações menores que 40 indicando baixo sofrimento emocional. Outro estudo com o mesmo perfil de pacientes, 68 idosos 60% estudaram até o ensino fundamental, apontou que, de maneira geral, o DM não exerceu impacto negativo no emocional (LEITE et al., 2015). Entretanto, no estudo de Papelbaum et al. (2010), com uma amostra de 100 indivíduos diabéticos idosos, a média do escore foi 50,3, o que mostrou alto sofrimento emocional, momento que a escolaridade foi um diferencial na análise do B-PAID, o grupo em que os indivíduos estudaram mais que o ensino fundamental, apresentou menor média (44,4) quando comparado ao grupo com menor escolaridade (57,6) e a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,01$), enquanto em nosso estudo não foi observada correlação com escolaridade.

Estudos com o questionário QAD para avaliar autocuidado em DM2 apresentaram resultados semelhantes ao desta pesquisa, em que o domínio com maior aderência foi a “Medicação” e menor aderência “Atividade física”, observando que os pacientes com DM2 em HD reconhecem a importância de um bom controle glicêmico, uso correto de medicação e cuidado diário com os pés (COELHO et al., 2015; FERREIRA et al., 2014). Porém, quando falamos em alimentação saudável, observamos comportamento não desejável desses pacientes, concordando com o estudo de Francioni e Silva (2007) com diabéticos de 44 a 56 anos em Florianópolis – SC, que mostrou baixa adesão dos pacientes em relação a dieta recomendada.

Segundo Souza e Silvestre (2013), o primeiro passo para o tratamento do paciente diabético é o alcance e manutenção de um bom estado nutricional. Francioni e Silva (2007) argumentaram que isto pode acontecer devido a uma percepção negativa em relação ao tratamento dietético para o controle da doença, associando-o com a condenação a se privar de prazeres, como a participação restrita em festas familiares que envolvam comidas.

A baixa escolaridade pode ter sido uma limitação deste estudo, visto que dificulta a compreensão dos questionários, e não entender a doença e suas complicações pode ter influenciado na avaliação quanto ao sofrimento emocional. São necessários mais estudos com esses indivíduos em estado de cronicidade da doença, expandir a pesquisa para outros centros de HD e associar o trabalho com grupos educacionais.

5 Conclusão

Pode-se observar, ao aplicar o questionário B-PAID, baixo sofrimento emocional em relação ao DM, no QAD maior aderência em relação aos cuidados com os pés e ao uso de medicamentos e baixa aderência em relação a prática de atividades físicas. Além disso, houve uma associação entre as doenças cardíacas e o B-PAID, o que demonstrou que os pacientes com menor incidência de doenças cardíacas sofrem menos com o DM e uma correlação positiva entre o tempo de diagnóstico de DM e o tempo de HD, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico de DM maior era o tempo em HD. Essas evidências apontaram atitude negativa quanto aos cuidados, evidenciando a necessidade de programas e estratégias educacionais, não apenas como prevenção, mas também como forma de retardar a progressão da doença e minimizar suas complicações. Não entender seu estado e as consequências da falta de cuidados, faz com que o indivíduo não entenda a necessidade de privações e rotinas regradas relacionadas ao DM.

Espera-se que este estudo contribua para direcionar intervenções de saúde e trazer informações sobre os pacientes em estado de cronicidade do DM, a fim de compreender a realidade destes indivíduos, ganhando assim a aderência ao autocuidado.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009-2010*. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016.

BERNINI, L. S. et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 533-541, 2017.

BRITO, G. M. G.; LISBOA, C. F. Qualidade de vida, conhecimento e atitude de indivíduos com diabetes mellitus após participação em programa educativo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 298-306, 2016.

CECÍLIO, H. P. M. et al. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 113-119, 2015.

COELHO, A. C. M. et al. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 697-705, 2015.

FERREIRA, G. P. S. et al. A adesão ao autocuidado influencia parâmetros bioquímicos e antropométricos de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos no programa hiperdia do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Revista Nutrição Clínica Dietética Hospitalar*, Espanha, v. 34, n. 3, p. 10-19, 2014.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, 2007.

GHANNADI, S. et al. Evaluating the Effect of Knowledge, Attitude, and Practice on Self-Management in Type 2 Diabetic Patients on Dialysis. *Journal of Diabetes Research*, Egypt, v. 10, n. 1, p. 114-119, 2016.

GROSS, C. C.; GROSS, J. L.; GOLDIM, J. R. Problemas emocionais e percepção de coerção em pacientes com diabetes tipo 2: Um estudo observacional. *Revista HCPA*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 431-435, 2010.

LEITE, E. S. et al. Avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de idosos. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 822-829, 2015.

MACHRY, R. V. et al. Multifactorial intervention for diabetes control among older users of insulin. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, n. 60, p. 1-11, 2018.

MAXIMINO, D. A. F. M. et al. Difficulties found by persons living with diabetes mellitus: a quantitative analysis. *International Archives of Medicine*, United States, v. 10, n. 103, p. 1-13, 2017.

MICHELS, M. J. et al. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: Tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-51, 2010.

MORAES, L. L. Identificação de risco cardiovascular pela razão triglicérido/HDL-colesterol em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Revista Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 1-7, 2017.

PACE, A. E. et al. Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. *Revista Latino Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 728-34, 2006.

PAPELBAUM, M. et al. The association between quality of life, depressive symptoms and glycemic control in a group of type 2 diabetes patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Amsterdam, v. 89, n. 3, p. 227-30, 2010.

PEREIRA, A. F. B. et al. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de doença renal crônica terminal em programa

- de hemodiálise em clínica de Santa Cruz do Sul – RS. In: CONGRESSO GAÚCHO DE CLÍNICA MÉDICA, 13., 2016, Rio Grande do Sul. *Anais...* Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/xiii-cgcm/1457313166.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- ROSA, C. S. C. *Efeito do exercício resistido progressivo intradiálitico em pacientes em hemodiálise*. 2017. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências da Motricidade) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2017.
- SANTOS, A. L. et al. Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 761-70, 2015.
- SANTOS, J. L. *Diabetes Mellitus: o desafio do controle e da prevenção da doença*. 2017. 7 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9931>>. Acesso em: 10 maio 2018.
- SESSO, R. C. et al. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.
- SIAW, M. Y.; TAI, B. B.; LEE, J. Y. Psychometric properties of the Chinese version of the Problem Areas in Diabetes scale (SG-PAID-C) among high-risk polypharmacy patients with uncontrolled type 2 diabetes in Singapore. *Journal of Diabetes Investigation*, Australia, v. 8, n. 2, p. 235-242, 2017.
- SILVA, D. A. R. et al. Knowledge about diabetes in patients hospitalized for heart disease: a descriptive research. *Brazilian Journal of Nursing*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 222-237, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3876>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- SNOEK, F. J. et al. Diabetes-Related emotional distress in Dutch and U.S. Diabetic Patients. *Journals Diabetes Care*, New York, v. 23, n. 9, p. 1305-1309, 2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016*. São Paulo: A.C., Farmacêutica, 2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.
- SOUZA, E. C. S. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes utilizando a medida específica B-PAID. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 509-514, 2012.
- SOUZA, P. L. C.; SILVESTRE, M. R. S. Alimentação, estilo de vida e adesão ao tratamento nutricional no diabetes mellitus tipo 2. *Revista Estudos*, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 541-544, 2013.
- TEIXEIRA, F. I. R. et al. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 64-71, 2015.
- VERAS, V. S. et al. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 42-48, 2014.

Contribuição dos Autores

Beatriz Cristina Murari Nogueira: Participou da concepção e planejamento do trabalho, bem como da interpretação dos resultados, redação e revisão das versões preliminares e definitivas. Camila Afonso de Souza: Participou da interpretação dos resultados e redação. Roberta Munhoz Manzano, Silvia Regina Barrile e Maria Amélia Ximenes: Participaram da análise e interpretação dos resultados e redação das versões preliminares e definitivas. Clara Suemi da Costa Rosa: Participou da coleta de dados, interpretação dos resultados e redação. Camila Gimenes: Autora principal, participou da concepção e planejamento do trabalho, bem como da interpretação dos resultados, redação e revisão das versões preliminares e definitivas. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Notas

- ¹ Estudo inédito, transversal. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e o estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa das Faculdades Integradas de Bauru e Hospital Estadual de Bauru sob o parecer 1.511.476.