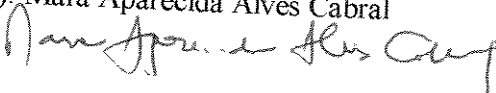


JOSIANE SOUZA PINTO ALBERTE

Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso
de Pós-Graduação Ciências Médicas da
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de Ciências Biomédicas do(a)
aluno(a) **Josiane de Souza Pinto Albarte**.
Campinas, 27 de fevereiro de 2004.

Prof(a). Dr(a). Mara Aparecida Alves Cabral
Orientador(a)



DIABETES MELLITUS TIPO 2:
SIGNIFICADO DA DOENÇA PARA OS PACIENTES E SUAS
REPERCUSSÕES PARA A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO
CLÍNICO

CAMPINAS

2004

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

JOSIANE SOUZA PINTO ALBERTE

**DIABETES MELLITUS TIPO 2:
SIGNIFICADO DA DOENÇA PARA OS PACIENTES E SUAS
REPERCUSSÕES PARA A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO
CLÍNICO**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de mestre
em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.*

Orientadora: Profa. Dra. Mara Aparecida Alves Cabral

CAMPINAS

2004

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	TUNICAMP
	AL14d
V	EX
TOMBO BC/	59189
PROC.	16-117-04
C ☐	D ☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	22/04/04
Nº CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM00198259-1

Bibid. 318248

Al14d

Alberte, Josiane Souza Pinto

Diabetes mellitus tipo 2: significado da doença para os pacientes e suas repercussões para a aderência ao tratamento clínico. / Josiane Souza Pinto Alberte. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientadores : Mara Aparecida Alves Cabral

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psicologia social. 2. Personalidade. I. Mara Aparecida Alves Cabral. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Mara Aparecida Alves Cabral

Membros:

1. Prof(a). Dr(a). Carlos Rodrigues da Silva Filho

2. Prof(a). Dr(a). Sérgio Luis Saboya Arruda

3. Prof(a). Dr(a). Mara Aparecida Alves Cabral

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 27/02/2004

A Marcílio, meu marido, com carinho...

*A Rafael e Ricardo, na esperança de
que possam realizar seus sonhos...*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar meus agradecimentos a todos que colaboraram para que eu pudesse realizar este trabalho.

A Mara Cabral, minha professora e orientadora, por ter acreditado em mim e neste trabalho.

A meus pais que sempre me incentivaram, estimulando-me e apoiando-me em todos os instantes da minha vida acadêmica.

À minha irmã, pelo carinho e preocupação constantes.

A todos os professores da disciplina de Medicina Interna e Semiologia, pelo carinho e apoio que recebi.

A Sigisfredo Brenelli, pessoa muito querida, que me incentivou para experimentar novos caminhos.

Aos funcionários da Comissão de Ensino, Estatística, Audiovisual, Biblioteca, secretaria da disciplina de Medicina Interna e Secretaria do Ambulatório DMHO, por toda ajuda recebida.

A todos os meus amigos que acreditaram e colaboraram neste trabalho.

Aos pacientes diabéticos e hipertensos que, generosamente, colaboraram para que esse trabalho fosse realizado.

“Só aquele que permanece inteiramente ele próprio pode, com o passar do tempo, permanecer objeto do amor, porque só ele é capaz de simbolizar para o outro a vida, ser entendido como uma força vital”.

Lou Andreas – Salomé

	PÁG.
RESUMO.....	xxvii
ABSTRACT.....	xxxi
1-INTRODUÇÃO.....	35
1.1-Justificativa deste estudo.....	37
1.2-O mito.....	38
1.3-História.....	39
1.4-Conceito de Diabetes.....	40
1.5-Classificação etiológica do <i>Diabetes Mellitus</i>	41
1.6-Aspectos epidemiológicos.....	42
1.7-Hipertensão arterial.....	43
1.8-Aspectos psicológicos e dificuldades psicossociais.....	46
1.9-Comorbidade psiquiátrica.....	48
1.10-Eventos estressantes.....	51
1.11-Sintomas somáticos e traços de personalidade.....	54
1.12-Significado da doença.....	58
1.13-Complicações e aderência ao tratamento.....	61
2-PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS DESTE ESTUDO.....	65
2.1-Hipótese.....	67
2.2-Objetivo geral.....	67
2.3-Objetivos específicos.....	67
3-PACIENTES E MÉTODOS.....	69
3.1-Casuística.....	71
3.2-Plano piloto.....	71

3.3-Critérios de inclusão - DM2.....	72
3.4-Critérios de inclusão – HAS.....	73
3.5-Instrumentos.....	73
3.5.1-Entrevista semi-estruturada de história de vida.....	73
3.5.2-Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	74
3.5.3-Escala de eventos estressantes.....	74
3.5.4-Inventário Multifásico Minessota de Personalidade (MMPI).....	75
3.6-Recursos humanos, institucionais documentais e bibliográficos disponíveis	76
3.7-Análise dos dados.....	76
3.8-Aspectos éticos.....	77
4-RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	79
4.1-Principais características sociodemográficas.....	81
4.2-História pregressa da moléstia atual.....	90
4.3-Aspectos clínicos da doença.....	94
4.4-Fatores psíquicos correlacionados.....	99
4.5-Fatores socioculturais correlacionados.....	104
4.6-Escala de Beck.....	107
4.7-Significado da doença e aderência ao tratamento.....	110
4.8-Associação entre aderência e o significado da doença.....	121
4.9-Escala de readaptação social de Holmes e Rahe.....	125
4.10-Traços de personalidade (MMPI).....	130
5-CONCLUSÃO.....	137
6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
7-BIBLIOGRÁFIAS CONSULTADAS.....	157
8-ANEXOS.....	161

	PÁG.
Tabela 1- Distribuição dos 53 pacientes com DM2 e 49 pacientes com HAS (grupo comparativo) quanto à idade.....	81
Tabela 2- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao gênero.....	82
Tabela 3- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto à raça.....	84
Tabela 4- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao estado civil.....	84
Tabela 5- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto a ter religião.....	85
Tabela 6- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto à religião praticada.....	85
Tabela 7- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao nível de escolaridade	87
Tabela 8- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação ao trabalho.....	88
Tabela 9- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao lugar de nascimento.	89
Tabela 10- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto a problemas sexuais antes do aparecimento da doença.....	92
Tabela 11- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao aumento do peso corporal antes do aparecimento da doença.....	93
Tabela 12- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto a problemas importantes de saúde (acidentes, internações, etc) antes do aparecimento da doença.....	94
Tabela 13- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao tempo de diagnóstico da doença.....	94
Tabela 14- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao valor da glicemia e da pressão arterial no diagnóstico inicial.....	95

Tabela 15- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto a saber do problema de saúde que eles têm.....	96
Tabela 16- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS acerca da correlação entre vontade divina em relação à enfermidade.....	105
Tabela 17- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS entre o castigo em relação à enfermidade.....	105
Tabela 18- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a fazer controle clínico e laboratorial da doença.....	117
Tabela 19- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a fazer uso de medicamentos e os mais usados.....	117
Tabela 20- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a fazer exercício físico.....	119
Tabela 21- Distribuição dos pacientes DM2 e HAS na escala de eventos estressantes de Holmes e Rahe.....	125

	PÁG.
Gráfico 1-Sintomas físicos antes do diagnóstico de DM2.....	90
Gráfico 2-Sintomas físicos antes do diagnóstico de HAS.....	91
Gráfico 3-Distribuição dos pacientes DM2 em relação às complicações do diabetes.....	97
Gráfico 4-Distribuição dos pacientes HAS em relação às complicações em decorrência da hipertensão.....	97
Gráfico 5-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS no que se refere ao modo de ser em relação à doença.....	99
Gráfico 6-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação ao tipo de personalidade – pessoas ansiosas.....	101
Gráfico 7-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação ao tipo de personalidade – pessoas deprimidas.....	101
Gráfico 8-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação ao tipo de personalidade – pessoas reprimidas.....	102
Gráfico 9-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação ao tipo de personalidade – pessoas autoritárias.....	102
Gráfico 10-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS acerca da correlação entre o tipo de ocupação e a enfermidade.....	104

Gráfico 11-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS acerca a correlação entre o nível socioeconômico e a enfermidade.....	104
Gráfico 12-Classificação do inventário de depressão de Beck (BDI).....	107
Gráfico 13-Categorias relacionadas ao significado da doença – DM2.....	116
Gráfico 14-Categorias relacionadas ao significado da doença – HAS.....	116
Gráfico 15-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a fazer uso de plano especial de alimentação.....	118
Gráfico 16-Grau de aderência por grupo.....	121
Gráfico 17-Associação entre aderência e significado da doença – DM2.....	122
Gráfico 18-Associação entre aderência e significado da doença – HAS.....	123
Gráfico 19-Escala de Holmes e Rahe – DM2	127
Gráfico 20-Escala de Holmes e Rahe – HAS	128
Gráfico 21-Escalas do MMPI.....	130

LISTA DE ANEXOS

	<i>PÁG.</i>
ANEXO 1- Entrevista semi-estruturada de história de vida dos pacientes.....	163
ANEXO 2- Inventário de depressão de Beck (BDI).....	171
ANEXO 3- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.....	175
ANEXO 4- Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI).....	177
ANEXO 5- Termo de Consentimento.....	178

RESUMO

Os diabéticos constituem o grupo humano mais diverso imaginável, que inclui membros do sexo masculino e feminino, de diferentes estratos sociais. A enfermidade pode aparecer em qualquer idade, desde o primeiro ano de vida até a velhice, e nunca desaparece após a sua instalação.

Embora já se tenha bastante conhecimento na área médica, o *Diabetes Mellitus* segue causando significativas dificuldades psicossociais e econômicas na grande maioria dos países.

O diabetes Tipo 2 é característico da idade adulta, sendo sua incidência progressivamente maior com o envelhecimento. Perdas não elaboradas, distúrbios emocionais e eventos estressantes de vida têm sido relatados como relevantes no desencadeamento e no desequilíbrio do diabetes.

O presente trabalho tem por objetivo principal analisar o significado da doença diabética na história de vida desses pacientes, além de avaliar a presença de aspectos psicossociais nas complicações e na aderência ao tratamento.

Para este estudo foram avaliados 53 pacientes com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* Tipo 2 (DM2) que constituiu o grupo de estudo e 49 pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que constituiu o grupo comparativo.

Esses pacientes foram acompanhados no ambulatório *Diabetes Mellitus*, Hipertensão e Obesidade (DMHO) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, durante os anos de 2001 e 2002.

Os instrumentos utilizados foram: entrevista semi-estruturada de história de vida, Inventário de Depressão de Beck (BDI); Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe; Inventário Multifásico Minnnesota de Personalidade (MMPI).

Os resultados mostraram que existe forte correlação entre o significado da doença para esses pacientes e a adesão ao tratamento clínico, no grupo DM2.

O grupo DM2 e o grupo HAS apresentaram distúrbios afetivo/emocionais como: depressão e ansiedade. Ambos os grupos DM2 e HAS apresentaram traços de personalidade hipocondríacas e depressivas.

Os grupos DM2 e HAS identificaram um número significativo de eventos estressantes, ocorridos nos 12 meses anteriores às primeiras manifestações de seus sintomas.

ABSTRACT

Diabetics constitute the most diversified of human groups including members of both sexes from health and of different social layers.

The disease can appear at any age, from the first year until old age, and it never disappears.

Although there is a lot of knowledge in the medical area on the disease, the *Diabetes Mellitus* is followed by significant psychosocial and economic difficulties in most countries.

Type 2 diabetes is characteristic of adulthood; its incidents are progressively greater with age. Non-elaborated losses, emotional/affective disturbances, stressful events in life have been reported as relevant to the appearance and imbalance of diabetes.

It is the main purpose of this research to analyze the meaning of the diabetic disease in the life history of these patients, besides assessing the presence of psychosocial aspects in complications and treatment adherence.

For this study 53 patients with *Diabetes Mellitus* type 2 (DM2) have been evaluated and 49 patients diagnosed as having Systemic Arterial Hypertension (HAS), constitute the comparative group.

These patients have been accompanied in the ambulatory of the *Diabetes Mellitus*, Hypertension and Obesity (DMHO) at the Hospital de Clinical of The Medical Sciences Faculty at Unicamp during their years 2001 and 2002.

The instruments used were: semi – structured life history interview, Beck Depression Inventory (BDI), Holmes e Rahe social readaptation scale, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Results showed that there is a strong correlation between the meaning of the disease for these patients and clinical treatment adherence in DM2 group. DM2 group and HAS group have presented affective / emotional disturbances like depression and anxiety. Both groups DM2 e HAS presented depressive and hypochondrial personality traits.

The DM2 and HAS groups identified in significant numbers stressful events in their lives which have occurred during the 12 months that preceded the manifestation of the first symptoms of the disease.

1- INTRODUÇÃO

1.1-JUSTIFICATIVA DESTE ESTUDO

A importância em realizar um estudo sobre este tema consiste nos seguintes fatores:

Entre os anos 2000 e 2010 deverão existir, respectivamente, 175 milhões a 239 milhões de diabéticos em todo mundo. Estima-se que no Brasil existam mais de 5 milhões de diabéticos, dos quais metade desconhece o diagnóstico. O *Diabetes Mellitus* implica em altos índices de morbidade e mortalidade.

Além do período de vida ser encurtado, a qualidade de vida das pessoas com *Diabetes Mellitus* e de suas famílias sofre profundo impacto. Contribui também para isso, a freqüente e injusta discriminação do indivíduo diabético no acesso ao trabalho e aos planos de saúde.

O *Diabetes Mellitus* é a segunda doença crônica mais comum na infância e na adolescência.

A cada década, sua incidência é maior, atingindo hoje 10% da população no Estado de São Paulo. Sua importância, nas últimas décadas, vem crescendo em decorrência de vários fatores como maiores taxas de urbanização, industrialização, sedentarismo, obesidade, estresse e aumento da expectativa de vida, sendo que a longevidade expõe, por muito mais tempo, o indivíduo a todos esses fatores determinantes da doença. Conhecer melhor todas as situações envolvidas na gênese dessa afecção tornou-se, pois, cada vez mais necessário. A prioridade constante são os determinantes biológicos da gênese da doença.

Enquanto a pesquisa biológica tem descoberto fatores bioquímicos e celulares que, por si só, não conseguem explicar toda a gravidade da doença, a pesquisa dos aspectos psicológicos ainda é insuficiente e está em defasagem para o conhecimento global desta alteração.

É muito freqüente que o paciente apresente transtornos graves do diabetes como consequência de descontrole emocional. DEBRAY (1995) diz que para cada diabético deverá existir um jogo interdependente, variável entre dois elementos: o que decorre do peso dos fatores genéticos e outro dos traumas desencadeantes.

Analisar, na história de vida desses pacientes, os aspectos psicossociais que desequilibram seu mundo mental, levando muitas vezes à morte é de grande importância para a melhoria do atendimento, colaborando assim com mais dados para uma melhor política de saúde e educação para os diabéticos.

1.2-O MITO

O rei Tântalo e o castigo eterno

A cena passou-se no dia em que Tântalo convidou os deuses, seus amigos, para um grande banquete em seu palácio.

Todos os imortais do Olimpo compareceram. Não imaginavam as más intenções de Tântalo, o rei da Frígia, apesar dos inúmeros erros que cometera. Uma vez revelara a seus amigos mortais, conversas que eram de exclusivo interesse dos deuses. Em outra ocasião, roubara néctar e ambrosia para deliciar suas concubinas. E o cão de Júpiter, que pedira emprestado a Mercúrio, Tântalo não se incomodava em devolver.

Parecia até que este abastado e irreverente senhor de terras estava querendo brincar com os deuses.

Perfumadas e fumegantes, as travessas de iguarias atravessavam o salão em todas as direções. Criados engalanados colocavam nos pratos dos divinos comensais enormes porções de carne rosada. Não percebiam que, involuntariamente, se tornavam cúmplices de um duplo crime.

Sentia-se, porém um clima de suspeita. O olhar de Tântalo traía intenções malvadas. Os imortais contemplavam o prato e não se moviam. Apenas Ceres nada percebia. Com gesto delicado, serve-se de sua parte. Mas, ao provar o alimento, verifica tratar-se de carne humana: uma espádua.

Os deuses erguem-se indignados. É a última brincadeira do rei da Frígia. Brincadeira trágica demais: o corpo servido no banquete pertencia ao próprio filho do anfitrião.

Era um crime para a fúria implacável das Erinias. Além de ser um desafio à paciência e à sabedoria dos imortais olímpicos. Homicídio e sacrilégio. Punição: o Tártaro.

Para Tântalo, o inferno era um imenso lago. Com água pela garganta, o condenado não podia saciar a sede eterna, pois o líquido fugia-lhe da boca, recusando-se a lhe umedecer a garganta. Com árvores cobertas de frutas do lado não podia aplacar sua fome, pois os galhos escapavam-lhe das mãos.

E Tântalo sonhava com assados e néctares, dispostos numa grande mesa preparada para ele, só pra ele. Porém nunca poderia alcançá-los, por mais que se esforçasse.

Se tentarmos interpretar neste mito, os conteúdos que nos interessam, do ponto de vista dos pacientes diabéticos, podemos ver que os frutos despertam nossas associações com a glicose de que o diabético necessita e não logra utilizar. Do mesmo modo, a água, na qual ele está submerso até a garganta, e que não consegue beber, pode ser interpretada como o símbolo inconsciente da perda de “suas águas”.

1.3-HISTÓRIA

O conhecimento sobre o diabetes é anterior à Era Cristã. Para ARDUÍNO (1980) o papiro de EBERS (1.500 a.C.) descreve uma enfermidade associada a uma diurese excessiva. CELSUS (30 a.C. – 50 d.C.) reconheceu o quadro, porém, somente dois séculos mais tarde, outro médico grego, Areteo de Capadócia, cunhou o nome de diabetes, significando sifão. Nos séculos III a VI d.C. há descrições na China, Japão e Índia a respeito de uma condição associada à poliúria, com urina doce e adesiva. Entretanto, mesmo que durante séculos houvesse a suposição de que a urina do diabético fosse açucarada, coube a WILIS, em 1674, a observação “... como imbuída de mel e açúcar”, estabelecendo-se assim a denominação *diabetes mellitus* (mellitus = mel). Um século mais tarde, ROBSON demonstrou que a doçura da urina se devia à presença de açúcar.

Desde as primeiras descobertas a respeito do diabetes, os avanços em sua compreensão foram lentos até os meados do século XIX. Em 1921, Banting e Best conseguiram obter a insulina pancreática; em 1923, pelo prosseguimento de suas pesquisas, a insulina simples ou regular passou a ser disponível para o tratamento. Na década de trinta,

após os trabalhos de Hagedorn, surge a insulina de ação prolongada, a NPH (Neutral Protamine Hagedorn) a qual passou a ser utilizada pelos pacientes do tipo 1, ou DMID, desta enfermidade até os dias de hoje.

1.4-CONCEITO DE DIABETES

Pelo “Report Of The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of *Diabetes Mellitus*” (1997), *Diabetes Mellitus* é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeito na secreção e na ação da insulina, ou ambas. A manutenção da hiperglicemia determina alterações, disfunções e falência de vários órgãos, especialmente a visão, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

A deficiência da ação da insulina resulta da inadequada secreção e/ou diminuição tecidual da resposta insulínica em um ou mais pontos da complexa sinalização da ação deste hormônio. Defeitos na secreção e na ação da insulina podem coexistir em vários pacientes, determinando a causa da hiperglicemia (Report Of The Expert Committee, 1997).

A sintomatologia clássica da hiperglicemia inclui poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso e borramento visual. Alterações no crescimento e facilitação de processos infecciosos também acompanham a hiperglicemia crônica. Complicações da hiperglicemia aguda são a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar. Complicações crônicas incluem: retinopatia diabética com potencial perda visual, nefropatia diabética, com insuficiência renal; neuropatia periférica, com risco de ulcerações e amputações de membros; neuropatia autonômica causando alterações gastrintestinais, geniturinária, sintomas cardiovasculares e disfunção sexual (Report Of The Expert Committee, 1997).

Pacientes com diabetes têm um aumento da incidência de aterosclerose cardiovascular e vascular periférica e de doenças cerebrovasculares (Report Of The Expert Committee, 1997).

Hipertensão, alterações no metabolismo de lipídeos e doenças periodontais são freqüentemente encontradas na população diabética. O impacto emocional e social do diabetes e das demandas da terapêutica, podem causar significativas disfunções

psicossociais nos pacientes e em seus familiares (Report Of The Expert Committee, 1997).

1.5-CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DO *DIABETES MELLITUS*

(Report Of The Expert Committee, 1997)

I. Diabetes tipo 1 (destruição das células β , usualmente determinando uma deficiência absoluta de insulina.

A. Mediação imunológica

B. Idiopática

II. Diabetes tipo 2 (predominância da resistência à insulina com relativa deficiência insulínica e defeito na secreção do hormônio)

III. Outros tipos específicos

A. Defeitos genéticos da função da célula β

1.Cromossomo 12, HNF-1 α (MODY3); 2.Cromossomo 7, glucoquinase (MODY2); 3.Cromossomo 20, HNF-4 α (MODY1); 4.DNA mitocondrial; 5.Outros

B. Defeitos genéticos na ação da insulina

1. resistência à insulina tipo A; 2.Lepra; 3.Síndrome de Rabson-Mendenhall; 4.Diabetes lipoatrófico; 5.Outros

C. Doenças do pâncreas exócrino

1.Pancreatite; 2.Pancreatectomia/trauma; 3.Neoplasia; 4.Fibrose cística; 5.Hemocromatose; 6.Pancreatopatia fibrocalculosa; 7.outras

Endocrinopatias

- 1.Acromegalia; 2.Síndrome de Cushing; 3.Glucagonoma; 4.Feocromocitoma;
- 5.Hipertireoidismo; 6.Somatostinoma; 7.Aldosteronoma; 8.Outras

E. Indução química ou por drogas

- 1.Vacor; 2.Pentamidine; 3.Ácido nicotínico; 4.Glicocorticóides; 5.Hormônio tireoideano; 6.Dióxidos; 7.Agonistas β adrenérgicos; 8.Tiazídicos;
- 9.Dilantin; 10. α -interferon; 11.outras

F. Infecção

- 1.Rubéola congênita; 2.Citomegalovírus; 3.outras

G. Formas incômunas de diabetes imunológico

- 1.Síndrome “ Stiff-man”; 2.anticorpo anti-receptor de insulina; 3.outras

H. Outras síndromes genéticas associadas com diabetes

- 1.Síndrome de Down; 2.Síndrome de Klinefelter; 3.Síndrome de Turner;
- 4.Síndrome de Wolfram; 5.Ataxia de Friedreichs; 6. Coréia de Huntington;
- 7.Síndrome de Lawrence Moon Beidel; 8. Distrofia miotônica; 9.Porfíria;
- 10.Síndrome de Prader Willi; 11.Outras

I. *Diabetes mellitus* gestacional

1.6-ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

No que diz respeito à epidemiologia do *Diabetes Mellitus*, calcula-se que a incidência mundial de pacientes diabéticos seja de 10%, sendo 90-95% destes do tipo 2, dados estes que vêm aumentando nas últimas décadas (Consenso Brasileiro de Diabetes, 1997).

Estudos de LISBÔA et al. (2000) referem que a prevalência de diabetes tipo 2 no Brasil é de 7,6 %, estimando-se que 46,5% não sejam diagnosticados.

Entre os fatores citados para o aumento na prevalência destaca-se a obesidade.

Brasil. Ministério da Saúde, Orientação Básica para o Diabetes (1994), aponta que 33% da população brasileira adulta apresenta sobrepeso, problema encontrado em todos as classes socioeconômicas.

A Organização Mundial de Saúde (1993) aponta o *Diabetes Mellitus* como a terceira causa de morte em todo mundo. Sendo assim, pode-se inferir a importância do diagnóstico e tratamento desta afecção.

Uma das complicações do *Diabetes Mellitus* é a hipertensão arterial.

1.7-HIPERTENSÃO ARTERIAL

Para entendermos o que é hipertensão arterial, primeiro é necessário conceituá-la. A pressão arterial é a força que o fluxo sanguíneo exerce nas artérias. Através de sua medição, dois valores são registrados: o maior, quando o coração se contrai bombeando o sangue (pressão sistólica) e, o inferior, quando o coração relaxa entre duas batidas cardíacas (pressão diastólica).

Hipertensão arterial ou pressão alta ocorre quando a pressão sistólica em repouso é superior a 140 mmHg ou quando a pressão diastólica em repouso é superior a 90 mmHg, ou ambas (Brasil. Ministério da Saúde, 1993).

O estágio atual do nosso conhecimento tem apontado para hipertensão arterial como uma doença multifatorial, ou ainda, tem-se revelado como resultante de um desequilíbrio no complexo conjunto de estruturas orgânicas responsáveis pela manutenção de um fluxo sanguíneo adequado às necessidades tissulares. Situam-se nesse grupo, 90% das hipertensões arteriais. Somente 10% constituem-se de causas específicas de elevação da pressão arterial.

É interessante registrar que, apesar de exaustivas pesquisas clínicas e experimentais, não se encontrou ainda um denominador comum para a etiologia da hipertensão.

Pesquisas recentes, como as de ABBOUD (1982), DAVIDMAN e OPSHAL (1984) têm apontado para um defeito genético da permeabilidade da membrana de algumas células (glóbulos brancos e vermelhos, células tubulares renais, células da musculatura lisa dos vasos e dos neurônios adrenérgicos, que promoveriam maior retenção de sódio intracelular).

Embora não se tenha definido com exatidão o sítio primário de desregulação da pressão arterial, parece haver um distúrbio genético promovendo a hipertensão. Tal fato é sugerido, antes de mais nada, pela incidência maior de hipertensão em famílias de hipertensos (SHAPIRO e GOLDSTEIN, 1982).

Segundo revisão feita por HERMANN et al. (1976), a tendência hereditária parece estar presente em cerca de 45 a 75% de todos os pacientes.

Por outro lado, a hipertensão só se revela clinicamente, na maioria das vezes, dos 20 aos 40 anos de idade, parecendo haver necessidade de um fator acumulativo que, no decorrer dos anos, torne a hipertensão sustentada.

Na verdade, dois fatores ambientais têm se destacado nas pesquisas sobre hipertensão: a ingestão de sal e o estresse.

Determinadas comunidades que não ingerem sal não desenvolvem hipertensão nem registram elevação da pressão arterial com a idade, como ocorre com os índios ianomâmis, segundo pesquisa desenvolvida por CARVALHO (1983).

Muitas outras pesquisas, como as desenvolvidas por DAVIDMAN e OPSHAL (1984), SHAPIRO e GOLDSTEIN (1982), enfatizam o papel do sal na gênese da hipertensão.

Com relação ao estresse, existem várias pesquisas em homens e animais, que têm demonstrado a elevação da pressão arterial diante de variados estímulos ambientais estressantes, como podemos constatar nas revisões feitas por vários autores; SHAPIRO e GOLDSTEIN (1982), MANN (1984), HARREL (1980).

Os primeiros estudos psicanalíticos sobre a hipertensão ganharam destaque com ALEXANDER (1987) ao descrever a "personalidade hipertensiva".

Para ALEXANDER (1987), esses indivíduos manteriam um núcleo de hostilidade reprimida e dependência que os faria reagir hipertensivamente.

Em seus estudos observou que impulsos agressivos, inibidos, crônicos, que estariam associados à ansiedade, influenciam, de maneira marcante, o nível da pressão sanguínea.

ALEXANDER (1987) relata que pacientes com hipertensão são, com frequência, sexualmente inibidos e, devido ao grau acentuado de suas inibições, estes pacientes são menos eficientes em suas atividades ocupacionais, tendendo, então, a fracassar na competição com os outros. Este fracasso por sua vez, provoca mais sentimentos de inferioridade e hostilidade e o resultado é um círculo vicioso que persiste.

O hipertenso vive um conflito entre a hostilidade interior e sua inibição, havendo um gasto de energia muito grande.

Para esse autor, os impulsos hostis reprimidos estão presentes nos distúrbios da atividade cardíaca e estão associados à ansiedade.

SILVA (2000), ao falar do coração, afirma que a incapacidade de expressar emoções e sentimentos - incluindo agressividade - resulta em importante mecanismo de agressão ao corpo e, por conseguinte, em causa de doenças.

Podemos pensar que, apesar da tentativa de se descrever uma personalidade hipertensiva, ou mesmo de identificar determinadas características psicológicas que se correlacionam com a hipertensão, os resultados não são confluentes. Na verdade, existiriam subgrupos de hipertensos com diferentes padrões comportamentais. Tais padrões apontariam para núcleos conflitivos básicos e particulares para cada paciente. A detecção de alexitemia, hostilidade reprimida, ansiedade, etc, não justificaria diretamente a hipertensão, mas revelaria a presença de um núcleo de tensão, este sim, desencadeante e/ou mantenedor dos elevados níveis de pressão arterial. (MELLO Fº 1992)

Outros fatores têm sido relacionados com geradores de hipertensão:

- ♦ nível baixo de renda e educação (SEAR, 1982);
- ♦ desemprego (KASL e COBB, 1980);

- ◆ elevado número de horas de trabalho (RIBEIRO e COL, 1981);
- ◆ competitividade e interação social (STEPTOL, 1984);
- ◆ desajustes familiares (HAFNER, 1983) e
- ◆ situações de perda e separação (SVENSSON, 1983).

O que parece claro é que qualquer tipo de estresse experimental ou ambiental eleva a Pressão Arterial. Nos hipertensos essa elevação é mais intensa e prolongada.

Em síntese, a hipertensão parece se dever a:

1. hipersensibilidade orgânica;
2. núcleo de tensão intrapsíquico;
3. fatores estressantes ambientais, sendo que o primeiro seria predisponente, o segundo energizador e o terceiro, desencadeante.

1.8-ASPECTOS PSICOLÓGICOS E DIFICULDADES PSICOSSOCIAIS

HOLMES (1990) acredita que nos Estados Unidos cerca de metade da carga de morbimortalidade é devido a quadros de diabetes e deriva dos fatores de risco pela falta de cumprimento dos protocolos terapêuticos e de respostas inadequadas às pressões sociais. Por isso enfatiza a importância do potencial da investigação ou do estudo e do tratamento destas posturas.

Em consequência, inúmeros estudos tentam compreender melhor os aspectos psicológicos e as dificuldades psicossociais envolvidas no tratamento do diabetes, como os citados abaixo:

SURWIT (1992) apresenta estudos evidenciando o papel do estresse no diabetes. Examinaram possíveis influências dos estressores sociais no desenvolvimento do diabetes e no controle metabólico.

JACOBSON (1992) observa que o estresse mediado através de efeitos do Sistema Nervoso Central autônomo pode influenciar o desenvolvimento do *Diabetes Mellitus* não dependentes de insulina. As evidências encontradas sugerem que os indivíduos com essa enfermidade possuem alterações na sensibilidade adrenérgica do pâncreas e, talvez, em outros órgãos, as quais podem torná-los particularmente sensíveis às estimulações estressantes do ambiente.

GILL (1991) identificou que o diabetes interfere no ajustamento psicossocial desde o surgimento da enfermidade, havendo fragilidade nas posturas dos pacientes e de seus familiares, com manifestações de tristeza moderada, ansiedade, sentimentos de desamparo, de raiva, de isolamento social e de depressão, sendo freqüentes, além da negação, deficiências egóicas e dificuldades na auto-imagem.

BERNBAUM (1993), estudando pacientes *Diabetes Mellitus* Tipo 2, verificou que esses possuem percentuais bem mais elevados de prejuízos sociais, com maior isolamento social, maior ausência ao trabalho, aposentadoria precoce e menor satisfação em seu tempo livre ou qualidade de vida, além de maior número de crises depressivas, sofrimento psíquico e dificuldades de relacionamentos conjugais ou sociais.

MARBLE (1990) identifica que ser diabético coloca a pessoa numa condição especial em qualquer momento do ciclo vital, não se tratando ela de uma pessoa igual às outras; tudo para ela passa a ser diferente, devendo haver vigilância permanente sobre sua vida, fato que não é comum entre os demais indivíduos sadios.

GILL (1991) aponta que ansiedades em relação aos cuidados com administração da insulina, exames laboratoriais freqüentes e temores relacionados com as repercussões negativas da enfermidade podem gerar fobias e compulsões, ambas com resultados negativos no desenvolvimento dessas ansiedades. Ainda, segundo GILL (1991), outros estudos têm mostrado a existência de um aumento da morbidade psiquiátrica entre pacientes diabéticos, campo aberto a pesquisas pela impossibilidade atual de universalização dos resultados.

AMIEL (1994), em relação aos pacientes diabéticos mais idosos, diz que em virtude das novas técnicas de diagnóstico, já existe o conhecimento de que podem desenvolver deteriorações cognitivas ou demenciais significativas.

SARICA, K.; ARITAN, N.; SEREL, A. (1994) estudaram a impotência sexual em diabéticos e concluíram que há significativa presença de patologias neurológicas e vasculares entre eles, além de transtornos psicogênicos secundários ao início da impotência orgânica.

Estudos realizados pelo Report Of The Expert Committee (1997) apontam que o diabetes é a segunda maior causa de impotência.

O tipo e a duração do diabetes, além do pobre controle metabólico determinam complicações crônicas como: microangiopatia e neuropatia autonômica, determinando a severidade da disfunção sexual.

Discute-se, atualmente, que além da alteração neuropática periférica, neuropatias autonômicas centrais estariam envolvidas na gênese da impotência.

SCALCO, A.; PEREIRA, A. ; D'ELLA, F. (1996) mostram que variações no humor ligadas ao ciclo menstrual em mulheres diabéticas são capazes de promover mudanças no estado emocional, no comportamento alimentar, além de provocar ideações e tentativas de suicídio, distúrbios de sono, e ainda quadros disfóricos pré-menstruais.

Desta forma, as comorbidades associadas aos pacientes diabéticos têm sido citadas por inúmeros autores (GAVARD, et al. 1993; PEYROT, 1997) sendo de grande importância. Sobre elas destacaremos:

1.9-COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA

O conceito de comorbidade é praticamente recente; as primeiras definições foram propostas na década de 70. KLERMAN (1990) diz que embora seja uma palavra sofisticada e de nenhum valor significativo para os pacientes, não devemos esquecer que

esse conceito é simplesmente o resultado de uma situação real: a alta frequência de diagnósticos múltiplos tem desacreditado a crença popular de que é improvável um determinado paciente apresentar mais que um distúrbio. A primeira definição de comorbidade foi proposta por FEINSTEIN (1970) como “uma entidade clínica distinta que pode existir ou que existiu durante a história clínica da doença de um paciente”.

Poucos anos depois KAPLAN e FEINSTEIN (1974) propuseram três subgrupos distintos de comorbidade: patogênicas, diagnóstica e prognóstica.

Comorbidade patogênica significa que uma doença em particular conduz a outras doenças e complicações. Um exemplo disso é a ligação entre diabetes e insuficiência renal, em que a segunda é complicação da primeira.

Comorbidade diagnóstica expressa a possibilidade de que alguns sintomas ou síndromes são conseqüências de duas entidades clínicas distintas. Um exemplo é a dispnéia secundária à asma e falha do ventrículo esquerdo.

Comorbidade prognóstica ocorre quando dois distúrbios predispoem o paciente a um terceiro. Um exemplo é o risco mais alto de alcoolismo em um paciente com personalidade adictiva e depressiva.

Sobre este assunto e suas implicações, levantamentos realizados pela Associação Americana de Diabetes (1995) constataam que embora uma em cada duas pessoas perguntadas saiba o nível de sua pressão arterial, apenas uma em cada dez, sabia o seu nível de glicemia.

Desta feita, é necessário o diagnóstico precoce, o acompanhamento adequado e abrangente e educação do próprio paciente sobre a doença e todas as suas implicações pois estas são as únicas e maiores armas de que a medicina dispõe para o bom controle e prevenção das complicações do diabetes.

A ignorância leva a uma infinidade de mitos e preconceitos. O paciente mal informado sobre a sua doença tende a negá-la e tem muitos medos. Hoje se sabe, de uma maneira comprovada por meio de um estudo que é um marco importante para o tratamento

do diabetes, “que o bom controle, isto é, a manutenção da glicemia e demais parâmetros glicêmicos dentro dos limites normais, pode impedir a frequência e a intensidade dessas complicações e pode reduzir, ou mesmo estacionar, a progressão das complicações crônicas”, (DCCT,1993) como: cegueira, amputações, doenças cardíacas, doenças renais, depressão, ansiedade e somatizações.

GAVARD et al. (1993) diz que em vários estudos empíricos (TALLBOT e NOUWEN (2000), PALINKAS (1991), PEYROT e RUBIN (1989; 1997)), a depressão tem sido apontada como mais prevalente em adultos com diabetes do que na população geral. Os dados para a alta prevalência de taxas de depressão em pacientes diabéticos ainda não são bem compreendidos.

Um trabalho de revisão entre a relação da depressão e diabetes feito por TALLBOT e NOUWEN (2000) levanta duas hipóteses para a ocorrência ou recorrência da depressão nestes doentes. A primeira hipótese diz que uma característica essencial da ocorrência de depressão em indivíduos acometidos de uma doença orgânica é decorrente de um distúrbio proeminente e persistente do humor por causa dos efeitos fisiológicos dessas desordens físicas. A segunda hipótese especifica que a depressão resulta dos estresses e esforços associados a uma condição médica crônica e suas conseqüências debilitantes.

Além disso, a comorbidade de depressão com doenças orgânicas está associada com muitos gastos para o sistema de saúde, causando enormes prejuízos aos cofres públicos (EGEDE 2002).

Assim como a depressão, a ansiedade também é verificada nos pacientes com doenças crônicas.

MILLER DE PAIVA (1996) fala que os estados de ansiedade determinados por temores, dúvidas, fantasias, apreensões e dependência aos diabéticos são frequentes.

Encontram-se quase sempre interligados ao desejo de retomar o controle da vida, através do controle da doença e podem ser desencadeados ou agravados por alterações da auto-imagem e do autoconceito, sentimentos de desvalia, perda, condutas invasivas constantes e temor à mutilação.

Em associação aos estados de ansiedade e culpa, podem estar presentes distúrbios neuróticos, como: medos específicos e fobias, comportamentos compulsivos e/ou ritualizados, inaptidão para tomar decisões, sensação geral de inadequação, impotência e desvalorização.

Freqüentemente observa-se que dificuldades psicológicas e emocionais são negligenciadas, principalmente quando acompanhadas de uma patologia física mais emergente e potencialmente fatal. No entanto, o profissional de saúde deve sempre estar atento à comorbidade de doenças psíquicas com as físicas, sob o risco de não tratar seus pacientes adequadamente e holisticamente.

Um dos aspectos mais ressaltados nos aspectos psicossociais das histórias de vida dos pacientes diabéticos tem sido o estresse. Desta forma, abordar-se-á mais profundamente o assunto no item a seguir:

1.10-EVENTOS ESTRESSANTES

Se a ética do homem de ciência consiste em "descobrir as coisas tais como elas são" (ELIAS, 1994), a missão da sociologia e das ciências psicossociais é a de desvelar os mitos, as ideologias, as ilusões que lhes fazem obstáculo.

Seria possível analisar os eventos de vida estressantes dos pacientes diabéticos e hipertensos com um olhar psicossocial, buscando favorecer a descoberta de um sentido, de um significado, que dissolvam as ilusões e representações de ordem imaginária ou mítica, que parecem dar sentido a essas doenças? Sabe-se que o mesmo evento pode ser experimentado apenas como desagradável para alguns indivíduos e catastrófico para outros, podendo gerar doenças e até a morte.

Os eventos de vida estressantes são conceituados como uma mudança no ambiente social ou pessoal do indivíduo (PAYKEL, 1987).

A existência de uma associação entre eventos de vida e transtornos psiquiátricos ou de outras especialidades médicas (asma, infarto do miocárdio, hipertensão, alterações tireoideanas, etc.) já é bem estabelecida (LIEM e LIEM, 1978; MILLER, 1988). Existe um campo aberto para pesquisas dos eventos de vida em relação à magnitude dessa

associação, como ela ocorre e quais eventos de vida seriam relevantes ou desestruturantes para um indivíduo.

As contribuições dadas por DOHRENWEND e DOHREWEND (1970) são numerosas e fazem parte de um trabalho contínuo sobre o assunto. Ao ressaltar a importância dos eventos, assinala que:

... se o stress socialmente induzido é um fator importante na etiologia de vários tipos de desordens psiquiátricas, na população em geral, então os eventos de vida, tais como casamento, nascimento do primeiro filho, perda de emprego e morte de uma pessoa amada, são estratégicos como fenômenos mais próximos, através dos quais, tais estresse são transmitidos aos indivíduos.

BARATTA et al. (1987), evidenciaram que indivíduos italianos tendiam a perceber os eventos estressantes de modo menos perturbador do que indivíduos ingleses, indicando que, além da natureza do evento e das características individuais, diferenças transculturais podem interferir na percepção do evento.

Os eventos de vida podem ser considerados como distribuídos de maneira aleatória na população geral, portanto, indivíduos teriam probabilidades semelhantes de exposição a eles. Entretanto, fatores ambientais sistemáticos podem influenciar de maneira decisiva na exposição a esses eventos de vida estressantes. Segundo amplo estudo prospectivo realizado em população feminina com filhos em idade escolar, houve evidência de uma maior tendência de situações descritas como estressantes naquelas mulheres em situação de desvantagem social (estado civil, nível salarial, etc.) e naquelas portadoras de índices mais elevados de neuroticismos^{1*} do que os demais grupos (FERGUSSON e HORWOOD, 1987).

A avaliação de índices de suporte social (significando o apoio disponível através de laços sociais com outros indivíduos, grupos e a comunidade maior) em população residente nos EUA, de origem chinesa, revelou que os eventos de vida estressantes correlacionavam-se com maior presença de sintomatologia cardíaca, e que a falta de suporte social contribuiu de maneira significativa para o aumento na intensidade desses

^{1*} Neuroticismo: afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem raízes na história infantil do sujeito e constitui compromisso entre o desejo e a defesa. (Laplanche e Pontalis, 1999)

sintomas (LIN et al, 1979). O suporte social, entretanto, não pode ser considerado exclusivamente como uma propriedade do meio ambiente, mas também como uma função da personalidade, evidenciando o quanto o indivíduo consegue desfrutar de uma determinada organização social (WEST et al, 1986).

HANSON et al. (1987) salientaram que os efeitos do estresse no controle metabólico de adolescentes diabéticos eram tamponados em indivíduos com escores elevados, quando avaliados com relação à sua competência social. Aqueles com baixo escore neste item, tinham uma piora marcada do controle metabólico (demonstrado através da medida de hemoglobina glicosilada) em respostas a eventos estressantes de vida e, aqueles com alto escore, demonstraram mínimas mudanças no controle metabólico.

RAMIREZ (1989) demonstrou a associação entre os eventos estressantes e a primeira recidiva do câncer de mama operável.

KUNE et al. (1991) demonstraram um aumento na incidência de eventos estressantes de vida, precedendo o início do câncer colorretal.

O mais conhecido dos instrumentos utilizados para medir eventos vitais é a Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (1967). Baseia-se na preposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas em sua vida, cria um desgaste que pode levar a doenças sérias.

Os pesquisadores citados acima, a partir da experiência clínica, elaboraram um questionário contendo 43 eventos da vida. Os eventos quer fossem comuns, quer envolvessem relações sociais e interpessoais incomuns, pertenciam às principais áreas de significado na estrutura social. Foram incluídos acontecimentos sobre constelação familiar, casamento, ocupação, relações grupais, recreação, saúde e outros, indicando não somente o estilo de vida do indivíduo mas também ocorrências envolvendo o indivíduo.

SAVOIA (1995) em sua tese de doutorado, utilizando a escala de Holmes e Rahe (1967) e um protocolo de pesquisas realizados no Ambulatório de Ansiedade do HC-FMUSP (ANVAN), fez uma modificação, no sentido de formar categorias a partir dos 43 eventos da escala. Foram construídas seis categorias: trabalho, perda de suporte social,

família, mudanças no ambiente, dificuldades pessoais e finanças.

Nesta pesquisa, como se verá adiante no item Resultados e Discussões, foi utilizada a escala de HOLMES e RAHE (1967) e para os resultados finais dividiram-se os eventos, classificando-os nestas seis categorias propostas por SAVOIA (1995).

A seguir, far-se-á uma revisão bibliográfica mais detalhada sobre os aspectos da personalidade dos pacientes diabéticos:

1.11-SINTOMAS SOMÁTICOS E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

O estudo das relações mente-corpo é um dos temas que vem assumindo progressiva importância no contexto da medicina, no século atual, permitindo uma nova visão do fenômeno da doença.

O conhecimento destas interações tem acompanhado a própria história da medicina e está presente em significativas obras de literatura, de todos os tempos, através do conhecimento que os grandes pensadores têm dos problemas que caracterizam a natureza humana.

Embora a doença seja definida como "entidade nosológica" para BARBÉ (1970) é preciso reconhecer que o indivíduo faz sua doença, independente do diagnóstico, da evolução conhecida, do prognóstico e dos recursos terapêuticos empregados. O que se constata diariamente, é que o indivíduo dá um curso pessoal ao seu "enfermar" atribuindo significados à sua doença, ao seu médico, ao tratamento e a toda a situação. Embora existam processos típicos e evoluções características dos quadros, e é isto, aliás, o que permite que a medicina se constitua como saber objetivo, também existem incontáveis variações individuais que não podem ser todas caracterizadas como exceções, e muito menos como novos quadros nosológicos. O indivíduo "faz" a sua doença, determina o sucesso ou o fracasso do tratamento que lhe é prescrito; "escolhe" a saúde ou a doença e, dentro de certos limites, a vida ou a morte.

DUNBAR (1943) foi a primeira a identificar particularidades no funcionamento mental dos doentes atingidos por afecções somáticas crônicas. Entre as doenças crônicas estudadas, encontravam-se a hipertensão arterial, a coronariopatia, a asma e o diabetes.

Nos estudos de Dunbar, as doenças crônicas se caracterizavam pela pobreza das representações mentais e pela ausência dos testemunhos habituais da atividade psíquica: recalçamento, retorno do recalçado, etc.

A partir de 1947, psicanalistas franceses enfatizaram o estudo das doenças crônicas. MARTY (1993), determina novas hipóteses para o estudo de pacientes orgânicos e amplia a concepção da psicossomática, através da tese que "o homem é psicossomático por definição".

Neste enfoque prioriza estudar o dinamismo de diferentes tipos de personalidade dos pacientes somáticos e a inter-relação entre ambos.

Esses trabalhos levaram à noção de que esses doentes têm em comum uma particularidade clínica: a alexitimia. A palavra alexitimia é de origem grega e significa: a = falta; lexis = palavra e thimo = emoção, podendo ser definida como "sem palavras para a emoção" segundo SIFENEOS (1973).

Segundo TAYLOR (1987) e MC DOUGALL (1982), o indivíduo alexitímico apresenta uma forma peculiar para lidar com os eventos estressantes, ou seja, diante deles não desenvolve sintomas neuróticos. Este indivíduo tende a não reprimir as idéias perturbadoras e os afetos dolorosos. Revela uma dificuldade para simbolizar conflitos instintivos e fantasias, conseqüentemente, a energia instintiva acaba afetando diretamente o corpo. Possui maior propensão a apresentar enfermidades físicas e alterações estruturais.

MARTY (1993), observou em seus pacientes um empobrecimento na capacidade de simbolização, ausência de sonhos, de lapsos, de devaneios e de atividade criativa.

SAMI ALI (1995), diz que são pacientes extremamente voltados para a adaptação; que apresentam, freqüentemente, no lugar de manifestações psíquicas ou emocionais, expressões corporais, mímicas faciais, manifestações senso-motoras e dores físicas.

Esse conjunto de manifestações, caracterizados essencialmente pelo excesso de importância ao factual e ao presente, por comportamentos automáticos e adaptativos, por uma ruptura com o inconsciente e com a sexualidade, por uma alienação da própria história, pela negligência do passado e incapacidade de projeção para o futuro, foi denominado por MARTY (1993) de pensamento operatório.

As dinâmicas afetivas específicas de tais pacientes foram conceitualizadas por MARTY (1993) sob o nome de Depressão Essencial.

Para Marty (1993), a Depressão Essencial não denota nenhum trabalho de elaboração. Ela se apresenta como uma depressão sem objeto, caracterizada, principalmente, por um rebaixamento do tônus libidinal e por um desamparo profundo do próprio sujeito.

DÉJOURS (1997), DEBRAY (1995) revelam, em seus estudos, que nos pacientes diabéticos são freqüentes os "estados de desamparo" e isso nos lembra a situação do recém-nascido, inteiramente dependente de outrem para a satisfação de suas necessidades e impotente para realizar a ação específica para pôr fim à excitação interna.

É freqüente também nesses pacientes a "angústia não representada", que não é acompanhada por nenhuma representação mental, nenhuma imagem, e não consegue dar margem a nenhuma verbalização.

Esses autores também observaram que é comum nos pacientes diabéticos a Depressão Essencial caracterizada pela ausência de culpa, vergonha, pessimismo e dor moral.

Para DEBRAY (1995), nos diabéticos, a hiperglicemia e a cetose podem ser agravadas pelas tensões psicológicas. Além disso, alguns diabéticos apresentam um desequilíbrio metabólico persistente, a despeito de uma conduta tecnicamente correta (insulinoterapia, regime alimentar, auto-supervisão), na ausência de qualquer causa banal de desequilíbrio (infecção, etc.) e até na ausência de qualquer perturbação grave do comportamento diante do tratamento de seu diabetes.

DÉJOURS (1997) diz, por outro lado, que a psicoterapia de alguns diabéticos pode influenciar favoravelmente, além do estado mental, o controle metabólico.

Assim pode-se pensar que a melhora do funcionamento mental deverá traduzir-se num melhor controle da glicemia e, talvez, a longo prazo, numa lentificação da ação da doença e das complicações degenerativas.

KOPSTEIN (1981) coloca que “o aspecto mais importante no processo de reabilitação clínica e social do doente crônico está ligado às características de sua personalidade”.

SCHNEIDER (1976) cita que o indivíduo possui uma estrutura psicológica a qual “é constituída por uma tendência em apresentar determinadas atitudes conscientes ou inconscientes, normalmente presentes no homem, principalmente quando está doente, mas que são mobilizáveis demasiado rapidamente ou fortes demais no doente crônico”.

Segundo o autor, ocorre o desencadeamento da “tríade psicodinâmica”, que compreende tendências à dependência, à regressão e à passividade. Afirma, ainda que, associada a esta tríade também há a sensibilidade a frustrações e, devido a esta sensibilidade, essas personalidades são mais vulneráveis a qualquer afecção que lhes atinja o corpo e a estima pessoal (ou auto-estima).

MARTY (1993) acredita que a capacidade de adaptação do indivíduo às suas condições de vida se enquadra em três domínios essenciais, sendo eles: o aparelho somático, o aparelho mental e os comportamentos.

Dentro dessa concepção, se o organismo ao se defrontar com uma nova situação não conseguir se readaptar através dos sistemas do aparelho mental e de comportamento, haverá uma maior probabilidade de emitir uma resposta através do aparelho somático. Quando a capacidade de adaptação do organismo não conseguir atingir seu objetivo perante um evento estressante, esse é considerado traumático.

MELLO FILHO (1992) enfoca que as doenças psicossomáticas são multifatoriais, necessitando, para seu desenvolvimento, de uma predisposição orgânica determinada geneticamente, tendo o estresse e os fatores psicossociais um papel importante no desencadeamento, evolução e agravamento da doença. Este autor enfatiza que, no

fenômeno psicossomático, há uma situação de perda, ou equivalente, ou uma representação imaginária ligada a uma cena de perda, havendo uma supressão do afeto pela impossibilidade de vivenciá-lo.

Para isso, um relato sobre o objetivo maior desse trabalho que é a representação e o significado da doença para esses pacientes.

1.12-SIGNIFICADO DA DOENÇA

Para HOLANDA (1988), o significado é o que as coisas querem dizer ou representam.

Na linguagem psicanalítica, LAPLANCHE e PONTALIS (1998) diz que representação é um termo clássico em filosofia e psicologia e é utilizado para designar "aquilo que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento" e, "em especial, a reprodução de uma percepção anterior".

JASPERS (2000) escreve sobre o significado e as possibilidades da atitude em relação à doença. Este autor diz que as categorias e as imagens do existir humano, desenvolvidas em seu mundo, mostram aos indivíduos os caminhos, porém o modo que se comportam ultrapassa-lhes o saber. Enfatiza ainda que o que se chama atitude do paciente em relação à sua doença encerra uma polaridade: de um lado, um saber compreensivo de referência ao processo mórbido; de outro, uma apropriação compreensiva relacionada com o fundamento da existência própria.

Para MELLO (1980) atitudes do "eu", frente à enfermidade, refletem o modo de ser do doente, aqui compreendidas as suas disposições caracteriológicas dominantes - desejos, temores, ambições, projetos, esperanças - e, de regra, todo o seu passado pessoal - muito especialmente o que se diz com as vicissitudes e frustrações ao longo da existência. Com isso o autor quer dizer que o modo-de-ser-no-mundo de cada um, condicionando suas atitudes anímicas, diante da vida, não pode deixar de exercer poderosa e decisiva influência em seu modo de adoecer, de estar enfermo e de morrer.

Historicamente, o homem constrói significados que facilitam sua comunicação e convivência com os outros homens e o mundo em geral.

LEONTIEV (1978) diz que o significado é o reflexo da realidade, independentemente das relações individuais que com ela tem cada homem; o homem encontra um sistema de significados já preparado, conformado historicamente, e o vai assimilando do mesmo modo que domina um instrumento, esse portador material do significado. Mas o significado pertence ao conjunto de fenômenos ideais, da consciência social. Resulta, pois, que o sentido, tal qual o significado, é determinado pela própria consciência, mas exclusivamente pela consciência social.

Para LANE (1988) os significados são produzidos pelo grupo social, ou seja, são determinados pela consciência social e se transformam através da atividade e do pensamento dos indivíduos, individualizando-se e se subjetivando.

Interiorizados pelo sujeito, de acordo com as suas próprias experiências e seus próprios motivos, esses significados adquirem sentido pessoal. O homem se apropria das significações e a forma dessa apropriação depende do aspecto subjetivo que tem para cada um.

Ao se estabelecer essa relação entre o individual e o social, MOSCOVICI (1978) diz que temos a base teórica do conceito de representação social, entendido como a apropriação da realidade do indivíduo nesse processo de elaboração do significado e do sentido.

Assim, a representação social é a interpretação pessoal, e ao mesmo tempo não pessoal, pois a sociedade impõe ao indivíduo como deve ser esse significado.

A representação social se constrói com as experiências, os conhecimentos, os valores e as informações transmitidas pela tradição, comunicação, mídia, educação e ciência. O conhecimento, socialmente elaborado, é compartilhado e determinado pelas condições econômicas, sociais e históricas.

Assim, é importantíssimo investigar quais são as representações de nosso paciente, como encara sua história, seus projetos, seus erros? Como concebe seu destino? Como encara seus vínculos? Como é sua vida conjugal e familiar? E sua vida sexual? E seu corpo, que representações ele tem sobre seu próprio corpo? Quais são os significados que atribui ao comer, ao dormir, ao prazer e à dor? Como vê as diferentes partes de seu corpo, qual é a relação imaginária que tem com seus diferentes órgãos, em especial aqueles afetados hoje? Como se estrutura sua imagem corporal? Qual é a construção interna do seu “estar doente”? A doença e a saúde, que representações pessoais e familiares têm?

MOSCOVICI (1978) diz que as representações sociais determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores ou das idéias presentes nas visões compartilhadas pelos grupos e regem, subseqüentemente, as condutas desejáveis ou admitidas.

JODELET (1989) completa dizendo que as representações formam teorias espontâneas sobre os fatos, o mundo, de tal forma que constituímos versões da realidade que se encarnam em imagens, que se condensam em palavras carregadas de significados.

Este trabalho de pesquisa buscará caracterizar a representação social dos pacientes com *Diabetes Mellitus* Tipo 2, sua doença e entender como essa representação social pode repercutir na aderência desses pacientes ao tratamento clínico.

A doença diabética sempre esteve presente na cultura de todos os povos, com as mais variadas formas de expressão pelo doente.

GEHARDT (1989) mostra em seu trabalho que, em função da concepção de certas doenças particulares, o tratamento pode, por exemplo, ser tão indesejável para o paciente quanto uma punição, sendo facilmente abandonado. Em outro exemplo, ela indica que em certos contextos culturais algumas doenças sugerem uma grande perda para o doente e esse fato pode passar a representar uma obrigação para os próximos, parentes ou amigos, de intervir permanentemente na vida do doente enquanto ele permanece vivo, o que comprometeria seus próprios projetos de vida.

MILLER DE PAIVA (1996) diz que a frustração advinda da cronicidade da doença diabética, e do rígido controle através da dieta e tratamento (insulinoterapia) deve ser considerada. Muitos pacientes mantêm-se constantemente em rebelião contra o seu tratamento, expressando sua insatisfação psíquica e culpa através da depressão e

autodestruição. Assim, estados depressivos podem ser observados, refletindo a expressão do esforço do paciente em elaborar a perda da saúde e da vitalidade.

A seguir, as complicações que essa doença acarreta e a dificuldade em aderir ao tratamento.

1.13-COMPLICAÇÕES E ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

HAYNES (1979), define como adesão ao tratamento, o grau de coincidência entre o comportamento do paciente aceitando a prescrição médica, comparecendo às consultas, aceitando dietas, a tomada de medicação e outras orientações. Para HAYNES (1979), existem dois termos que implicam em adesão ao tratamento; “compliance”, que se refere ao ponto que coincide com o comportamento do paciente em relação a tomar medicação, mudança de estilo de vida e envolvimento de um comportamento que proteja a saúde.

Aderência - é usado para conferir o envolvimento mais colaborativo voluntariamente do paciente, para produzir um resultado desejado preventivo e terapêutico. Aderência, segundo este autor, sugere a implicação de escolha e mutualidade no planejamento do tratamento. Os pacientes que são aderentes são vistos como agindo num plano consensual. Aderência cobre uma variedade de comportamentos, tais como:

- ◆ entrar e continuar um programa de tratamento;
- ◆ consumo correto da medicação prescrita;
- ◆ comparecer às consultas marcadas;
- ◆ seguir mudanças apropriadas de estilo de vida (dieta, exercício, manejo com o stresse);
- ◆ desempenhar corretamente os regimes terapêuticos em casa;
- ◆ evitar comportamentos de risco para a saúde (fumar, beber e abusar de drogas).

Outros comportamentos e peculiaridades de cada paciente, também interferem na adesão.

BLACKWELL (1973) EVANS e SPELMANN (1983), dizem que fatores sociodemográficos, idade, nível intelectual, classe social e raça, influenciam na adesão.

EVANS e SPELMANN (1983) ANDERSON e KIRK (1982), destacam que fatores psicológicos como hipocondria, paranóia, sensação de perda de controle e medo do estigma social, implicam em baixa adesão.

CLAYTON e EFRON (1994) admite que as crenças do paciente a respeito de sua saúde e de seu adoecer são decisivas no tratamento. A crença na saúde pode facilitar ou prejudicar a adesão.

BALINT (1984) diz que a relação médico-paciente é a base da eficácia de qualquer tratamento, podendo ser terapêutica em si mesma.

COLEMAN (1985) diz que são quatro os maiores componentes que estão envolvidos no comportamento do médico que podem ter um impacto sobre a aderência do paciente ao tratamento: compaixão, comunicação, responsabilidade compartilhada e uma atitude de consideração aliada à esperança e ao interesse pela eficácia do tratamento.

ANDERSON e KIRK (1982) diz que a duração do tratamento também influi na adesão. Tratamentos longos, envolvendo doenças crônicas, normalmente, apresentam menor adesão.

Sendo a aderência ao tratamento e o devido controle metabólico causas das complicações do diabetes, esses dois fatores vêm sendo apontados como determinantes nos descumprimentos mais freqüentes dos tratamentos, segundo BRAND et al. (1986), CAREK (1992).

KRÓLEWSKI (1990) diz que enormes somas são gastas para o atendimento dos pacientes, representando um percentual significativo no orçamento dos sistemas nacionais de saúde

Segundo ANDRESEN e LEE (1991), o *Diabetes Mellitus* está entre as dez principais causas de mortes por doença nos países ocidentais

SONGER (1992) descreve que muitas dessas mortes ocorrem por complicações agudas do diabetes, como hipoglicemia e cetoacidose, e poderiam ser evitadas, pois são previsíveis e tratáveis.

Ao mesmo tempo, são relevantes os dados representativos das lesões gravíssimas que esta enfermidade determina. DICTCHEKIAN e HEIMANN (1995) dizem que a nefropatia diabética ocorre em 1 de cada 6 diabéticos, e é causa direta ou indireta da morte de 50% dos diabéticos, sendo a causa mais comum da insuficiência renal crônica. GONÇALVES (1996) constata que a doença constitui-se na principal causa da cegueira, sendo que de 10 a 20% dos pacientes diabéticos ficam cegos. DONOVAN e ROWBOTHAM (1990) dizem que são cada vez mais freqüentes, pelo aumento da sobrevida, os distúrbios vasculares que se caracterizam por lesões cutâneas e de planos profundos relacionados a alterações neuropáticas, vasculares e infecciosas do paciente diabético, caracterizando o “pé diabético”, usualmente mais comum em diabéticos na idade adulta. AMIEL (1994), por sua vez, diz que a hipoglicemia é uma das complicações mais graves durante o tratamento do *Diabetes Mellitus*, sendo que sua incidência é de 25% nos pacientes tratados adequadamente com insulina; se ela ocorrer com muita freqüência e por tempo prolongado pode causar danos irreversíveis ao sistema nervoso central, com comprometimento cognitivo e de personalidade.

Segundo a coordenação de doenças crônicas degenerativas do Brasil. Ministério da Saúde (1994), toda a ênfase no tratamento do *Diabetes Mellitus* passa por medidas preventivas ou educacionais. Mesmo assim, por mais habilitado que estejam os serviços de atendimento aos diabéticos, há fatores que escapam ao seu controle. A determinação destes fatores, além dos já conhecidos, constitui-se em uma temática de pesquisa significativa.

Para melhorar os níveis de adesão ao tratamento é importante saber o grau de conhecimento, as preferências dos pacientes em relação ao tratamento, considerando as crenças e a história cultural desse paciente. Por essas razões, deu-se ênfase à pesquisa desses dados, nesse trabalho de mestrado.

2- PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS DESTE ESTUDO

2.1-HIPÓTESE

A boa aderência ao tratamento clínico do diabético depende do significado (ou da representação) que os pacientes fazem de sua doença: significados com conteúdos mais positivos, (revestidos de esperança e confiança) facilitam a aderência ao tratamento..

2.2-OBJETIVO GERAL

Estudar os aspectos psicossociais dos pacientes acometidos de *Diabetes Mellitus* tipo 2 e dar ênfase à análise do significado da doença diabética para esses pacientes e como este significado influencia a aderência ao tratamento clínico.

2.3-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) estudar aspectos sociodemográficos na história de vida de pacientes com *Diabetes Mellitus*;
- b) detectar eventos estressantes nos 12 meses que antecedem o aparecimento do diabetes;
- c) avaliar a presença de distúrbios de humor como: depressão e ansiedade nos pacientes diabéticos;
- d) verificar como o significado da doença e a aceitação desta interferem na vida dos pacientes;
- e) avaliar o perfil de personalidade dos pacientes diabéticos, comparativamente ao grupo dos pacientes hipertensos.

3- PACIENTES E MÉTODOS

3.1-CASUÍSTICA

Esta pesquisa utilizou uma abordagem qualiquantitativa com grupo comparativo.

Após levantamento realizado pelo setor de estatística do Hospital das Clínicas da Unicamp referente ao ano de 1999, constatou-se um total de 900 pacientes atendidos no ambulatório Diabetes Mellitus - Hipertensão e Obesidade (DMHO).

O cálculo do tamanho amostral baseou-se na comparação entre os grupos HAS e DM. Foram fixados $\alpha = 5\%$ (erro do tipo I ou nível de significância) e $\beta = 20\%$ (erro do tipo II ou poder do teste de 80%).

A partir dos dados do estudo-piloto temos dois tipos de amostra: os cálculos para depressão, como significado da doença entre os DM na proporção de 33,3% e HAS na proporção de 7,3% resultam em um tamanho amostral total de 68 pacientes.

Os cálculos para os não aderentes ao tratamento e que mencionaram ansiedade como significado da doença nos HAS na proporção de 33,3% e nos DM na proporção de 8,3% resultam em um tamanho amostral total de 76 pacientes.

Assim sendo, optou-se por utilizar o maior tamanho amostral para obtenção de um menor erro amostral.

No final da coleta, conseguiu-se 102 pacientes, sendo 53 DM e 49 HAS.

3.2-PLANO PILOTO

O plano-piloto foi composto de uma amostra de dez pacientes com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* Tipo 2 (CID - 10) e sete pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (CID - 10), todos acompanhados no ambulatório DMHO do Hospital de Clínicas de Campinas – Unicamp, com o objetivo de analisar se o método e seus instrumentos eram adequados para esta pesquisa e possibilitar um treino prévio na forma de melhor verbalizar as questões para um melhor entendimento do paciente.

3.3-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA PACIENTES COM DM2

- Pacientes atendidos no ambulatório DMHO, com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* Tipo 2, de acordo com o CID 10. A escolha desse tipo de diabetes se deve à alta frequência de atendimentos com este subtipo que corresponde a cerca de 90% dos casos atendidos.
- O tempo do diagnóstico do diabetes na história de vida do paciente terá de ser de no máximo cinco anos. Isto se deve às complicações e comorbidades que o diabetes causa com o passar dos anos, principalmente se o paciente estiver sempre descompensado, isto é, com sua glicemia plasmática venosa de jejum acima de 126 mg/dl em concordância com os novos critérios do Consenso Brasileiro de Diabetes (1997);
- Faixa etária de 30 a 65 anos, de ambos os sexos. Isto se deve ao diagnóstico tardio do *Diabetes Mellitus* Tipo 2. Pacientes com mais de 65 anos apresentam doenças degenerativas ligadas à idade e ao envelhecimento;
- A semelhança do nível socioeconômico também é fator importante, pois a maioria dos pacientes que são atendidos no ambulatório DMHO da Unicamp são de um nível social menos favorecido (1 a 3 salários mínimos). Esse estrato social fornece aspectos originais quanto à observação desta população de estudo, visto que os trabalhos realizados em outros países, e publicados na literatura especializada, traduzem dados de uma realidade sociocultural e econômica diferentes de nossa realidade brasileira;
- Não ter diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Os pacientes com HAS serão excluídos, pois farão parte do grupo comparativo. Sabe-se também que o paciente que tem *Diabetes Mellitus* e hipertensão, multiplica, de maneira exponencial, o risco de mortalidade, incapacidade e complicações, de acordo com o Consenso de Condutas para o Diabetes – (1997);
- Estarem cientes dos objetivos desta pesquisa e terem concordado em participar espontaneamente;

- Serem capazes de compreender a entrevista sobre a história de vida e as demais escalas de avaliação (Holmes MMPI e Beck), que compõem os instrumentos desta pesquisa.

3.4-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA PACIENTES COM HAS (GRUPO COMPARATIVO):

- Ser pareado por sexo, faixa etária e condições socioeconômicas com o grupo DM 2 .
- Não ter diagnóstico de DM tipo 2, ou qualquer outro tipo de diabetes.
- Não ter diagnóstico de outras doenças clínicas.
- Manter os outros critérios de inclusão determinados para o grupo anterior.

Foi escolhida a hipertensão para grupo comparativo, pois segundo Forattini (1976) o grupo comparativo tem que ser representado por um conjunto populacional de onde originou o grupo de estudo. O grupo comparativo tem que ser representado com pacientes com outras doenças, no mesmo ambiente assistencial (hospitais, clínicas e outros) de onde se escolheu o grupo de estudo.

Assim a escolha do grupo comparativo, tem que ser formada por indivíduos não-atingidos pelo agravo e que, de maneira ideal, não difira do grupo dos atingidos, a não ser pela ausência da doença, o que, em outras palavras, equivale a dizer que ambos devam pertencer a mesma população.

3.5-INSTRUMENTOS

Foram utilizados nesta pesquisa, os seguintes instrumentos:

3.5.1-Entrevista semi-estruturada de história de vida dos pacientes. (Anexo 1).

Os pacientes foram submetidos a uma entrevista dirigida com base no roteiro de anamnese utilizado por CABRAL (1985) e no roteiro de entrevista psiquiátrica aplicado no Hospital Maudsley de Londres, que consta do livro-texto de Psiquiatria Clínica de MAYER-GROSS, SLATER, ROTH(1972). .

Neste roteiro foram incluídas questões da anamnese psiquiátrica do Hospital de Clínicas da Unicamp e algumas questões elaboradas pela autora desta pesquisa.

3.5.2-Inventário de Depressão de Beck (BDI). (Anexo 2).

O Inventário de Depressão de BECK (1961) é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada, tanto em pesquisa como em clínica (DUNN et al. 1993). A escala consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. De acordo com BECK et al. (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo.

Para esta pesquisa, foram adotados pontos de corte de acordo com BECK et al. (1988), validados em estudo publicado por GOREUSTEIN et al. (1995).

Os resultados obtidos, publicados por GOREUSTEIN e ANDRADE (1996), confirmam a validade da versão em português do BDI, pela sua capacidade de diferenciar pacientes deprimidos de ansiosos e de sujeitos normais.

Os pontos de corte são: menor que 10 = sem depressão, de 10 a 18 = depressão leve e ansiosa, de 19 a 29 = depressão moderada, de 30 a 63 = depressão grave.

A escolha desse Inventário se deve também à possibilidade de sua aplicação na população brasileira, de baixo nível socioeconômico, em função da adaptação e da padronização realizada em pesquisas anteriores. Foram estudadas amostras de 117 pacientes ambulatoriais, ansiosos e deprimidos do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - FMUSP. Outro estudo feito para validação desta escala em nossa população, foi a amostra de 1.555 adolescentes de 13 a 17 anos, estudantes de escolas privadas e públicas freqüentando cursos diurnos e noturnos com objetivo de ver o grau de depressão nesses pacientes. (GORESTEIN e ANDRADE, 1996)

3.5.3-Escala de eventos estressantes. (Anexo 3).

A escala classificatória de Readaptação Social - Social Readustment Rating Scale, HOLMES e RAHE (1967) - tem por objetivo estabelecer a magnitude dos eventos. Nela, a classificação dada pelo paciente representa as dificuldades de readaptação exigidas para cada evento.

A escala contém 43 eventos de vida referentes a casamento, família, ocupação econômica, relações grupais e de amizade, educação, religião, recreação e saúde, indicando não somente o estilo de vida do indivíduo, mas também as ocorrências que o envolvem.

Sendo também objetivo deste trabalho avaliar experiências decorrentes da vivência da patologia que podem desorganizar individualmente a vida das pessoas afetadas, de forma diferente para cada uma, além de pontuar situações fundamentais da experiência humana, será possível entender o significado de negar e aceitar as perdas e/ou mudanças de vida.

3.5.4-Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI) (Anexo 4)

O Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI) - tradução, adaptação e padronização do Minesota Multiphasic Personality Inventory - foi elaborado para assegurar, num só teste, o perfil e a análise das características mais importantes da personalidade do indivíduo. Pertence à classe dos instrumentos psicológicos caracterizados como inventários estruturados e apresenta certo número de proposições (itens) capazes de indicar os principais traços de personalidade do paciente, de acordo com suas respostas, que poderão ser: "certo" "errado" e "não sei dizer". O teste abrange ampla área de assuntos, desde a condição física até atitudes morais e sociais do indivíduo que está sendo examinado, além de exigir pouca instrução: o examinando deve saber ler e ter compreensão média (HATHAWAY E MC KINLEY, 1967). As respostas serão transformadas em escore-padrão e apresentadas em forma de perfil. Cerca de 50 anos se passaram desde sua primeira publicação (1943) e durante este tempo o inventário não somente se tornou o mais usado no seu gênero, mas serviu também como modelo para elaboração de outros instrumentos psicológicos destinados à compreensão da personalidade.

Este inventário também foi escolhido por ser aplicado, satisfatoriamente, conforme dito acima, em populações de baixo nível cultural.

3.6-RECURSOS HUMANOS, INSTITUCIONAIS, DOCUMENTAIS E BIBLIOGRÁFICOS DISPONÍVEIS

Estiveram disponíveis para esta pesquisa pacientes diabéticos do ambulatório DMHO, do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas – Unicamp. Este ambulatório funciona uma vez por semana, às sextas-feiras, das 16 às 20 horas.

Livros de registro, pastas dos pacientes, biblioteca e computadores para pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, também foram disponibilizados e utilizados neste estudo.

3.7-ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados quantitativos foram calculadas as estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos). Para as variáveis contínuas (Ex. idade, escores), foram feitas tabelas de frequência (frequência absoluta e relativa) assim como para as variáveis categóricas (Ex. sexo, escolaridade, instalação da doença).

Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste de associação do Qui-Quadrado e /ou teste Exato de Fisher (quando os valores esperados forem inferiores a cinco).

Para comparação das variáveis contínuas foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney para variáveis com duas categorias (escore de Beck comparando DM e HAS).

A análise dos dados qualitativos foram feitos seguindo referencial teórico psicodinâmico e psicossocial, seguindo a técnica de análise de conteúdo dos discursos. Esta técnica, Berelson¹ é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto nas comunicações, tem por finalidade a compreensão das palavras nas comunicações orais”.

Assim, procurou-se analisar os assuntos em partes, discutindo possíveis relações entre elas, com base nas múltiplas influências entre variáveis do meio social, das manifestações psicológicas e somáticas.

¹ Berelson, - apud BARDIN, 1977.

Desta forma, criou-se a possibilidade de reconhecer receios, dúvidas, expectativas e atitudes quanto ao significado da doença para os pacientes e aderência ao tratamento.

Esta análise se valeu, principalmente, das histórias de vida, com destaque do material obtido na entrevista não dirigida e respostas livres ocorridas durante a entrevista.

3.8-ASPECTOS ÉTICOS

Foi feita uma solicitação de colaboração à equipe médica do Hospital de Clínicas, a fim de se obter referências de casos que correspondessem à proposta desta pesquisa. A autorização do(s) médico(s) responsável (is) pelo tratamento do paciente em estudo era fundamental. A participação dos pacientes no processo implicou em explicações preliminares sobre a justificativa, a finalidade do estudo, seus objetivos e procedimentos, o sigilo (preservação de identidade), a função do profissional e o interesse da pesquisa. Foi solicitado o consentimento por escrito dos pacientes para que o estudo fosse levado a efeito (Anexo 5). Esse consentimento assinado pelos pacientes foi aprovado pelo Comissão de Ética e Pesquisa.

Foram feitas 102 entrevistas, com duração de 3 horas cada, no Ambulatório de Diabetes, Hipertensão e Obesidade (DMHO) do Hospital de Clínicas da Unicamp.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1-PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Tabela 1-Distribuição dos 53 pacientes com DM2 e 49 pacientes com HAS (grupo comparativo) quanto à idade:

	DM2	HAS	Total
<30	5 9,43%	5 10,20%	10
30-39	9 16,98%	11 22,45%	20
40-49	19 35,85%	14 28,57%	33
50-59	12 22,64%	10 20,41%	22
>=60	8 15,09%	9 18,37%	17
Total	53	49	102

Foram investigados 53 pacientes DM2 com idade média de 47 anos, sendo a mínima 22 anos e a máxima 68 anos; 49 pacientes com HAS com idade média de 45 anos, sendo a mínima 18 anos e a máxima 75 anos. (Teste MANN-WHITNEY: $p = 0,7502$).

Segundo o Manual de Diabetes (1994) o DM2 é característico da idade adulta, sendo sua incidência progressivamente maior com o envelhecimento. Segundo este manual, a prevalência do DM2 varia consideravelmente conforme o grupo focalizado. Por exemplo, a prevalência de diabetes nos EUA é de 2,0% para faixa etária de 20 a 44 anos, 8,5% para 45 a 54 anos e 12,8% de 55 a 64 anos.

No Brasil, dados realizados entre a população urbana de nove capitais (Censo Nacional de Diabetes) na faixa etária de 30 a 69 anos, mostraram uma prevalência global de 7,6%.

BERNBAUM et al. (1993) verificou que pacientes diabéticos adultos possuem percentuais bem mais elevados de prejuízos sociais, com maior isolamento social, maior ausência ao trabalho, aposentadoria mais precoce e pior qualidade de vida, sendo que esses fatores causariam mais depressão e sofrimento psíquico.

Nessa pesquisa, a média de idade foi de 35,8% para idades entre 40 e 49 anos nos DM2 e 28,5%, para a mesma idade, nos HAS.

Pode-se pensar que esses indivíduos estão em uma faixa etária bastante produtiva e a doença vem, muitas vezes, apressar a aposentadoria e sua saída do setor profissional. Além disso, ter que deixar de trabalhar nesta idade, ocasiona uma carga psíquica de sofrimento, causando desordens em sua personalidade. Esse sofrimento resultante de frustrações em relação ao trabalho pode levar a outras doenças somáticas, ocasionando descontrole ainda maior de níveis glicêmicos e pressóricos e, em consequência, complicações muitas vezes irreversíveis. Quando se trabalha com esses pacientes, é de suma importância perceber esses significados em suas vidas, pois isso pode ser fator essencial para a boa aderência ao tratamento.

Tabela 2-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao gênero:

	DM2	HAS	Total
Masculino	17 32,08%	15 30,61%	32
Feminino	36 67,92%	34 69,39%	70
Total	53	49	102

($\chi^2 = 0,03$; $p = 0,874$)

Quanto à distribuição de gênero, verificaram-se os dados seguintes, conforme Tabela 2: no grupo com DM2, 32,08% eram do gênero masculino e 67,92% eram do gênero feminino; no grupo comparativo (HAS): 30,61%, do gênero masculino e 69,39%, do gênero feminino. O gênero feminino foi maior nos dois grupos. Os grupos mostraram-se homogêneos com relação à distribuição de gênero.

Nesse trabalho optou-se por colocar o termo gênero em vez de sexo, porque o termo sexo reporta a um significado apenas biológico, ao passo que gênero é utilizado nas perspectivas de relações e representa uma elaboração psico-sociocultural da sexualidade humana.

Esses dados sugerem que a maioria dos pacientes, tanto DM2 quanto HAS, sendo mulheres podem experimentar uma receptividade especial ao sofrimento mental que compromete mais ainda a sua doença, pela responsabilidade familiar e pela dupla e extensiva jornada – em casa e fora dela.

TORRES (1991) diz que os condicionantes de gênero podem incidir fortemente sobre a saúde, chegando a constituir causa de deterioração em si. Existe, segundo Torres, uma maior incidência de vivências depressivas em mulheres, em virtude dos conflitos decorrentes da psicossocialização. Em particular, as vivências estão relacionadas com a grande rigidez dos valores diferenciados sexualmente ao equilibrarem a relação tempo doméstico / tempo social.

Sabe-se que a qualidade de vida é determinada tanto pelos processos destrutivos que deterioram a saúde como pelos processos que protegem e previnem a saúde das mulheres.

No caso das pacientes DM2 e HAS, além da saúde estar prejudicada pela chegada da doença, percebe-se que existem prejuízos na esfera sexual, nas relações familiares e no trabalho. Observa-se, também, que as maiores complicações que essas doenças podem trazer recaem sobre as mulheres, como consequência de todo estresse social que a condição de ser mulher, mãe e trabalhadora, exige.

Algumas falas das pacientes refletem isso:

“sou mulher, tenho que trabalhar e agora tenho diabetes...”

“o diabetes tirou meu prazer de viver, de me relacionar, de ser igual às outras pessoas...”

Tabela 3-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto à raça:

	DM2	HAS	Total
Branco	42	45	87
	79,25%	91,84%	
Negro /Pardo	11	4	15
	20,75%	8,16%	
Total	53	49	102

Quanto à distribuição da raça, a porcentagem foi de 79,25% de DM2 e 91,84% de HAS de população de cor branca.

Segundo Brasil. Ministério da Saúde (1994) a prevalência do DM2 é maior na população de origem caucasóide (brancos).

Tabela 4-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao estado civil:

	DM2	HAS	Total
Solteiro	16	19	35
	30,19%	38,78%	
Casado	27	24	51
	50,94%	48,98%	
Viúvo	4	0	4
	7,55%	0,00%	
Desquitado	2	5	7
	3,77%	10,20%	
Amasiado	4	1	5
	7,55%	2,04%	
Total	53	49	102

Quanto à distribuição do estado civil (Tabela 4), observou-se o predomínio de casados 50,94% de DM2 e 48,98% de HAS, seguido da condição de solteiro: 30,19% de DM2 e 38,78% de HAS.

Em relação a estes dados, pode-se pensar nos fatores genéticos e familiares como sendo fatores de risco para a entrada da doença.

Segundo Brasil. Ministério da Saúde (1994), familiares de primeiro grau de diabéticos, apresentam de duas a seis vezes mais chances de virem a desenvolver diabetes do que os controles sem história familiar. Sabendo disto, há necessidade de se conscientizar e educar a população em geral a respeito de todos os fatores de risco da doença, inclusive de fatores genéticos, já que a maioria é casada e tem ou pretende ter filhos.

Tabela 5-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto a ter religião.

	DM2	HAS	Total
Não	4 7,55%	4 8,16%	8
Sim	49 92,45%	45 91,84%	94
Total	53	49	102

Tabela 6-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto à religião praticada.

	DM2	HAS	Total
A	1 2,04%	0 0,00%	1
C	37 75,51%	34 77,27%	71
AD	6 12,24%	6 13,64%	12
ES	2 4,08%	2 4,55%	4
EV	3 6,12%	2 4,55%	5
Total	49	44	93

Legenda: A = ateu; C = católico; AD = adventista; ES = espírita e EV = evangélico.

Quanto à distribuição por religião e sua prática 92,45% dos DM2 e 91,84% dos HAS têm crença religiosa. A maior frequência foi de católicos: 75,51% dos DM2 e 77,27% dos HAS.

MACEDO (1989) diz que, historicamente, a religião é entendida por alguns estudiosos como fenômeno cultural que permite a construção de significados para compreender, explicar e controlar a vida das pessoas.

Nessa pesquisa, através das falas de nossos pacientes, pode-se entender como o DM2 e o HAS vivenciam sua religiosidade, buscando significados para soluções de seus problemas. Observa-se também que, em muitos momentos, as práticas religiosas são utilizadas na esperança de proporcionar a cura ou a “não” cura dos males que afligem estas pessoas.

Ter uma religião foi definida pelos pacientes como algo que acalma seus conflitos internos, deixa-os menos expostos à exclusão social, dá força para suportar seus temores, sendo continente para suas expressões na vida. A religião também foi colocada por alguns pacientes como tendo uma função desintegradora, exacerbando os sintomas da doença, deixando-os com muita culpa e medo, fazendo, muitas vezes, se sentirem excluídos por serem doentes. Sendo assim, pode-se pensar que essa variação no sentimento da crença religiosa é determinada pela história social e emocional do paciente, e pela interpretação ou representação dada pela sociedade ao que ele sente. A busca da religião demonstra o desejo de acolhimento e de explicações compreensíveis. Tem-se que estar atento às necessidades humanas de nossos pacientes e só se poderá conseguir isto através da boa relação médico/paciente.

Tabela 7-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao nível de escolaridade:

	DM2	HAS	Total
Analfabeto	1 1,89%	2 4,17%	3
1º. grau	37 69,81%	28 58,33%	65
2º. grau	10 18,87%	7 14,58%	12
Superior	5 9,43%	7 14,58%	12
Total	53	48	101

Quanto à distribuição por grau de escolaridade 69,81% dos DM2 e 58,33% dos HAS têm o 1º. grau; 18,8% dos DM2 e 14,58% dos HAS têm o segundo grau; 9,4% dos DM2 e 14,5% dos HAS, têm nível superior.

Nos dois grupos, a baixa escolaridade é fator importante para a conscientização e educação desses pacientes. Uma das consequências da falta de conscientização é a baixa aderência ao tratamento e o significado que cada paciente dá ao seu adoecer. Como a maioria desses pacientes tem baixa escolaridade, é muito importante entender suas falas, seus gestos, seus olhares, para se poder auxiliar o indivíduo a promover mudanças e a melhorar a sua qualidade de vida. Muitos indivíduos usam a doença como forma de se expressar ou de serem acolhidos; a baixa escolaridade impede uma maneira mais integralizada de pensar nos processos de saúde e doença. É comum a aderência ao tratamento não ser duradoura; o paciente tem vontade de mudar, mas não consegue, daí a importância de um projeto de educação eficiente realizado por uma equipe multidisciplinar.

Tabela 8-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação ao trabalho:

Trabalha?

	DM2	HAS	Total
Não	28 52,83%	20 41,67%	48
Sim	25 47,17%	28 58,33%	53
Total	53	48	101

No caso dos DM2, 47,17% trabalham, sendo que 52,83% dos DM2 não trabalham. No grupo-comparativo HAS 58,3% trabalham e 41,67% dos HAS não trabalham. Vê-se que os HAS têm um número maior de indivíduos trabalhando, estando sob influência, por exemplo, de estresse ocupacional.

Quanto ao item "relação com o trabalho", mais da metade dos pacientes DM2 não trabalham, isto se deve ao fato da doença proporcionar aposentadoria e afastamento do trabalho mais cedo. Em relação aos pacientes HAS, do grupo-comparativo, mais da metade trabalham, indicando que a ação estressante do trabalho pode ser um fator de destaque sobre o desenvolvimento da hipertensão.

Para discutir como o trabalho afeta as condições emocionais do paciente há um caso ocorrido no ambulatório: um homem de, aproximadamente, 45 anos, começou a apresentar sinais de agitação; ele mantinha diálogos incoerentes, movimentos de agressividade alternavam-se com frases de ansiedade, ouvia vozes que lhe davam ordens. Chegando ao pronto-socorro foi tratado com doses de neurolépticos e ansiolíticos, e seu estado psicótico melhorou. A família avisou que o paciente tinha diabetes, e os médicos tentaram, rapidamente, controlar sua glicemia que estava muito alta; conseguiram controlar a glicemia, mas seu estado mental, dominado pela ansiedade, permanecia preocupante. O clínico começou a investigar o que teria ocorrido, naqueles dias, para o aparecimento deste episódio agudo. Foi descoberto que o cargo que ocupava há quinze anos, não lhe pertencia mais, pois os vários episódios de aumento de glicemia e necessidade de internação não

eram compatíveis com as funções que desempenhava. Para esse paciente, ter que parar de trabalhar, em função de sua doença, foi como “não fazer parte deste mundo” onde o valor do ser humano é medido pelo trabalho. A questão é: como orientar e educar nossos pacientes para que um episódio tão difícil como este não venha a colaborar para desencadear problemas tão sérios? Médicos e equipe devem estar atentos para conduzir esses casos da melhor forma possível.

Tabela 9-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao lugar de nascimento:

	DM2	HAS	Total
Campinas	12 22,64%	6 12,24%	18
Outra região	41 77,36%	43 87,76%	84
Total	53	49	102

Considerando a distribuição nos grupos por local de nascimento, encontram-se: 77,64% dos DM2 e 87,76% dos HAS nascidos em outros locais, que não a Região Metropolitana de Campinas/SP.

Sobre o número de migrações ocorridas e quantas vezes houve mudanças, observa-se que 83,02% dos DM2 tinham mudado de cidade no mínimo três vezes e 77,55% dos HAS tinham mudado pelo menos uma vez.

Quanto à naturalidade e número de migrações, as cidades do interior de São Paulo foram citadas com maior frequência.

Nesse estudo, percebe-se que a maioria dos pacientes atendidos em nosso ambulatório vem de outras cidades e, muitas vezes, de áreas rurais, encontrando muitas diferenças culturais quando aqui chegam.

GROEN (1975) diz que a migração é um dos fatores que contribui para emergência maior de doenças, dados os contrastes entre o local de origem e o lugar onde se instalam os migrantes.

A migração implica em choque cultural e este é caracterizado por uma reação de estresse temporário que ocorre quando as recompensas psicológicas e físicas são incertas e difíceis de serem preditas. Então a pessoa se torna ansiosa, confusa e, aparentemente, apática até que ela tenha tempo de desenvolver um novo conjunto de construções cognitivas para entender e desempenhar o comportamento adequado. Não raro, apresenta os seguintes sintomas: frustração, fadiga mental, desorientação a respeito de como trabalhar e se relacionar com os outros, tédio, perda da motivação, mal-estar físico, hipersonia ou insônia, dores musculares e raiva. (COBB, 1976)

GROEN (1975) sustenta a hipótese de que o aumento na incidência de distúrbios psicossomáticos observado nas culturas ocidentais, deve-se à maior repressão no que tange à expressão de sentimentos. Ao contrário, naquelas culturas em que tais expressões não são reprimidas, haveria predominância de comportamentos agressivos ou delinquentes. Em todos os casos, os suportes sociais seriam fator de moderação em relação aos comportamentos desviantes e ao aparecimento da doença.

É necessário estar atento aos sintomas e sentimentos que os pacientes revelam, a migração pode ser fator importante no desencadeamento e manutenção da doença.

4.2-HISTÓRIA PREGRESSA DA MOLÉSTIA ATUAL.

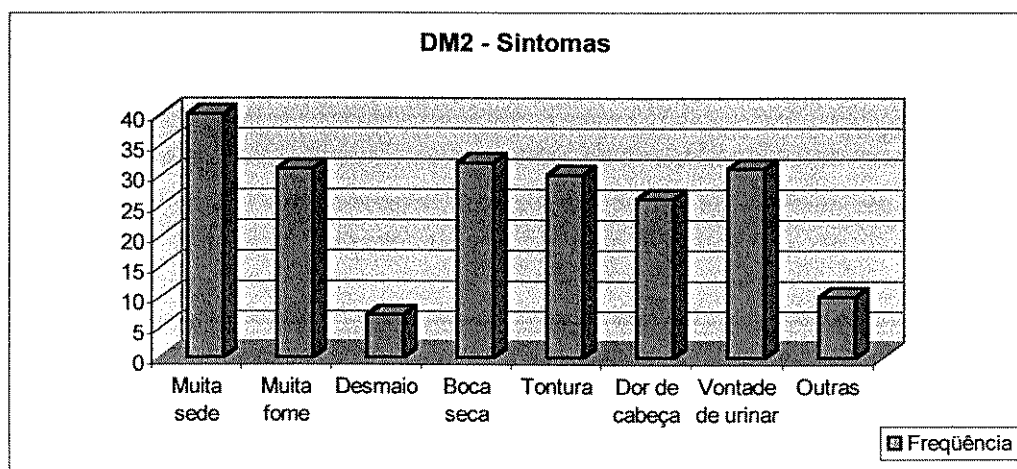


Gráfico 1-Sintomas físicos antes do diagnóstico de DM2

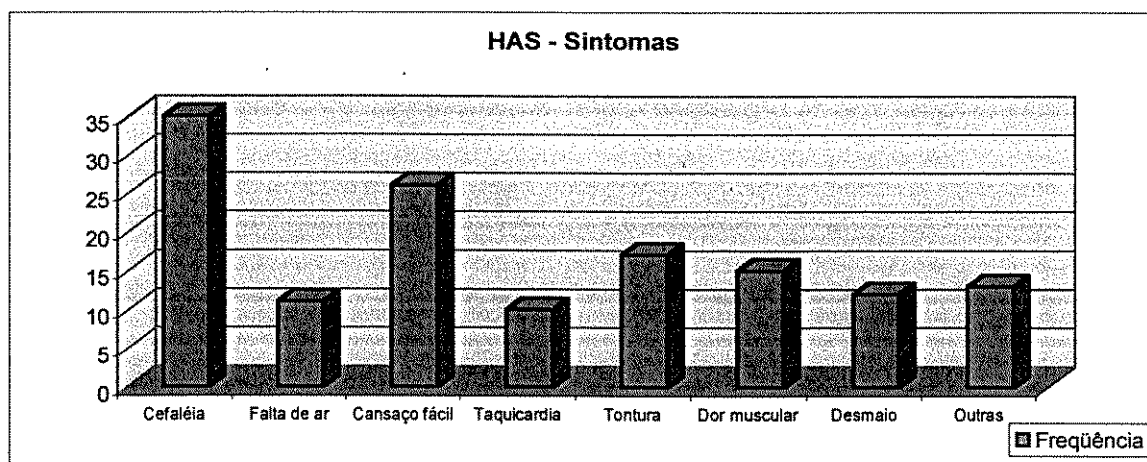


Gráfico 2-Sintomas físicos antes do diagnóstico de HAS

Questionados sobre quais sintomas o paciente tinha antes do aparecimento da doença (*Diabetes Mellitus*), as respostas mais freqüentes foram: 75,5% sentiam muita sede, 60,4% sentiam a boca seca, 58,5% sentiam muita fome e vontade de urinar. (Gráfico 1)

De acordo com Brasil. Ministério da Saúde (1994) a sede e a vontade de beber água (chamada de polidipsia) é uma complicação devido a uma desidratação hipertônica. É muito comum que o paciente diabético, antes de saber do diagnóstico, ingira refrigerantes ou sucos que aplacam a sede, agravando o quadro metabólico. Outro sintoma freqüente é a vontade de urinar com grande freqüência ou poliúria, causada por diurese osmótica provocada pela glicosúria. O volume urinário diário se eleva acentuadamente e o paciente, freqüentemente, relata a necessidade de acordar diversas vezes à noite para urinar.

A fome excessiva – ou polifagia – ocorre em um terço dos pacientes. A gênese do mecanismo da fome exagerada ainda não está devidamente esclarecida (Brasil. Ministério da Saúde - 1994).

Em relação aos sintomas que os pacientes HAS tinham antes do diagnóstico de hipertensão, os mais freqüentes foram: 71,4% tinham cefaléia e 53,1% se sentiam muito cansados. (Gráfico 2).

Tabela 10-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto a problemas sexuais antes do aparecimento da doença:

Teve algum problema sexual antes do aparecimento da doença?

	DM2	HAS	Total
Não	38 71,70%	38 77,55%	76
Sim	15 28,30%	11 22,45%	26
Total	53	49	102

Quando os pacientes foram questionados sobre ter algum problema de ordem sexual antes do aparecimento da doença, 71,7% dos DM2 relataram não sentir nenhum problema dessa natureza e 77,5% dos HAS também não tiveram esse tipo de problema.

Com relação aos DM2, 28,3% e 22,4% dos HAS tiveram problemas sexuais (impotência, frigidez, diminuição do desejo sexual) antes do diagnóstico.

FREUD diz que as investigações psicossomáticas se devem ao conceito de conversão individual. Esse termo “conversão” foi utilizado por Freud para explicar a “transposição de um conflito psíquico na tentativa de resolvê-lo em termos de sintomas somáticos, motores ou sensitivos”. (LAPLANCHE e PONTALIS, 1998)

Segundo LAPLANCHE e PONTALIS, 1998, a conversão é correlativa do desligar-se da libido da representação no processo do recalçamento; a energia libidinal desligada é então transposta para o corporal. Para Freud a conversão é uma energia libidinal que se transforma, se converte, em inervação somática. Esta interpretação econômica da conversão é inseparável, em Freud, de uma concepção simbólica: nos sintomas corporais há representações recalçadas que “falam” deformadas pelos mecanismos de condensação e do deslocamento. LAPLANCHE e PONTALIS, 1998, cita, no que diz respeito aos motivos que fazem com que sejam sintomas de conversão a formar-se e não outros - fóbicos ou obsessivos, por exemplo - Freud invoca primeiro uma “capacidade de conversão”, idéia que retornará com a expressão “complacência somática”, fator constitucional ou adquirido que

predisporia, de uma forma geral, determinado sujeito à conversão ou, de forma mais específica, determinado órgão ou aparelho a ser utilizado por ela. Assim, a questão remete para o da "escolha da neurose" e para a da especificidade das estruturas neuróticas.

Tabela 11-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao aumento de peso corporal, antes do aparecimento da doença:

Teve problemas de engordar antes da doença?

	DM2	HAS	Total
Não	19 35,85%	21 42,86%	40
Sim	34 64,15%	28 57,14%	62
Total	53	49	102

Em relação a ter problemas em relação a engordar ou ter fome exagerada, 64,1% dos DM2 ganharam peso e 57,1% dos HAS também engordaram. Esse mecanismo de fome ainda não está devidamente esclarecido, porém trazem consequências para o emocional deste doente.

KAHTALIAN (1992), diz que

o excesso de peso constituiu-se num aleijão, uma muleta que o indivíduo tem de carregar para o resto da vida. O excesso de peso no corpo serve à função de localizar toda a angústia e toda a sorte de dificuldades existenciais. A localização (somatização), no entanto, para muitos, traz tranquilidade e paz. O indivíduo, ao viver e ao aceitar (internamente) a obesidade e tê-la como fonte de todas as desgraças de sua vida, já possui condições de exercer um controle. Ele já não precisa pensar em dificuldades emocionais, e, sim, em controlar o peso.

Nossos pacientes mostraram que o aumento de peso corporal, representa uma insatisfação antes mesmo do diagnóstico da doença.

Tabela 12-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto a problemas importantes de saúde (acidentes, internações, etc.) antes do aparecimento da doença:

Teve problemas de saúde antes do DM2 / HAS?

	DM2	HAS	Total
Não	26 49,06%	23 46,94%	49
Sim	27 50,94%	26 53,06%	53
Total	53	49	102

Na distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a terem problemas outros de saúde antes do aparecimento da doença, 50,9% dos DM2 tiveram problemas de saúde como: desmaios, internações, acidentes domésticos e 53% dos HAS relataram ter tido problemas como: falta de ar, tontura ou internações. Falar-se-á mais sobre este tema, quando se abordar a discussão sobre a aplicação da escala de eventos estressantes de vida que antecederam as duas doenças.

4.3-ASPECTOS CLÍNICOS DA DOENÇA.

Tabela 13-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao tempo de diagnóstico da doença.

Tempo de diagnóstico do DM2 / HAS:

	Número de Pacientes (N)	Média (anos)	Mediana (anos)
DM2	53	6,55	5
HAS	48	6,40	5

A distribuição dos pacientes DM2 e HAS foi em relação ao tempo de diagnóstico das duas doenças. Houve um controle da variável “tempo”, através do critério de seleção deste estudo, que inclui somente indivíduos tendo uma média de cinco anos de história da doença. Isto se deve às complicações e comorbidades que o diabetes e a hipertensão causam com o passar dos anos.

Sabe-se que a retinopatia é uma das grandes complicações do diabetes. Após dez anos de doença, cerca de 50% dos diabéticos tem retinopatia; esta cifra sobe para 80% após 15 anos de curso do diabetes. Emocionalmente, a perda da visão, tem relações importantes na comunicação com o mundo. Não enxergar, é de alguma forma não poder ver a própria realidade. Outra complicação muito comum no caso do DM2 é o pé diabético, responsável pelas amputações dos membros inferiores. No Brasil. Ministério da Saúde (1994), após dez anos de instalação da doença e sem controle metabólico, essas lesões são muito freqüentes.

Percebe-se, também, que a depressão e a ansiedade com o passar dos anos causam muitas complicações na vida desses pacientes. Esses indivíduos tornam-se queixosos, tristes e sem vontade de viver; sendo assim, atitudes de mudança são muito difíceis de serem aceitas e elaboradas e precisam de educação e conscientização por parte de toda a equipe médica.

Tabela 14-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto ao valor da glicemia e da pressão arterial no diagnóstico inicial:

Valor de glicemia no diagnóstico inicial da DM2:

	Número de Pacientes (N)	Média (mg)	Mediana (mg)
DM2	51	345,59	360

PAS / PAD no diagnóstico inicial da HAS:

Medida	Número de Pacientes (N)	Média	Mediana
PAS	48	18,23	18
PAD	48	11,04	10

Legenda: PAS = pressão arterial sistólica e PAD = pressão arterial diastólica.

Em relação ao valor da glicemia no diagnóstico inicial de diabetes a média foi de 360 mg e o valor da pressão arterial no diagnóstico inicial de hipertensão foi de (média) 18x10.

Pode-se pensar que esses valores estão muito alterados, sendo que o ideal preconizado pelo Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para *Diabetes Mellitus* (1997) é de glicemia de jejum de até 126 mg/dl, para indivíduos normais. Pelo mesmo Consenso, a classificação da dos níveis pressóricos normais é pressão sistólica menor que 130 e pressão diastólica, menor que 85.

Assim sendo, a falta de controle metabólico e pressórico está intimamente ligada à não aderência e às complicações da doença.

Tabela 15-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS quanto a saber do problema de saúde que eles têm:

	DM2	HAS	Total
Não	3 5,66%	13 26,53%	16
Sim	50 94,34%	36 73,47%	86
Total	53	49	102

Obs: $p=0.004$.

A distribuição, por opiniões, acerca de "saber sobre o problema de saúde" que o paciente tem foi significativo na comparação entre os grupos ($p=0,004$). Nos pacientes DM2, 94,3% sabiam cientificamente sobre sua enfermidade enquanto que os pacientes HAS 26,5% não tinham idéia sobre sua enfermidade. De acordo com esses resultados, pode-se considerar que a cumplicidade do portador de hipertensão arterial a seu tratamento depende da comunicação que se estabelece entre ele e os profissionais que atuam nas intervenções às quais se submete. Segundo TAYLOR (1987), a conscientização dos portadores de hipertensão arterial sobre sua doença é importante não apenas na sua recuperação e normalização dos valores da pressão arterial, mas também na prevenção das

complicações decorrentes da pressão sanguínea elevada. Esta tem sido a grande preocupação de profissionais de saúde que atuam nos programas de controle da doença.

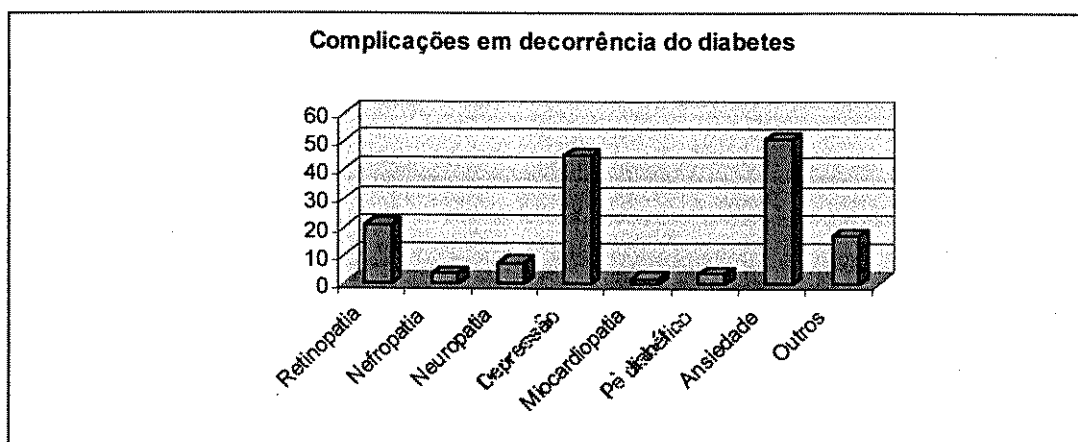


Gráfico 3-Complicações de DM2

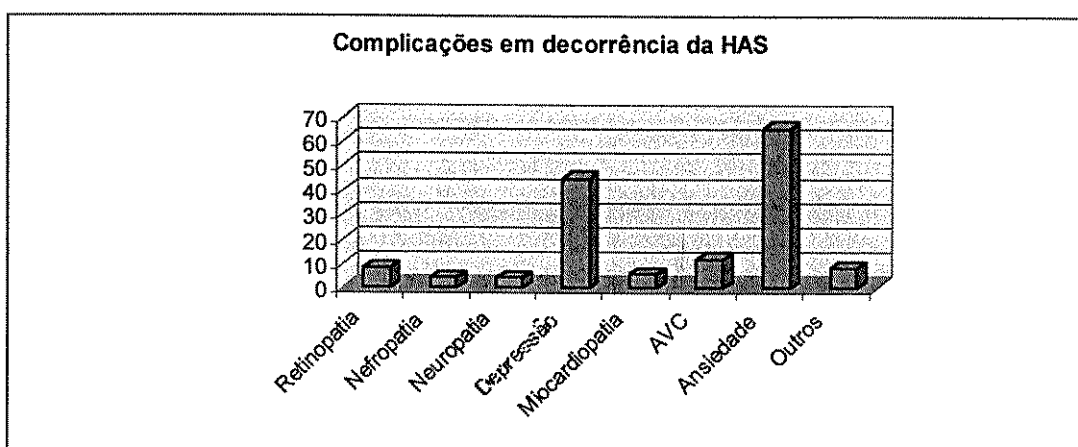


Gráfico 4-Complicações de HAS

Gráfico 3 e 4-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação às complicações em decorrência do DM2 e HAS:

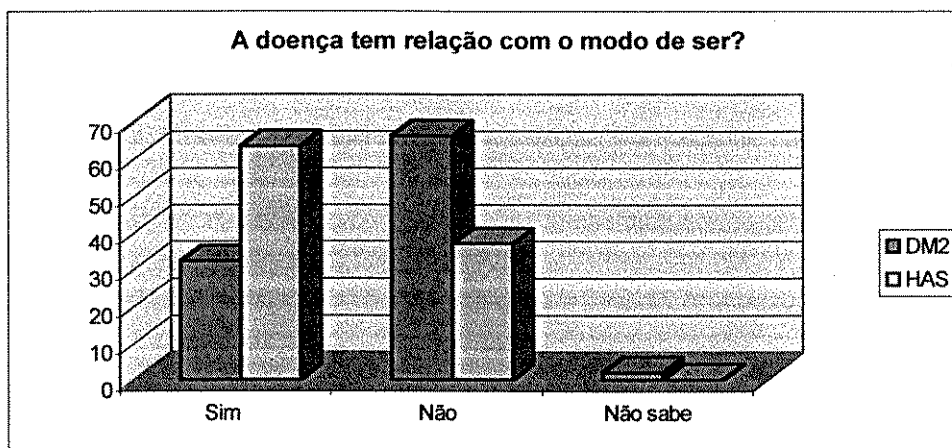
A distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a complicações em decorrência do DM2 e HAS foram: nos DM2, 50,9% têm ansiedade, 45,3% têm depressão, 20,8% têm retinopatia. Nos HAS, 65,3% têm ansiedade, 44,9% têm depressão e 12,2%

tiveram A.V. C. Dados da Associação Brasileira de Diabetes apontam a retinopatia como a mais importante causa de cegueira no mundo industrializado. Após dez anos de doença, cerca de 50% de diabéticos têm retinopatia, sendo que esta cifra sobe para 80% após quinze anos de curso do diabetes. Existe uma relação causal bem definida entre o grau de controle glicêmico e a velocidade com que se desenvolve a retinopatia.

Em relação à ansiedade (KAPLAN e SADOCK, 1990) dizem que é uma emoção que possui duas dimensões principais: uma subjetiva e específica, e outra somática cujas características variam segundo os indivíduos afetados. Como toda emoção, a ansiedade manifesta-se em nível neuroendócrino, em nível visceral e em nível emocional. A ansiedade adverte sobre uma ameaça externa ou interna, como perigo de dano físico, dor, impotência, possível punição ou frustração de necessidades sociais ou corporais, de separação de entes queridos, de ameaças à unidade ou integridade da pessoa. Outra complicação em decorrência do DM2 e HAS é a depressão que, na linguagem corrente, tem sido empregada para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza) quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s). Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos (esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas etc.) Pode ainda ocorrer como resposta às situações estressantes, ou às circunstâncias sociais e econômicas adversas. Como síndrome, a depressão inclui não apenas a alteração de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia) mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Finalmente como doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual (CID 10, DSM-IV) encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, etc.

4.4-FATORES PSÍQUICOS CORRELACIONADOS.

A doença tem relação com o modo de ser da pessoa?



Obs: $p = 0,003$

Gráfico 5-Modo de ser em relação à doença.

Gráfico 5-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS no que se refere ao modo de ser, em relação à doença:

A distribuição, por opinião, sobre a associação do modo de ser e sua relação com a doença foi significativa na comparação entre os grupos ($p=0,003$). Nos pacientes com DM2 (66%) não acharam que o modo de ser tem relação com a enfermidade, enquanto que os pacientes com HAS (63,2%) concordaram que o modo de ser, temperamento, tem relação com a enfermidade.

Ao descrever sua experiência como portadores de hipertensão arterial os sujeitos que participaram deste estudo falam de sua faticidade: de uma situação de vida no qual se encontram, sem escolha, obrigados a mudarem seus hábitos, obrigados a mudarem o modo de ser, a controlarem seus sentimentos.

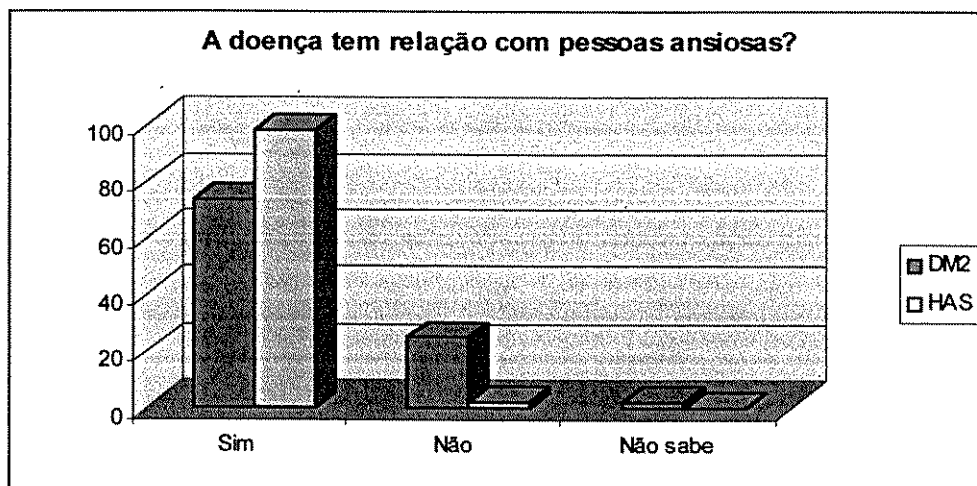
O paciente hipertenso se sente vulnerável e inseguro ao ter seu modo de vida profundamente perturbado e podemos sentir isso na fala de nossos pacientes:

“eu preciso mudar, é importante controlar meu nervoso...”

“estou sempre preocupado, não consigo parar de pensar, tudo me deixa nervoso...”

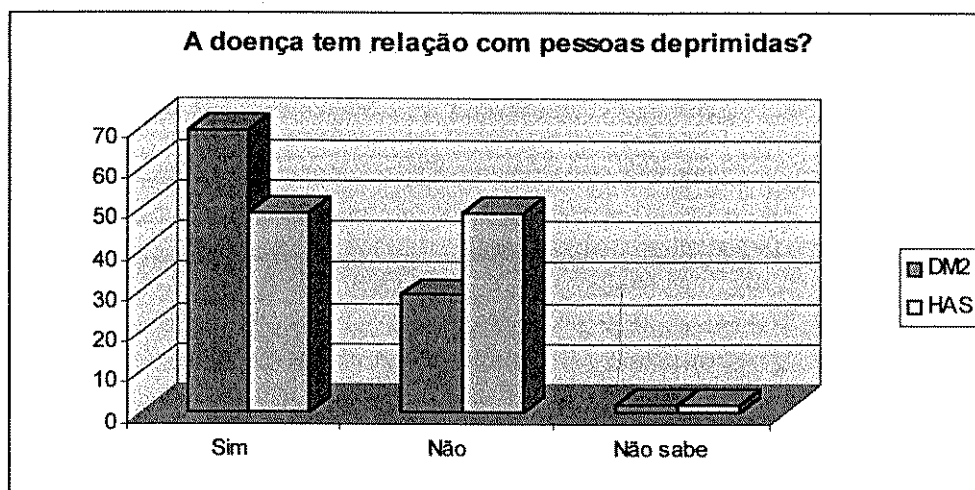
JAMES (1987), em suas pesquisas, observou que indivíduos que reagem energicamente a certas condições ambientais que não conduzem ao sucesso, indivíduos que não conseguem conter reações raivosas, podem estar predispostos a ter sua pressão sanguínea elevada, principalmente nos países de terceiro mundo, onde as aspirações materiais são, freqüentemente, dissonantes dos recursos disponíveis.

GROEN (1975), faz uma excelente análise das sociedades modernas ocidentais, mostrando, em função das rápidas mudanças sociais ocorridas e quebra dos valores tradicionais, a ruptura dos laços grupais, o aumento da competição e do individualismo e, em consequência, a elevação das taxas de doenças psicossomáticas, inclusive a hipertensão arterial. Este mesmo autor analisa, também, a influência da migração (assunto discutido neste trabalho) que ocasiona rompimento dos laços de origem e choque com os valores da nova sociedade em que se insere o migrante. Muitos de nossos pacientes são migrantes e têm que mudar o modo de ser para se adequar aos novos desafios que a vida apresenta.



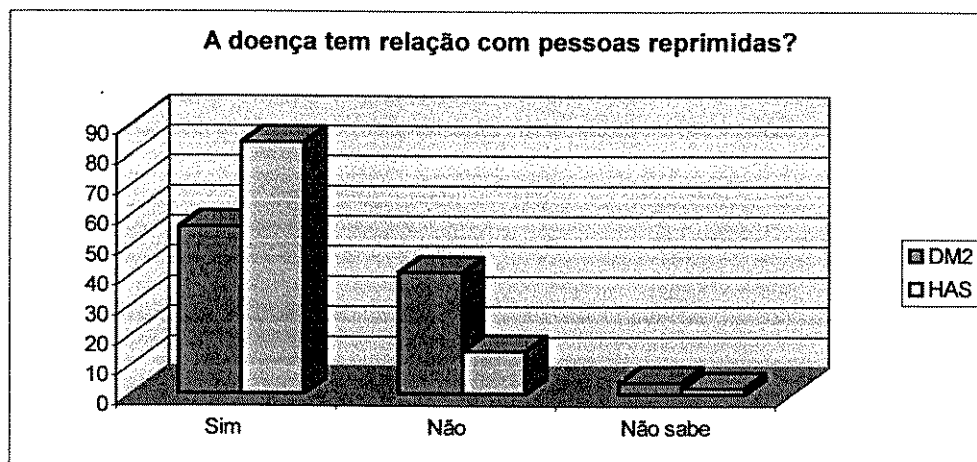
Obs: $p < 0,001$

Gráfico 6-Tipo de personalidade – pessoas ansiosas.



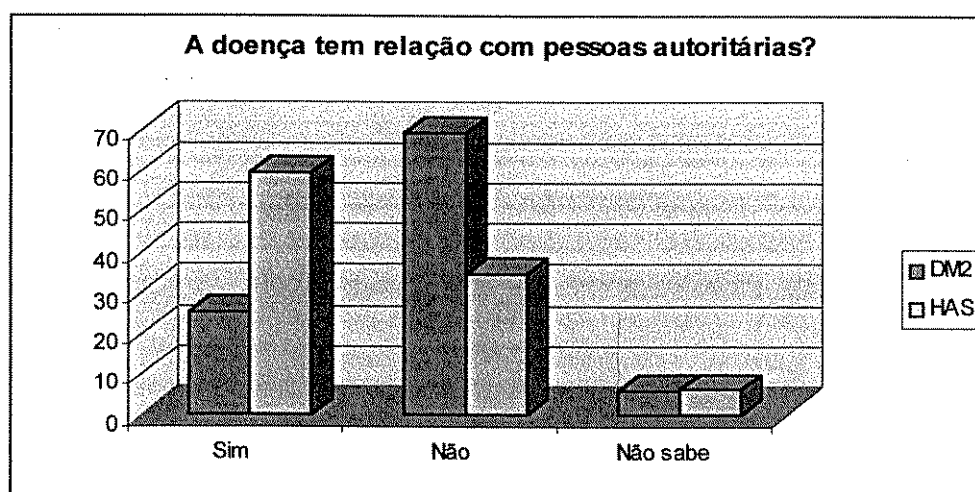
Obs. $p=0.036$

Gráfico 7-Tipo de personalidade – pessoas deprimidas.



Obs: $p = 0,005$

Gráfico 8-Tipo de personalidade – pessoas reprimidas.



Obs: $p < 0,001$

Gráfico 9-Tipo de personalidade – pessoas autoritárias.

Gráficos 6, 7, 8 e 9-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação ao tipo de personalidade correlacionada com a enfermidade:

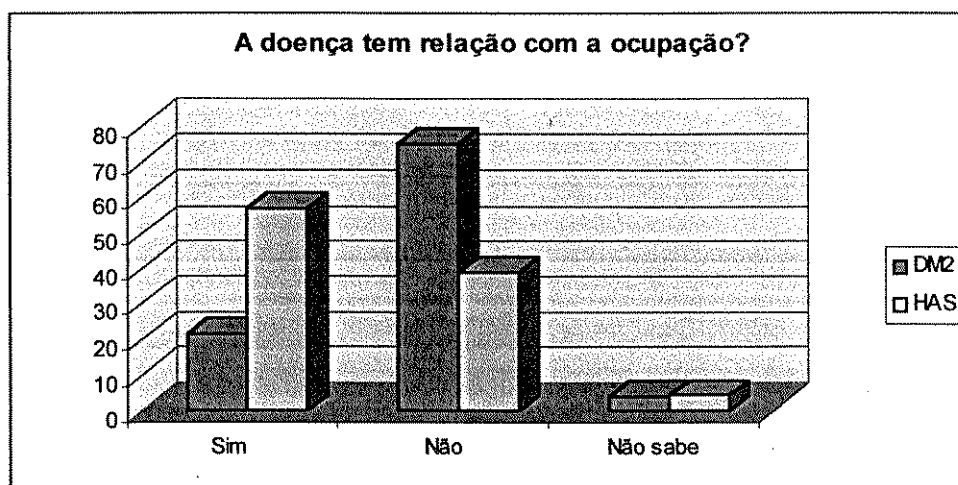
Questionados sobre os possíveis tipos de personalidade associados ao DM2 e HAS houve respostas bastante significativas na comparação entre os grupos. Em relação à doença ter relação com pessoas ansiosas, 25% dos DM2 acham que não existe relação enquanto que 97,6% dos hipertensos acham que sua doença tem relação com a ansiedade ($p<0,001$). Estudos de ALEXANDER (1987) revelaram que impulsos agressivos, inibidos, crônicos, que sempre estão associados à ansiedade, influenciam de maneira marcante o nível de pressão sanguínea. Segundo SHAPIRO (1982) e LIGHT (1987) as reações raivosas, os conflitos interpessoais, a ansiedade e os estímulos ambientais podem ser estressores que produzem reatividade pressórica ou hipertensão.

Em relação à doença ter relação com pessoas deprimidas, 69,2% dos DM2 acham que sua doença tem relação com a depressão e 48,9% dos HAS não fazem essa correlação ($p=0,036$). MILLER DE PAIVA (1996) afirma que estados depressivos em pacientes diabéticos podem ser observados, refletindo a expressão do esforço do paciente em elaborar a perda da saúde e da vitalidade. Caracterizam-se por reações de desesperança, apatia, isolamento, entrega e impotência. Nesta situação, o paciente volta a hostilidade e a angústia desencadeada pela doença contra si próprio, não encontrando alternativas para retornar seu equilíbrio psíquico.

Na distribuição, por opinião, entre a relação da enfermidade com pessoas reprimidas: 40,3% dos DM2 acham que essa relação não existe, mas 83,6% dos HAS acham que pessoas reprimidas são hipertensas. Na comparação entre os grupos, o resultado foi significativo ($p=0,005$). ALEXANDER (1987) diz que o hipertenso vive em conflito entre a hostilidade interior e sua inibição, havendo um gasto de energia muito grande. Em situações de explosão de raiva, contém seus impulsos e mantém seu comportamento estável, não dando expressão ao seu real sentimento. Portanto, a pressão da explosão deste sentimento fica contida dentro deste paciente.

Sobre a doença ter relação com pessoas autoritárias, 69,2% dos DM2 acham que não existe essa relação, enquanto que 59,1% dos HAS acham que sua doença tem relação com pessoas autoritárias ($p<0,001$).

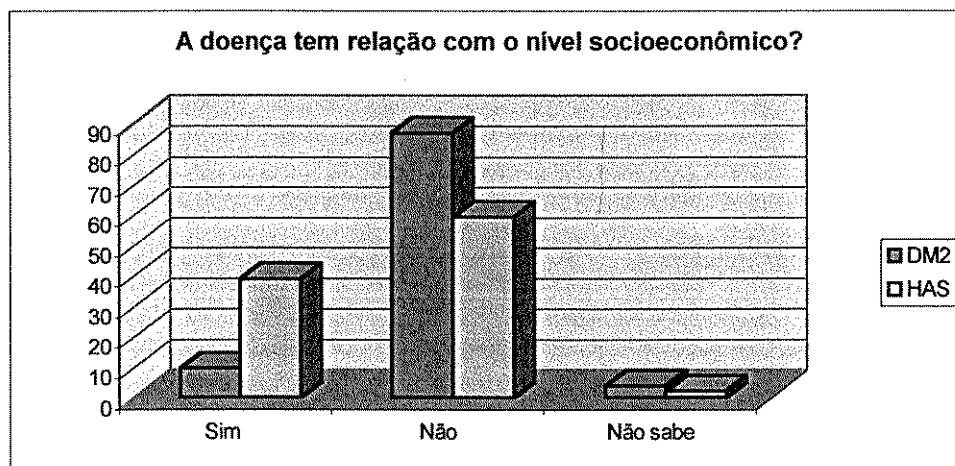
4.5-FATORES SOCIOCULTURAIS CORRELACIONADOS.



Obs: $p < 0,001$

Gráfico 10-Relação da doença com a ocupação.

Gráfico 10-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS acerca da correlação entre tipo de ocupação e a enfermidade:



Obs: $p = 0,002$

Gráfico 11-Correlação entre o nível socioeconômico e a enfermidade.

Gráfico 11-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS acerca da correlação entre o nível socioeconômico e a enfermidade:

Tabelas 16 e 17-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS acerca da correlação entre vontade divina e castigo em relação à enfermidade:

Tabela 16-Acha que a doença pode ter sido mandada por Deus?

	DM2	HAS	Total
Não	41 77,36%	43 87,76%	84
Sim	12 22,64%	5 10,20%	17
Não sabe	0 0,00%	1 2,04%	1
Total	53	49	102

Tabela 17-Acha que a doença pode acontecer como um castigo?

	DM2	HAS	Total
Não	51 96,23%	44 89,80%	95
Sim	2 3,77%	5 10,20%	7
Total	53	49	102

A distribuição, por opiniões, acerca da correlação entre o tipo de ocupação e a enfermidade foi significativa na comparação entre os grupos ($p < 0,001$). Nos pacientes DM2, 75% acham que essa correlação não existe enquanto 57,1% dos HAS acham essa correlação correta.

KASL e COBB (1980) relacionaram o desemprego como gerador de hipertensão. RIBEIRO et al. (1981) relacionou a hipertensão com elevado número de horas de trabalho. SHAPIRO e GOLDSTEIN (1982) constatarem, em suas pesquisas que a exposição permanente a ruídos elevados causam hipertensão, logo, segundo esses autores a percepção desses pacientes parece ser pertinente.

Quanto a possível associação entre o nível socioeconômico e a enfermidade, os resultados foram significativos na comparação entre os grupos ($p=0,001$). Nos pacientes DM2, 86,7% acham que esta associação não existe, muitos afirmam que “a doença não escolhe pobre ou rico”; 38,7% dos HAS acreditam que essa relação é possível e apontaram as classes pobres como aquelas que correriam mais riscos. SEAR (1982), em sua pesquisa, constatou que nível baixo de renda e menor acesso à educação seriam fatores geradores de hipertensão. LIGHT (1987); STEPTOE et al. (1984), constataram que a competitividade e a interação social elevam os níveis de pressão arterial.

Em relação às opiniões dos pacientes acerca da enfermidade estar relacionada à vontade divina ou associada a castigo ou punição, não houve diferença significativa entre os grupos:

- 77,3% dos DM2 não acreditam que a doença tenha sido mandada por Deus;
- 87,7% dos HAS também não acreditam nessa relação;
- 96,2% dos DM2 não acham que a doença possa acontecer como castigo;
- 89,8% dos HAS não acreditam nessa associação.

Expressões como:

“Deus não manda doença, só manda coisas boas...”

“Castigo não é coisa de Deus, é coisa do Diabo...”

estão de acordo com as crenças religiosas de que Deus é bom e traz momentos felizes para o paciente.

Percebe-se que, muitos pacientes, ao se reportarem a Deus, conseguem controlar suas doenças e ter a correta aderência tão necessária para a saúde.

4.6-INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.

Como foi descrito no método do presente trabalho, foram adotados pontos de corte de acordo com BECK et al. (1988), validados em estudo nacional publicado por GOREUSTEIN et al. (1995). Os resultados obtidos, publicados por GOREUSTEIN e ANDRADE (1996) confirmam a validade da versão em português do BDI, pela sua capacidade de diferenciar pacientes deprimidos de ansiosos e de sujeitos normais.

Os pontos de corte são:

- Menor que 10 = sem depressão;
- De 10 a 18 = depressão leve / ansiosa;
- De 19 a 29 = depressão moderada;
- De 30 a 63 = depressão grave.

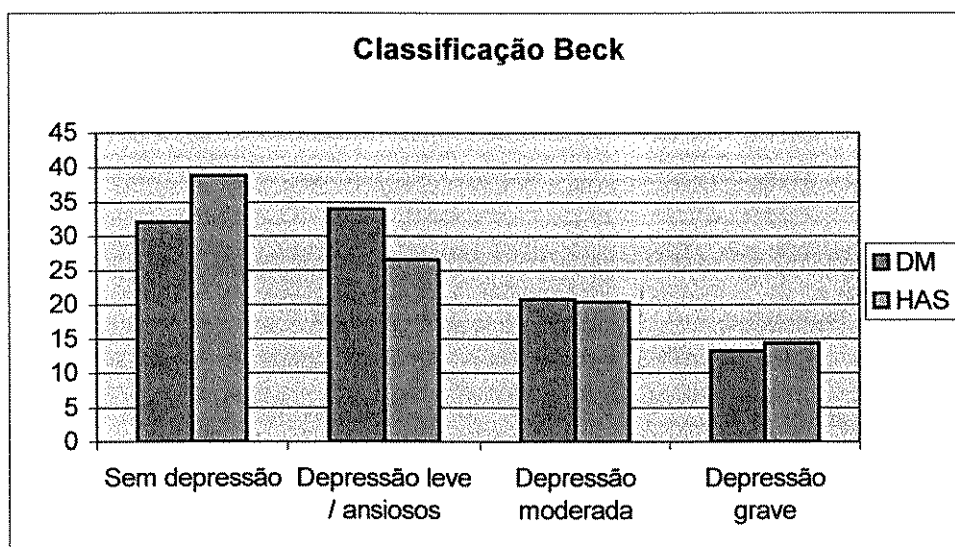


Gráfico 12-Classificação do inventário de depressão de Beck.

Verificou-se, através dos dados obtidos pelo Gráfico 12 que 32% dos pacientes DM2 e 38,7% dos pacientes HAS não apresentaram sintomas depressivos; 33,9% dos pacientes DM2 e 26,5% dos pacientes HAS foram classificados com grau leve / ansioso de depressão; 20,7% dos pacientes DM2 e 20,4% dos pacientes HAS apresentaram depressão moderada; 13,2% dos pacientes DM2 e 14,2% dos pacientes HAS foram classificados com

depressão grave.

Teste Qui – Quadrado: $\chi^2 = 0,81$; GL = 3; p = 0,847 (4 classes).

Teste Qui – Quadrado: $\chi^2 = 0,50$; GL = 1; p = 0,479 (2 classes).

Esta estatística revela que para as quatro classes analisadas (sem depressão, depressão leve / ansiosa, depressão moderada e depressão grave) p=0,847, ou seja, 33,9% dos DM2 e 26,5% dos HAS têm depressão leve/ansiosa. E para as duas classes analisadas (sem depressão ou com depressão leve/ansiosa moderada e grave) aproximadamente 60% dos pacientes apresentam algum tipo de depressão.

A presença de uma doença física, crônica e limitante, como a diabetes, aumenta o risco de aparecimento da depressão (GAVARD et al., 1993). Ao ocorrer associada a uma doença física, a depressão passa a representar um risco duplo: a sintomatologia psíquica piora a evolução da doença física e a presença da doença física piora o prognóstico da depressão (MAYOU et al., 1991). Em função disso, a população de diabéticos merece atenção especial quanto à presença de sintomas depressivos (SPIESS et al., 1994).

LUSTMAN e CARNEY (1997) fizeram um estudo usando o BDI para determinar depressão em pacientes diabéticos. O estudo mostrou que 36,6% dos 172 pacientes diabéticos apresentavam depressão e mostraram que o BDI foi muito eficaz nesta avaliação.

Vários estudos empíricos foram feitos por GAVARD et al. (1993); PALINKAS et al. (1991); PEYROT e RUBIN (1989, 1997) apontando a depressão como sendo mais prevalente em adultos com diabetes do que na população geral. Os dados, para a alta prevalência de taxas de depressão em pacientes diabéticos ainda não são bem compreendidos.

TALBOT e NOUWEN (2000) em um trabalho de revisão entre a relação da depressão e diabetes levantam duas hipóteses para ocorrência ou recorrência da depressão em diabéticos. A primeira hipótese diz que uma característica essencial da ocorrência de depressão em indivíduos acometidos de uma doença orgânica é decorrente de um distúrbio

proeminente e persistente do humor por causa dos efeitos fisiológicos dessas desordens físicas. A segunda hipótese especifica que a depressão resulta dos estresses e esforços associados a uma condição médica crônica e suas conseqüências debilitantes.

EVERHART e BENNETT (1985), em seus estudos, analisaram a relação entre depressão e o início do diabetes. A possibilidade mais importante é o peso do corpo, sendo em cima do peso associado o início do diabetes, comentam os autores; e os indivíduos deprimidos muitas vezes sofrem de problemas com apetite e peso (muito apetite e lucro de peso e muito pouco apetite e perda de peso).

Assim como a depressão, a ansiedade também é verificada em pesquisas com pacientes diabéticos (MILLER DE PAIVA, 1996). Esse autor diz que esses estados de ansiedade são determinados por temores, dúvidas, fantasias, apreensões e dependências.

MILLER DE PAIVA (1996) diz que em associação aos estados de ansiedade e culpa podem estar presentes distúrbios neuróticos como: medos específicos e fobias, comportamentos compulsivos e/ou ritualizados, inaptidão para tomar decisões, sensação geral de inadequação, impotência e desvalorização.

Esses comportamentos foram analisados pelas autoras dessa pesquisa no estudo dos traços de personalidade através do MMPI, vindo a confirmar esses dados da pesquisa, conforme se discutirá mais pormenorizadamente adiante.

Em um trabalho feito por PEYROT e RUBIN (1997) com objetivo de determinar níveis de depressão e sintomas de ansiedade em diabetes tipo 2 concluíram que o diabetes está associado com um aumento de perturbações psicológicas e que os fatores sociodemográficos têm peso grande nessas perturbações. Gênero foi um fator importante, apontando que as mulheres têm duas vezes mais chance de desenvolver estes transtornos; a raça também é fator de risco nos sintomas de ansiedade; educação é fortemente associada com a depressão: pessoas que tinham grau universitário tinham menos depressão do que as que tinham apenas 1º. ou 2º. grau. As pessoas casadas também são associadas com menor taxa de depressão que solteiros. Foi achado maior índice de depressão em idades que variavam de 40 a 49 anos e maiores sintomas de ansiedade entre pessoas de 30 a 39 anos.

Pode-se pensar que os pacientes DM2 e HAS que participaram desta pesquisa têm transtorno de humor (depressão e ansiedade) e que os mecanismos responsáveis pela maior prevalência desses transtornos ainda é desconhecida, porém devem envolver tanto processos psíquicos quanto biológicos (associados aos desequilíbrios hormonais e metabólicos da doença).

Pode-se concluir que nesse estudo a depressão/ansiedade apresentam características particulares em seu quadro clínico que podem confundir e dificultar o diagnóstico. Os sintomas somáticos ou físicos, observados frequentemente nos pacientes de DM2 e HAS, confundem-se com os sintomas de sua doença.

RODIN (1991) diz que através de um diagnóstico bem feito, uma opção terapêutica adequada pode ser estabelecida, o que certamente trará melhora da qualidade de vida, diminuição da mortalidade e morbidade.

4.7-SIGNIFICADO DA DOENÇA E ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

As análises dos resultados referentes ao significado da doença para os pacientes foram elaborados a partir do questionário semi-estruturado de história de vida, em que a pergunta **Qual o significado da doença em sua vida?** trouxe dados para melhor se compreender esse sentimento na vida dos pacientes.

Incluiu-se a frequência das palavras e das categorias, quanto à relação com eixos temáticos, expressas pelos DM2 e HAS com relação ao que consideraram sobre a representação e o significado da doença em suas vidas.

Para facilitar a leitura da discussão de resultados apresenta-se uma síntese das principais categorias advindas da análise.

Categorias relacionadas com o significado da doença para os pacientes DM2 e HAS.

Conteúdos depressivos: Ao serem interrogados sobre o significado da doença diabética em suas vidas, 34% dos pacientes DM2 mencionaram frases/palavras para construção dessa categoria como: “morte”, “vegetar”, “tristeza”, “dor”, “coisa muito ruim”, “mal estar”, “sofrimento”...

Essa doença é um estorvo, me priva de tudo... Eu não tenho ânimo para nada...

(Paciente, 46 anos, sexo feminino, é diabética há três anos).

Ter diabetes significa ter uma vida diferente... Fico muito triste, tenho que aplicar insulina todo dia... Tudo isso significa dor e sofrimento...

(Paciente de 60 anos, sexo feminino, é diabética há 8 anos).

Tudo que vou fazer tenho que pensar antes... É um sofrimento... Eu não queria ter essa doença...

(Paciente de 30 anos, sexo masculino, diabética há 3 meses).

Conforme ABRIC (1987):

a homogeneidade de uma população não é definida pelo consenso entre seus membros, mas sim, pelo fato de que sua representação se organiza em torno do mesmo núcleo central, do mesmo princípio gerador do significado que eles dão à situação ou ao objeto com o qual estão confrontados.

Sendo assim, os pacientes diabéticos constroem suas representações, atribuições internas se identificando com a patologia depressiva. São considerados tristes, que choram e sofrem muito. Mais do que um estado emocional, a representação do paciente diabético expressa uma condição de uma pessoa nervosa, apática, triste, isto é, alguém que, por sua própria natureza, diferencia-se dos outros seres humanos.

Outro aspecto importante é o fato de que a doença orgânica, de modo geral, é desencadeadora de uma regressão emocional que se pode expressar por intermédio de um quadro ansioso, depressivo ou de grande dependência. Em *Introdução ao Narcisismo*, FREUD (1914) chamou a atenção para esse fato, ao afirmar que o doente orgânico deixa de

se interessar pelo mundo exterior e retira o interesse libidinoso de seus objetos, deixando de amar enquanto sofre, pois as cargas da libido se retraem ao próprio ego. Pouco tempo depois, FREUD (1916), em *Luto e Melancolia*, procurou diferenciar estes dois estados emocionais, do ponto de vista psicodinâmico. Em ambos os casos, há uma reação à perda de algo, concreto ou abstrato, que tenha um grande significado para a pessoa (um ente querido, um ideal, a liberdade, a pátria, etc).

Essa reação caracteriza-se por um estado de ânimo profundamente doloroso, pela perda de interesse pelo mundo e por um prejuízo das funções psíquicas. O que diferencia o luto (processo normal) da melancolia (processo patológico) é que na melancolia há perda do amor próprio e surgem auto – acusações, que podem chegar a uma delirante espera de um castigo.

Nesta categoria (conteúdos depressivos) observa-se a predominância de um direcionamento negativo a respeito do significado que essas pessoas dão à sua doença e, conseqüentemente, às suas vidas. Assim sendo, nota-se que essas condições desfavoráveis apontadas pelos pacientes, têm repercussões sociais muito ruins.

LAPLANTINE (1991) falando sobre a antropologia da doença no qual ele organiza e explicita uma variedade de representações de patologias mostrando a necessidade cultural e social no direcionamento das causas e de tratamentos eficientes para estas. Em decorrência disto, acontece a permanente necessidade de se encontrarem explicações e condutas terapêuticas para melhorar a vida desses pacientes.

Outra categoria formada a partir da mesma pergunta: “significado da doença” foi diferentemente sentida pelo grupo comparativo HAS.

Conteúdos ansiogênicos do grupo comparativo: 26,5% dos pacientes hipertensos (HAS) mencionaram palavras/frases para formar essa categoria. As palavras mais usadas foram: “preocupação”, “controle”, “barreira muito grande na vida”, “grande perigo”, “stress”, “tensão constante”, “medo”, ...

Só de pensar na hipertensão já me sinto mal, preciso medir minha pressão quase todo dia, quando está alta sinto muito medo, não consigo me controlar...

(Paciente de 49 anos, sexo feminino, hipertensa há 2 anos).

A hipertensão significa um aperto, um nó, um peso que preciso carregar...

(Paciente de 30 anos, sexo feminino, hipertensa há 8 meses).

Eu sou muito nervoso e aí quando eu fico nervoso, ela me ataca...

(Paciente de 40 anos, sexo masculino, hipertenso há 5 anos).

Pra mim é tudo de ruim, fico nervosa, tenho raiva, não consigo me controlar... (Paciente de 55 anos, sexo feminino, hipertensa há 4 anos).

Para os pacientes hipertensos, a doença significa seus sintomas: tonturas, dores de cabeça, nervosismo, dores pelo corpo, controle.

LANE (1988) diz que a representação é aquilo que nos permite explicar o mundo que nos cerca. A representação decorre da nossa convivência. Ela implica ação, experiência e conhecimento de um objeto ou situação e o significado se passa a atribuir a estes. Conseqüentemente, representação é o sentido pessoal que atribuímos aos significados elaborados socialmente.

Pelas respostas dos pacientes, percebe-se o quanto sua afetividade está envolvida com o modo de relacionar-se com a realidade da doença. Os sentimentos de negação e revolta constituem parte de um processo gradual de se conscientizar e aceitar sua doença.

KAPLAN e SADOCK (1990) dizem que a ansiedade adverte sobre uma ameaça externa ou interna, como perigo de dano físico, dor, impotência, possível punição ou frustração de necessidades sociais ou corporais, de separação de entes queridos, de ameaças à unidade ou integridade da pessoa. A ansiedade previne o dano, alertando a

pessoa para que esta tome certas medidas para evitar o perigo. A ansiedade patológica é uma resposta inadequada a um determinado estímulo, em virtude de sua intensidade ou duração.

O grupo comparativo dos pacientes hipertensos constrói suas representações, atribuições internas, com fortes tonalidades agravantes sobre o sujeito ansioso.

Este é considerado uma pessoa nervosa, que tem raiva, que não interage. A representação social dos pacientes hipertensos é de uma sintomatologia ansiosa, tendendo a expressar a própria experiência existencial no “nervosismo” e na “raiva”. No senso comum, a ansiedade é representada como uma forma de expressão da dor humana.

Doença que exige cuidados especiais: teve um significado importante na análise para formação desta categoria tanto no DM2 como no HAS; 24,5% dos DM2 classificaram esses cuidados como bastante significativos em suas vidas e 20,4% dos HAS acreditam que os cuidados especiais significam que estarão sempre doentes. As palavras / frases mais mencionadas para a formação dessa categoria foram: medições, dietas, exames, cuidados médicos, cuidados na alimentação, cuidado para não se machucar, etc. Os pacientes DM2 e HAS referem-se aos cuidados como algo que incomoda, é desagradável e requer mudanças. Esses cuidados muitas vezes se relacionam a sentimentos de morte, se não houver mudanças de atitude.

O diabetes é uma doença perigosa, que pode me matar. Tenho que controlar tudo: remédios, comida, nervoso ...

(Paciente diabética, 47 anos, sexo feminino, diabética há 6 meses).

Às vezes eu esqueço de tomar os remédios e daí eu passo mal, eu não posso esquecer r...

(Paciente hipertenso, 52 anos, sexo masculino, hipertenso há 5 anos).

A gente tem que ter cuidado com tudo, não posso ficar nervosa, não posso comer sal, não posso esquecer o remédio ...

(Paciente hipertensa, 40 anos, sexo feminino, hipertensa há 2 anos).

Eu tenho medo do diabetes subir muito e eu morrer, às vezes eu não sinto quando sobe ...

(Paciente diabética, 60 anos, sexo feminino, diabética há 3 anos).

SCALCO et al. (1996), estudando um número significativo de pacientes diabéticos, observou que aqueles com depressão e ansiedade possuem maiores dificuldades para lidar com sua enfermidade. Assim sendo os cuidados frente à doença produz controle, repressão, temor e prejudica sua aderência ao tratamento.

ANDERSON e KIRK (1982) diz que quanto maior a freqüência de eventos a ser seguido pelo paciente – ingestão de medicamentos, alimentação, atividade física, consultas de controle entre outros requeridos pelo esquema terapêutico – maior a dificuldade em segui-lo. Por isso que tratamentos longos, como o caso das doenças crônicas e onde os cuidados devem ser freqüentes, influem na adesão. Se a grande maioria dos nossos pacientes DM2 e HAS mencionou dificuldades nos cuidados com a doença, isso tem que ser uma preocupação constante dos profissionais da área de saúde e não apenas do médico. Deve-se avaliar a todo o momento se o paciente está realizando o tratamento de forma correta, quais os fatores que estão influenciando na adesão e como esses fatores podem ser modificados. Vários estudos nacionais e internacionais (DÉJOURS, 1998, que estudou a saúde do proletariado; HELLER, 1985, estudou sobre emoção e personalidade; CHAUI, 1987, que fez um estudo sobre o medo; NASCIMENTO, 1991, analisou as representações da morte em pacientes com câncer; DEBRAY, 1995, que estudou manifestações psicológicas do diabetes) analisaram as diferentes manifestações do sofrimento psicossocial, colocando a necessidade de trabalhar e estudar cada vez mais a importância desse comportamento.

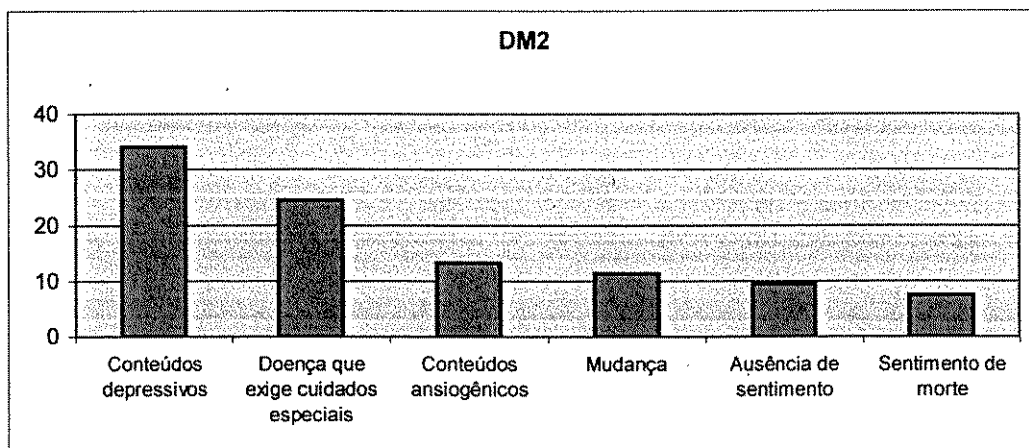


Gráfico 13-Categorias relacionadas ao significado da doença – DM2.

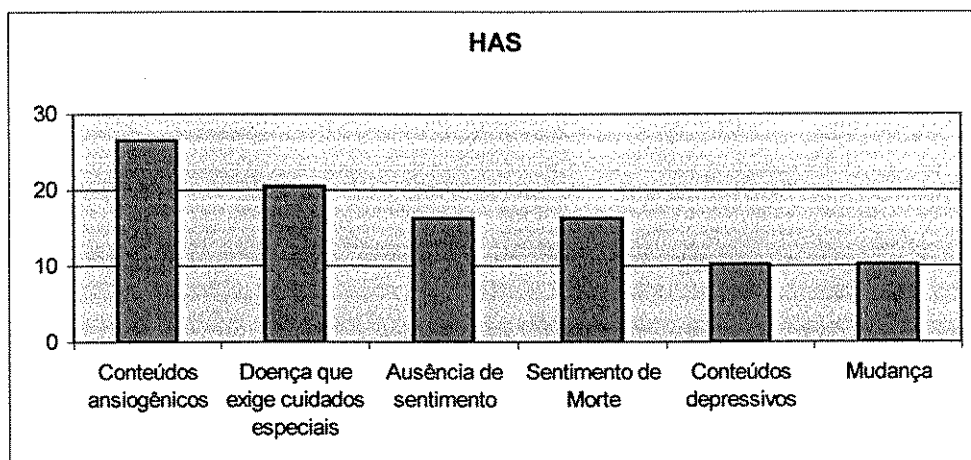


Gráfico 14-Categorias relacionadas ao significado da doença – HAS.

As análises dos resultados referentes à aderência dos pacientes em relação ao tratamento clínico foram feitas através de perguntas contidas no questionário de história de vida com o intuito de saber se esses pacientes tinham uma aderência total, parcial ou nenhuma. As perguntas chaves foram:

a) Se o paciente faz controle clínico e laboratorial.

Tabela 18-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a fazer controle clínico e laboratorial da doença:

	DM2	HAS	Total
Não	13 25,00%	14 28,57%	27
Sim	39 75,00%	35 71,43%	74
Total	52	49	101

Na distribuição dos pacientes, quando foi perguntado se eles fazem controle correto no sentido clínico e laboratorial, as respostas foram homogêneas: 75% dos DM2 fazem controle e 71,4% dos HAS também controlam sua doença neste sentido. ($p=0,685$)

b) Se o paciente toma os medicamentos e quais são.

Tabela 19-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS, em relação a fazer uso de medicamentos e quais medicamentos mais usados:

Faz uso de medicamentos (DM2)?

	Frequência	Porcentagem
Hipoglicemiante	26	49,1%
Insulina	22	41,5%
Hipoglicemiante + Insulina	4	7,5%
Nenhum	1	1,9%

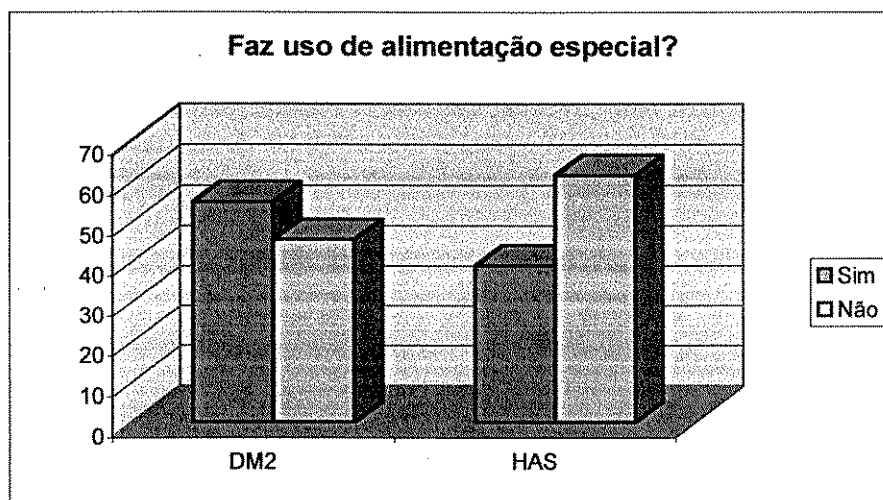
Faz uso de medicamentos (HAS)?

	Frequência	Porcentagem
Anti-hipertensivos	20	40,8%
Diurético + Anti-hipertensivos	17	34,7%
Diurético	10	20,4%
Nenhum	2	4,1%

No que se refere a fazer uso de medicamentos e quais são os mais usados, os pacientes DM2 usam os seguintes medicamentos: 49% usam hipoglicemiantes e 41,5% usam insulina; os pacientes HAS fazem uso dos seguintes medicamentos: 40,8% usam remédios anti-hipertensivos e 34,7% usam anti-hipertensivos e diuréticos.

c) Se o paciente faz uso de um plano especial de alimentação.

Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a fazer uso de plano especial de alimentação:



Obs. $p=0,107$

Gráfico 15-Uso de alimentação especial.

Por outro lado, quando perguntado a respeito de fazer uso de um plano de alimentação especial, 45,2% dos DM2 não fazem dieta alimentar e 61,2% dos HAS também não fazem uso de plano especial de alimentação.

Segundo o consenso brasileiro de conceitos e condutas para o *Diabetes Mellitus* (1997), o plano de alimentação é o ponto fundamental do tratamento do diabetes. Não é possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. Este plano deverá ser personalizado, individual, fracionado e adaptado às condições de vida do indivíduo

diabético. No caso dos pacientes com hipertensão arterial, o sal deve ser restringido a 4g por dia. Desaconselha-se agregar sal às refeições. Os hipertensos devem evitar enlatados e alguns tipos de queijos.

Em relação ao alimento WOODMAN (1980) escreve:

a gordura deve ser ‘colocada no fogo’ para produzir o crescimento. A mulher deve encarar a sua própria sombra para encontrar o tesouro; o relacionamento consciente com o próprio corpo pode dar-lhe a oportunidade de relacionar-se com seu próprio sentimento feminino inconsciente.

d) Se o paciente faz exercícios físicos.

Tabela 20-Distribuição dos pacientes DM2 e HAS em relação a fazer exercícios físicos:

	DM2	HAS	Total
Não	27 50,94%	24 48,98%	51
Sim	26 49,06%	25 51,02%	51
Total	53	49	102

A distribuição dos pacientes em relação a fazer exercícios físicos, 50,9% dos DM2 não fazem exercício e 48,9% dos HAS também não fazem exercício ($p=0,843$).

Segundo o Brasil. Ministério da Saúde (1994), quanto o diabético pretende se beneficiar das vantagens proporcionadas pelo exercício físico, algumas considerações básicas devem ser feitas:

- o exercício físico não substitui a insulina e deve ser encarado como uma medida de apoio e não como um objetivo terapêutico por si só;
- o exercício pode causar piora aguda no controle metabólico em diabéticos malcompensados e, portanto, só deve ser praticado quando o estado metabólico estiver razoavelmente compensado;

- c) como para qualquer pessoa, o exercício só será benéfico quando praticado de forma regular e gradativa;
- d) o tipo de exercício deve ser adequado às possibilidades e limitações do paciente, considerando-se as possíveis complicações crônicas dos pacientes.

Esses dados nos fazem pensar que os cuidados com a alimentação é o que dificulta, realmente, a aderência ao tratamento. Observa-se que os pacientes da pesquisa de DM2 e HAS buscam o alimento não somente motivados pelo instinto de sobrevivência, mas também motivados por fatores psicológicos.

WOODMAN (1980) diz:

a comida torna-se o foco da depressão, da raiva deprimida, da ansiedade e da sexualidade reprimida. A comida passa a ser um meio de controlar o próprio destino, de exprimir desafio ao controle dos outros, desafio à lei e aos costumes sociais e até desafio à natureza ou a Deus. A comida torna-se o bode expiatório de todas as emoções, formando o núcleo em torno do qual gira a personalidade.

Sabe-se, através da literatura, (KLEIN, 1991) que existe uma relação intrínseca entre as primeiras relações objetais e a busca de alimento. Pode-se supor, então, que as primeiras relações tanto dos indivíduos DM2 quanto dos HAS não foram suficientemente boas. Uma das poucas formas contra as frustrações que este indivíduo tem é de recorrer ao alimento, que, carregado de simbologia, passa a ser sinônimo de afeto, amor, acolhimento e aceitação.

Para se conseguir uma aderência necessária para prevenir as complicações tão indesejadas é necessário tratar os pacientes holisticamente, ajudando-os a superar seus conflitos físicos e psíquicos.

4.8-ASSOCIAÇÃO ENTRE ADERÊNCIA E O SIGNIFICADO DA DOENÇA

Para classificação da aderência foram utilizados quatro itens: realização de exames laboratoriais, uso de medicamentos, plano especial de alimentação e realização de exercícios físicos. A aderência foi medida em graus de acordo com a presença desses quatro fatores: grau 0 para nenhum dos fatores presentes; grau 1 para realização de um dos fatores; grau 2 para dois dos fatores; grau 3 para realização dos três fatores e grau 4 para presença dos quatro fatores. A aderência também foi comparada entre os grupos DM2 e HAS.

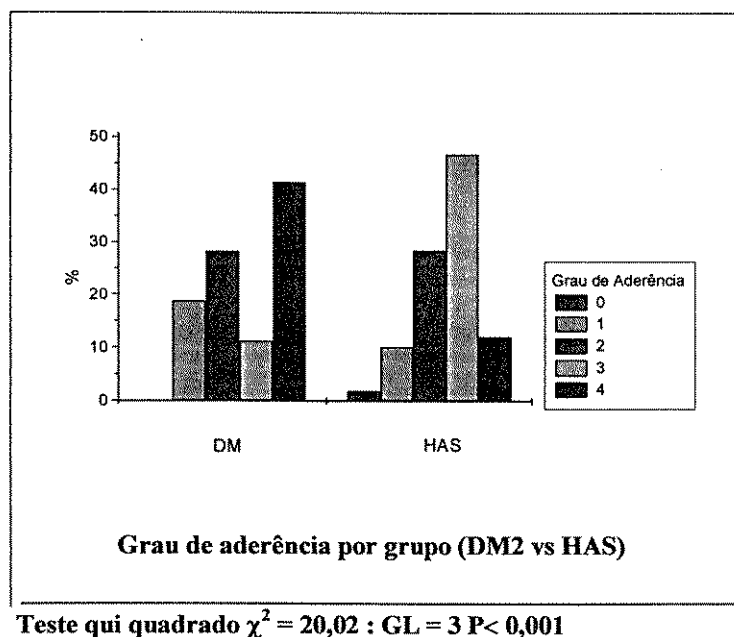
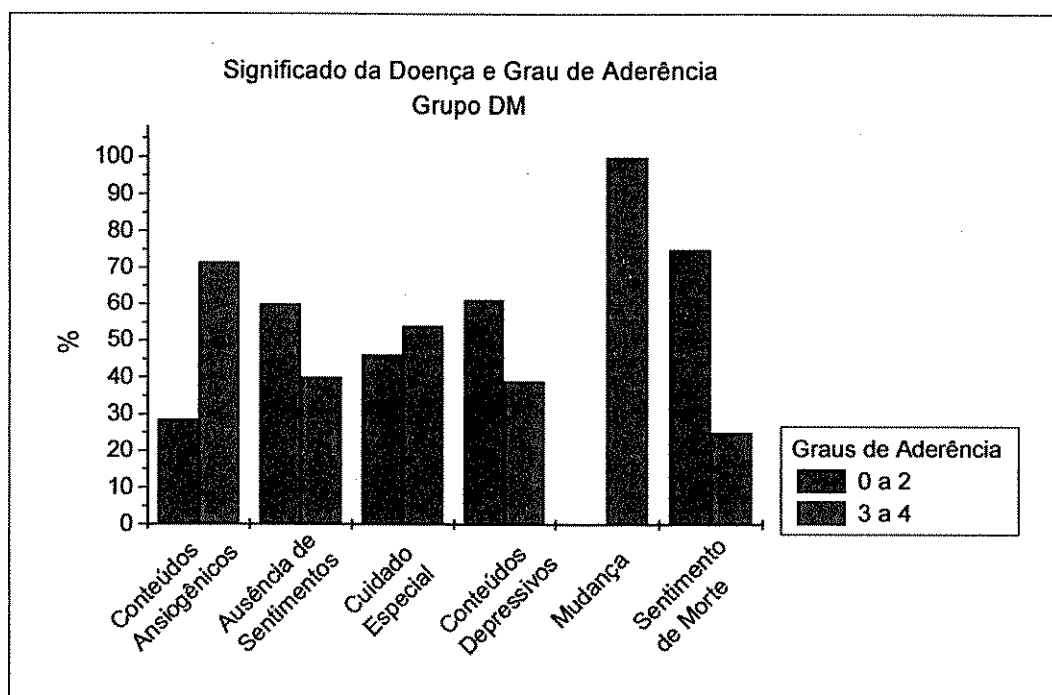


Gráfico 16-Grau de aderência por grupo.

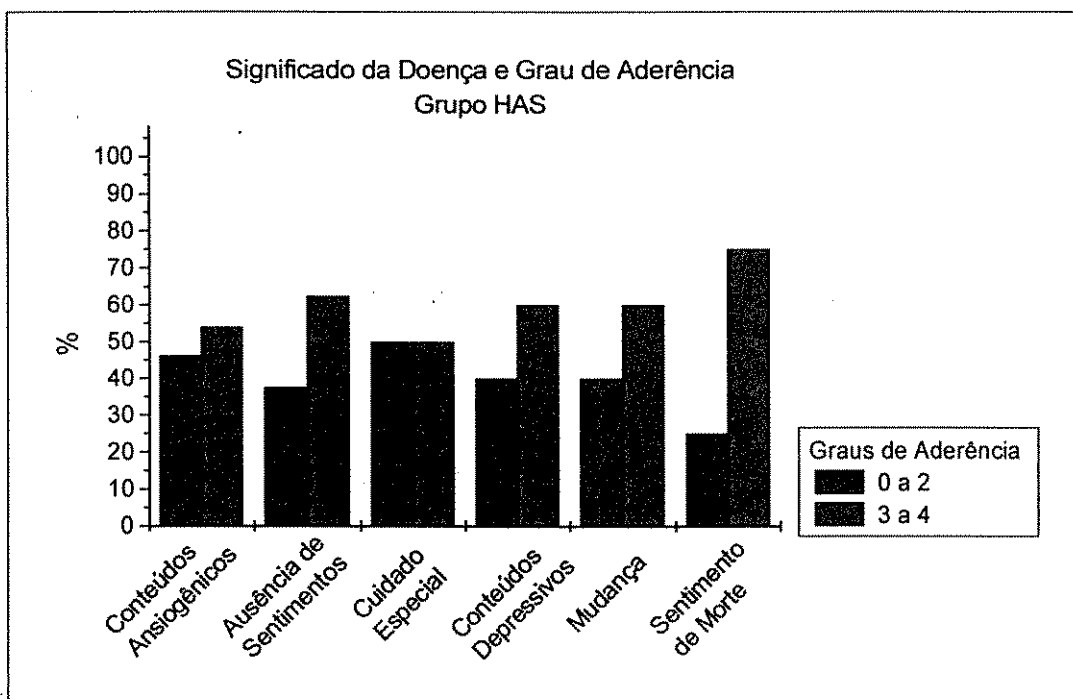
Na distribuição desta associação entre aderência e significado, os pacientes DM2 obtiveram 41,5% (grau 4), privilegiando maior aderência. No grupo comparativo HAS os pacientes obtiveram 46,9% (grau 3) sendo a aderência desses pacientes menor. Pode-se concluir que os pacientes DM2 parecem ser mais aderentes que os HAS na distribuição de graus de aderência ($p < 0,001$).

Quando se cruzam as palavras-chaves para o significado da doença com os graus de aderência medidos agrupando as categorias 0.1.2. vs 3.4 chega-se ao seguinte resultado: entre os pacientes diabéticos que referiram conteúdos depressivos na pesquisa 61,1% mostraram-se menos aderentes, e entre os de sentimento de morte 75,0% são não aderentes, enquanto que os pacientes hipertensos apresentaram como significado da doença fatores positivos (conteúdos de uma doença que exige cuidados especiais) e negativos (conteúdos depressivos e sentimento de morte) na mesma proporção.



(0-2 vs 3-4): FISHER: $p = 0.085$ (tendência)

Gráfico 17-Associação entre aderência e significado da doença.



(0-2 vs 3-4): FISHER: $p = 0.948$

Gráfico 18-Associação entre aderência e significado da doença.

Assim sendo, observou-se uma associação levemente significativa entre o significado da doença e o grau de aderência nos pacientes DM2.

Isso pode ser explicado pelo impacto da doença diabética, pela desestrutura que ela causa na vida desses pacientes que muitas vezes mesmo seguindo todas as regras para a boa aderência ao tratamento, os significados para a vida são de bastante sofrimento.

De acordo com esses dados em relação à hipótese dessa pesquisa:

a boa aderência do tratamento depende do significado (ou da representação) que os pacientes fazem de sua doença: significados com conteúdos positivos (revestidos de esperança e confiança) facilitam a aderência. (Essa hipótese é verdadeira somente para os pacientes DM2).

Esses fatores que fazem com que o paciente diabético sinta um grande sofrimento em sua vida, não passa apenas por medidas preventivas ou educacionais; é necessário mudar a visão que tem-se da doença e a equipe de profissionais que cuida desses pacientes tem que estar mais habilitada e coesa, para a melhoria do atendimento.

CLAYTON e EFRON (1994) admitem que as crenças do paciente a respeito de sua saúde e de seu adoecer são decisivas no tratamento.

COLEMAN (1985) diz que são quatro os maiores componentes que estão envolvidos no comportamento do médico e que podem ter um impacto sobre a aderência do paciente ao tratamento: compaixão, comunicação, responsabilidade compartilhada e uma atitude de consideração aliada à esperança e interesse pela eficácia do tratamento.

Para melhorar os níveis de adesão ao tratamento é importante saber o grau de conhecimento, as preferências dos pacientes em relação ao tratamento, considerando suas crenças, seus hábitos e a história cultural desse paciente. Por estas razões, deu-se ênfase à pesquisa destes dados em nosso trabalho de mestrado.

4.9-ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE (SOCIAL READJUSTMENT RATING SCALE HOLMES E RAHE, 1967).

Tabela 21-Eventos da escala de Holmes e Rahe, por grupo.

Eventos	Grupo DM2		Grupo HAS		p-valor*
	n	%	n	%	
1 MORTE DO CÔNJUGE	3	5.7	4	8.2	0.708*
2 DIVÓRCIO	4	7.5	5	10.2	0.735*
3 SEPARAÇÃO CONJUGAL	9	17.0	8	16.3	0.929
4 CONDENAÇÃO À PRISÃO	8	15.1	1	2.0	0.032*
5 MORTE DE PARENTE PRÓXIMO	35	66.0	27	55.1	0.258
6 ABORRECIMENTO GRAVE OU DOENÇA MENTAL	19	35.8	18	36.7	0.926
7 CASAMENTO	14	26.4	10	20.4	0.475
8 DISPENSA DE EMPREGO	14	26.4	14	28.6	0.807
9 RECONCILIAÇÃO CONJUGAL	4	7.5	3	6.1	1.000*
10 APOSENTADORIA	15	28.3	5	10.2	0.021
11 PROBLEMA DE SAÚDE EM MEMBRO DA FAMÍLIA	34	64.2	27	55.1	0.352
12 GRAVIDEZ	6	11.3	10	20.4	0.207
13 PROBLEMAS SEXUAIS	14	26.4	5	10.2	0.036
14 ENTRADA DE NOVO MEMBRO NA FAMÍLIA	18	34.0	14	28.6	0.558
15 MUDANÇA DE EMPREGO	9	17.0	12	24.5	0.349
16 MUDANÇA DE NÍVEL DE RENDA	26	49.1	21	42.9	0.530
17 MORTE DE AMIGO ÍNTIMO	14	26.4	13	26.5	0.989
18 MUDANÇA PARA TIPO DIFERENTE DE TRABALHO	14	26.4	6	12.2	0.072
19 AUMENTO DAS DISCUSSÕES COM O CÔNJUGE	13	24.5	9	18.4	0.450
20 HIPOTECA ACIMA DE US\$10.000	4	7.5	2	4.1	0.679*
21 EXECUÇÃO DE HIPOTECA OU EMPRÉSTIMO	8	15.1	2	4.1	0.095*
22 MUDANÇA NAS RESPONSABILIDADES DE TRABALHO	11	20.8	6	12.2	0.249
23 SAÍDA DE FILHO(A) DO LAR	8	15.1	11	22.4	0.340
24 PROBLEMAS COM PARENTES PRÓXIMOS	17	32.1	21	42.9	0.260
25 EMPREENHIMENTO PESSOAL PENDENTE	9	17.0	5	10.2	0.320
26 CÔNJUGE COMEÇA OU DEIXA DE TRABALHAR	6	11.3	4	8.2	0.743*
27 INÍCIO OU TÉRMINO DE ESTUDOS	7	13.2	6	12.2	0.884
28 MUDANÇA NAS CONDIÇÕES DE VIDA	30	56.6	20	40.8	0.111
29 REVISÃO DOS HÁBITOS PESSOAIS	13	24.5	15	30.6	0.492
30 PROBLEMA COM O CHEFE	2	3.8	4	8.2	0.424*
31 MUDANÇA DE HORÁRIO OU CONDIÇÃO DE TRABALHO	15	28.3	3	6.1	0.003
32 MUDANÇA DE RESIDÊNCIA	21	39.6	11	22.4	0.062
33 MUDANÇA DE ESCOLA	3	5.7	5	10.2	0.476*
34 MUDANÇA DE ATIVIDADES DE LAZER	11	20.8	8	16.3	0.566
35 MUDANÇA DE ATIVIDADES RELIGIOSAS	8	15.1	4	8.2	0.278
36 MUDANÇA DE ATIVIDADES SOCIAIS	6	11.3	5	10.2	0.856
37 HIPOTECA/EMPRÉSTIMO INFERIOR A US\$10.000	4	7.5	4	8.2	1.000*
38 MUDANÇA DE HÁBITOS DE DORMIR	14	26.4	14	28.6	0.807
39 MUDANÇA NA FREQUÊNCIA DE REUNIÕES DE FAMÍLIA	8	15.1	7	14.3	0.908
40 MUDANÇA DE HÁBITOS ALIMENTARES	33	62.3	23	46.9	0.120
41 FÉRIAS	7	13.2	10	20.4	0.330
42 NATAL	12	22.6	14	28.6	0.492
43 PEQUENAS INFRAÇÕES À LEI	9	17.0	5	10.2	0.320

* testes com asterisco equivalem ao teste exato de Fisher; demais testes equivalem ao teste Qui-Quadrado.

Da análise dos dados da Tabela 21 verifica-se diferença significativa entre os grupos DM2 e HAS, apenas para os eventos de “condenação à prisão” 15,1%, constituídos de 8 pacientes para o DM2 e 2% para o HAS ($p=0,032$); “aposentadoria”, 28,3% constituídos de 15 pacientes para o DM2 e 10,2% para o HAS ($p=0,021$); “problemas sociais”, 26,4% constituído de 14 pacientes para o DM2 e 10,2% para o HAS ($p=0,036$); “mudança de horário ou condição de trabalho”, 28,3% constituído de 15 pacientes para DM2 e 6,1% para HAS ($p=0,003$).

CATALANO e DOOLEY (1977) verificaram que mudanças nas condições econômicas, especialmente relacionadas ao desemprego, aposentadoria, apresentavam co-relação significativa com o estado psicológico e os eventos da vida. Sem dúvida, os processos sociais como a industrialização, a urbanização e os problemas sociais que essas mudanças acarretam, influenciam significativamente a vida das pessoas.

HAYNAL (1983) fala que a doença modifica a situação do indivíduo na relação conjugal, com o grupo familiar, profissional ou social. Sabe-se dos ganhos secundários advindos desta situação, com alterações no equilíbrio do casal e da família, no emprego e na sociedade, sobretudo quando a doença se cronifica. Este autor recorda que o inverso também ocorre: a vida social exerce influência sobre a saúde, principalmente em situações de perda. Menciona uma série de situações em que já se verificaram alterações da morbidade e mortalidade associadas a problemas sociais.

WITTKOWER (1955), em suas pesquisas, aponta que, nas classes de baixa renda, as doenças psicossomáticas superam em mais de três vezes a incidência nas classes mais favorecidas e comenta que tal incidência também aumenta nas modernas sociedades tecnológicas, em que o contato humano se empobrece, passando a linguagem corporal a ter um papel importante, ao ser comparada com as possibilidades de expressão verbal.

DOHRENWEND e DOHRENWEND (1970) chamam a atenção de que um médico atento, diante de seu paciente acometido por um episódio patológico agudo, pode procurar colher uma história social tão boa quanto uma história médica, porém raramente ele está preparado para saber o que fazer com tais informações. Assim esses autores comentam a necessidade do trabalho conjunto com psicólogos e assistentes sociais para

lidar com a questão do estresse social, principalmente nos patológicos com a clara influência deste elemento, como o alcoolismo, suicídio, etc.

Nessa pesquisa pode-se observar que, quando um evento de vida estressante e o início de uma doença (DM2 e HAS) ocorreram na mesma época, o evento estressante veio primeiro. Assim pode-se pensar que a experiência de um evento de vida estressante aumenta o risco para o início da doença.

Observa-se, também, que fatores socioculturais ajudaram a compreender o comportamento da pessoa adoecida. Pode-se pensar que, dependendo de como os eventos estressantes se apresentam, existe uma mudança na doença e nas suas significações. As expectativas frente aos médicos e ao tratamento, também mudam, influenciando na aderência.

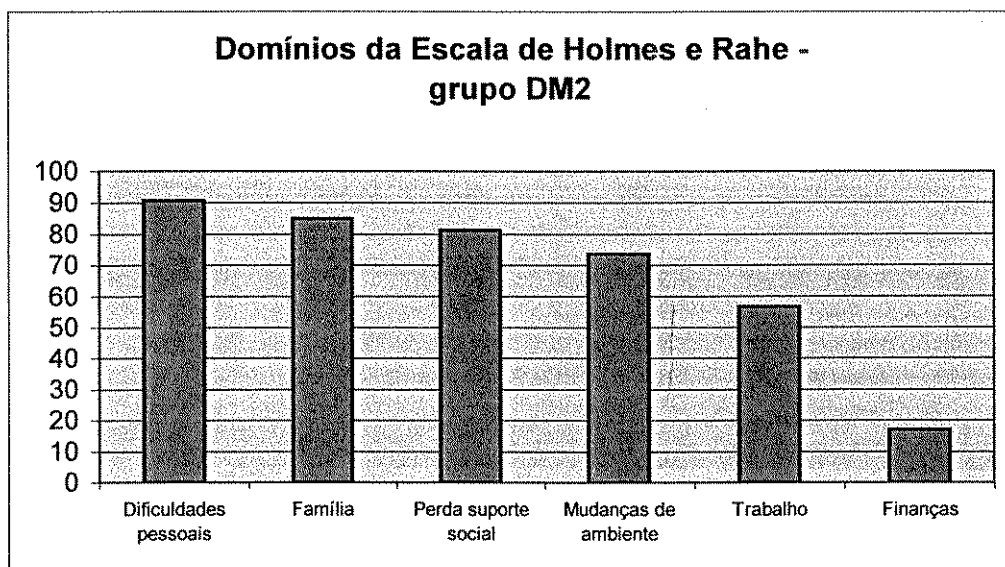


Gráfico 19-Escala de Holmes e Rahe – grupo DM2.

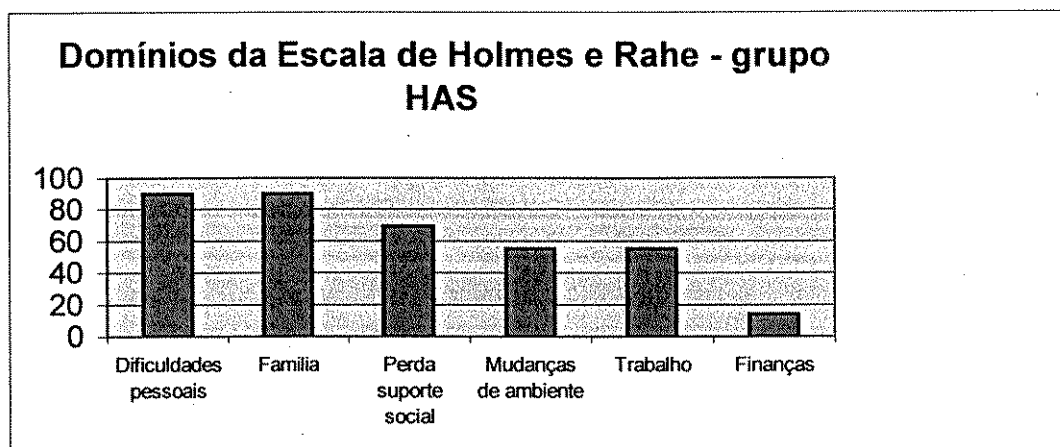


Gráfico 20-Escala de Holmes e Rahe – grupo HAS.

A partir dos eventos estressantes de vida da Escala de Holmes e Rahe foram construídas seis categorias: trabalho, perda de suporte social, família, mudanças no ambiente, dificuldades pessoais e finanças.

Na presente pesquisa, os resultados foram bastante homogêneos: 90,6% dos pacientes DM2 disseram que as dificuldades pessoais seriam a maior fonte de estresse; 89,8 dos pacientes HAS também assinalaram as dificuldades pessoais como fator importante de estresse. Nessa categoria estão incluídos: problemas de saúde, mudança de hábitos pessoais, mudança de hábitos alimentares, mudança de atividades sociais, mudanças de atividades religiosas, acidentes, dificuldades sexuais e aposentadoria; 84,9% dos DM2 responderam que a “família” ou os problemas relacionados a ela seriam também geradores de estresse; 89,8% dos HAS assinalaram que a “família” é fator importante no estresse. Nesta categoria estão incluídos: doenças da família, separação, casamento, gravidez e nascimento na família; 81,1% dos pacientes DM2 responderam que a “perda de suporte social” também era geradora de estresse; 69,4% dos HAS também concordam que a “perda de suporte social” é fator estressante. Nesta categoria estão incluídos: morte de alguém da família, de um amigo, do cônjuge; 73,6% dos DM2 e 55,1% dos HAS responderam que mudanças no ambiente são fontes estressantes. Nesta categoria estão

incluídos: mudança de casa, escola, mudança do número de pessoas morando em casa; 56,6% dos DM2 e 55,1% dos HAS responderam que o trabalho seria uma fonte estressante. Nesta categoria estão incluídos: mudanças de trabalho, dificuldade com o chefe, perda de emprego e reconhecimento profissional; 17% dos DM2 e 14,3% dos HAS reconhecem as finanças também como fonte de stress. Nesta categoria estão incluídas: perdas financeiras e dívidas.

Desde que foi estudado pela primeira vez, há trinta anos, por HOLMES e RAHE (1967), eventos da vida estressantes foram o enfoque principal da epidemiologia psiquiátrica. Em particular, numerosas investigações acharam uma correlação entre ocorrência de eventos de vida estressante e o início subsequente de uma doença (KUNE et al., 1991; RAMIREZ et al., 1989; LIEN e LIEN, 1978). O objetivo da aplicação dessa escala, em nosso trabalho, foi explorar a natureza do relacionamento entre eventos de vida estressante e o início da doença, em nosso caso DM2 e HAS.

Dos 43 eventos de vida estressante apresentados aos pacientes três categorias (dificuldades pessoais, família e perda de suporte social) estariam significativamente associados com o início da doença para os dois grupos.

Trabalhos de SURWITT et al. (1992), GILL (1991) demonstraram que a interferência do diabetes no comportamento, ajustamento psicossocial na família e na qualidade de vida eram muito significativos.

Ampliar a abordagem das pesquisas, contextualizando os eventos e analisar os processos sociais básicos que os determina, é de fundamental importância.

4.10-TRAÇOS DE PERSONALIDADE – ANÁLISE DO INVENTÁRIO MULTIFÁSICO MINESOTA DE PERSONALIDADE (MMPI)

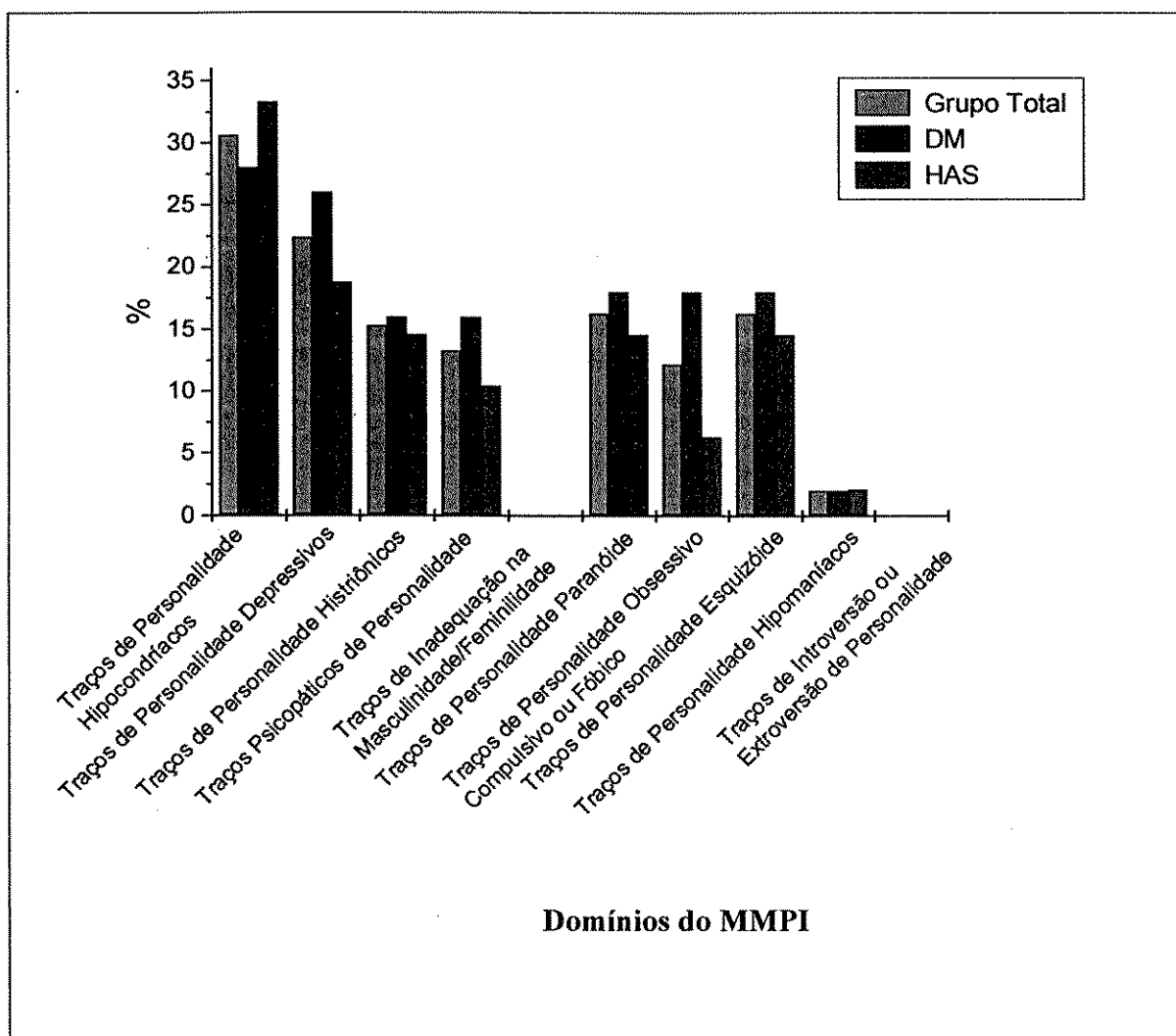


Gráfico 21-Escalas do MMPI

Os resultados das escalas clínicas foram:

- Escala 1: Hs – traços de personalidade hipocondríacos – pontuação maiores que 70: 28% dos pacientes DM2 e 33,3% dos pacientes HAS.
- Escala 2: D – traços de personalidade depressivos – pontuações maiores que 70: 26% dos pacientes DM2 e 18,7% dos pacientes HAS.

- Escala 3: Hy – traços de personalidade histriônicos – pontuações maiores que 70: 16% dos pacientes DM2 e 14,5% dos pacientes HAS.
- Escala 4: Pd – traços de personalidade desvio psicopáticos - pontuações maiores que 70: 16% dos pacientes DM2 e 10,4% dos pacientes HAS.
- Escala 5: Mf – traços de inadequação na masculinidade/feminilidade - pontuações maiores que 70: os pacientes DM2 e HAS não obtiveram escores maiores do que 70 nesta escala.
- Escala 6: Pa – traços de personalidade paranóide - pontuações maiores que 70: 18% dos pacientes DM2 e 14,5% dos pacientes HAS.
- Escala 7: Pt – traços de personalidade obsessivo compulsivo ou fóbico - pontuações maiores que 70: 18% dos pacientes DM2 e 6,2% dos pacientes HAS.
- Escala 8: Sc – traços de personalidade esquizóide - pontuações maiores que 70: 18% dos pacientes DM2 e 14,5% dos pacientes HAS.
- Escala 9: Ma – traços de personalidade hipomaníacos - pontuações maiores que 70: 2% dos pacientes DM2 e 2% dos pacientes HAS.
- Escala 0: Si – traços de personalidade de Introversão ou Extroversão - pontuações maiores que 70: os pacientes DM2 e HAS não obtiveram escores maiores do que 70 nesta escala.

Diante dos resultados das escalas clínicas do MMPI, a mensuração dos traços de personalidade dos pacientes DM2 e HAS reflete muitas disposições psicológicas, traduzida por fatores, possivelmente envolvidos com a má aderência ou o pobre controle metabólico e pressórico.

Em ambos os grupos pesquisados (DM2 e HAS), as frequências dos traços de personalidade através do MMPI são bastante semelhantes.

Em relação aos traços de personalidade hipocondríacos (28% dos DM2 e 33,3% dos HAS), os dois grupos estudados demonstram imaturidade, pessimismo, insatisfação e infelicidade. São indivíduos que não conseguem expressar-se em palavras.

DÉJOURS (1997), DEBRAY (1995) revelam em seus estudos que nos pacientes diabéticos são freqüentes os “estados de desamparo” e isso nos lembra a situação dos recém-nascidos, inteiramente dependentes de outrem para a satisfação de suas necessidades e impotentes para realizarem as ações específicas para pôr fim à excitação interna.

É freqüente, nestes pacientes, a “angústia não representada”, que não vem acompanhada por nenhuma representação mental, nenhuma imagem e não consegue dar margem a nenhuma verbalização.

Sobre isto, FREUD (1916 – 1917) escreveu que:

a doença orgânica, a estimulação dolorosa ou a inflamação de um órgão, criam a condição que resulta nitidamente em um desligamento da libido de seus objetos. A libido que é retirada é encontrada novamente no ego como catexia aumentada da parte doente do corpo. Na realidade, nessas circunstâncias, a retirada da libido de seus objetos, é mais visível do que o desvio do interesse egoísta em relação ao mundo externo. Isto parece nos oferecer um caminho para a compreensão da hipocondria, na qual um órgão, de forma semelhante, atrai a atenção do ego, sem que, pelo menos na medida em que podemos perceber, esse órgão esteja doente.

A doença orgânica, para esses pacientes, é considerada como uma defesa contra sentimentos de abandono e medo da morte.

Os pacientes DM2 e HAS apresentam uma satisfação em se sentir doentes. O hipocondríaco, inconscientemente, acredita que seu sofrimento físico constitui proteção contra perigos mais ameaçadores; assim, em sua mente, poderia ser “perigoso” curar-se.

A evidência desse traço hipocondríaco de personalidade dos pacientes de nossa pesquisa sugerem que os profissionais de saúde, têm que estar atentos, pois esses pacientes tendem a negar a doença, impedindo o bom tratamento clínico e sua aderência.

Para VOLICH (2002), a hipocondria se configura como uma modalidade de reação à perda narcísica, equivalente ao luto, que se manifesta através da representação corporal. Entre o luto e a melancolia, a hipocondria se apresenta como um dos recursos do sujeito para lidar com a perda e com a ameaça de desorganização que ela comporta.

CHIOZZA e GREEN (1992) diz que o hipocondríaco agarra-se aos seus sintomas numa necessidade desesperada de cuidados. Carente de auto-estima, ele, através do relato dos seus sintomas, é ouvido, e isso se configura como uma forma de reasssegurar-se de que é alguém.

Outro traço de personalidade bastante significativo em nossos resultados, foram os traços de personalidade depressivos (26% dos DM2 e 18,7% dos HAS).

De acordo com a OMS (1993) a depressão atualmente, é considerada um transtorno de humor.

BLAZER et al. (1994) dizem que, na população geral, o início dos quadros depressivos ocorre principalmente da terceira e quarta décadas da vida e atinge mais mulheres do que homens, numa proporção de 2:1.

Traços de personalidade depressiva, segundo CARSON (1969) são queixas físicas, debilidade, perda de energia, agitação e tensão. Esses indivíduos se descrevem como irritados, muito nervosos e propensos a ter preocupações. Esses indivíduos mostram falta de segurança em si mesmos, informam sentimentos de inutilidade e incapacidade para funcionar em diversas situações; é comum um estilo de vida caracterizado pelo abandono e falta de compromisso com outras pessoas. Têm muita dificuldade para tomar decisões, inclusive as mais simples. São pacientes que se controlam exageradamente.

MILLER DE PAIVA (1994) diz que muitos pacientes diabéticos têm sua doença descompensada após um extenso período de tensão e esforço. Sugere-se que esses pacientes trazem, de base, nítidas dificuldades psicológicas em nível de indecisões, insegurança diante de responsabilidades e sexualidade, ambivalência entre dependência e independência e, muitas vezes, apresentam-se essencialmente passivos e masoquistas. Estados depressivos podem ser observados, refletindo a expressão do esforço do paciente em elaborar a perda da saúde e da vitalidade. Caracteriza-se por reações de desesperança, apatia, isolamento, entrega e impotência. Nesta situação, o paciente volta a hostilidade e a angústia, desencadeadas pela doença, contra si próprio, não encontrando alternativas para retornar ao seu equilíbrio psíquico.

Vários estudos empíricos GAVARD et al. (1993); TALLBOT e NOUWEN (2000); PALINKAS et al. (1991) apontam depressão com maior prevalência em adultos com diabetes do que na população geral.

É muito importante tratar os pacientes holisticamente, tanto física como mentalmente para se chegar a resultados mais satisfatórios.

Outro traço de personalidade que tem pontuações elevadas no MMPI são os traços de personalidade histriônicos (16% dos DM2 e 14,5% dos HAS).

Psicologicamente imaturos e infantis; muitas vezes egoístas; narcisistas e egocêntricos estão sempre esperando atenção e afeto das outras pessoas. Suas relações são superficiais e imaturas. Apresentam pouco controle sobre seus impulsos agressivos e sexuais. São resistentes ao tratamento e às interpretações psicológicas. Têm problemas com pessoas que representam autoridade, HATHAWAY e MC. KINLEY (1967).

CHIOZZA e GREEN (1992) falam que os pacientes diabéticos mostram-se indecisos, apresentam ressentimento com os pais e submissão. De forma geral apresentam passividade, tendo dificuldade em substituir seu estado dependente infantil por um mais independente e maduro.

ALEXANDER (1987) observa que pacientes com hipertensão são, com freqüência, sexualmente inibidos e, devido ao grau acentuado de suas inibições, estes pacientes são menos eficientes em suas atividades ocupacionais e, tendendo então, a fracassar na competição com os outros.

BOLLAS (2000), relata que os histéricos adultos têm a tentação de abandonar a sexualidade porque ela é muito complicada. Esta oposição entre amor e sexualidade é uma característica central da histeria, que só ganha sentido quando se observa que o histérico vê a sexualidade como uma forma de separação do amor tipo materno.

LAPLANCHE e PONTALIS (1998) dizem que a histeria pertence à classe das neuroses que apresentam quadros clínicos muito variados. As duas formas sintomáticas mais bem identificadas, são: a histeria de conversão, em que o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos paroxísticos (ex. crise emocional com teatralidade) ou mais duradouros (ex. anestésias e paralisias histéricas etc.) e a histeria de

angústia (fobia), em que a angústia é fixada de modo mais ou menos estável neste ou naquele objeto exterior.

ORLANDINI e FOSSATI (1995) trabalhando com diabéticos, observaram temperamentos oportunistas, alienados e explosivos ou perfil de personalidade dramática.

Assim, pode-se pensar que os pacientes dessa pesquisa (DM2 e HAS) refletem bem esses comportamentos (histéricos, depressivos e hipocondríacos) impedindo, muitas vezes, a tão necessária aderência.

Traços de personalidade paranóide também tiveram pontuações significativas no MMPI (18% dos DM2 e 14,5% dos HAS).

Os traços de personalidade paranóide pelo CID-10, se caracterizam por: sensibilidade excessiva; tendência a guardar rancores; desconfiança; atitudes de auto-referência; preocupações excessivas e suspeitas sem significativas.

MARBLE (1990), BERNBAUN et al. (1993), AMIEL (1994) estudando pacientes diabéticos, reconhecem essas características como promovendo um descontrole metabólico e fonte geradora de depressão.

Em relação ao nosso grupo comparativo, HAS, autores como HARREL (1980), SHAPIRO e GOLDSTEIN (1982), LIGHT (1987) falam sobre as reações raivosas de pacientes HAS. Conflitos interpessoais e ansiedade podem ser estressores que produzem reatividade pressórica ou hipertensão.

Esses achados, na personalidade dos pacientes, são muito importantes, pois orientam para melhor lidar com eles, favorecendo uma melhor relação médico/paciente.

Os traços de personalidade obsessivo, compulsivo ou fóbico também merecem atenção da equipe que trabalha com DM2 e HAS.

Para AMIEL (1994), as fobias e os comportamentos compulsivos têm papel importante no descontrole metabólico e na dificuldade para seguir metas de tratamento.

GILL (1991), reportando-se a manifestações de fobias, obsessões e ansiedade, em pacientes diabéticos, diz que muitos aspectos do diabetes podem causar considerável ansiedade. Estas ansiedades, segundo Gill podem, se tornar graves e mórbidas. O receio da hipoglicemia é muito comum e pode se transformar numa fobia. De igual forma, tentativa

de autocontrole pode se transformar no que TATTERSALL (1981) chamou de “aglicosúria compulsiva”, para descrever um pequeno mas importante grupo de pacientes que temia sérios riscos hipoglicêmicos, pois necessitavam controlar seus níveis de glicose, inúmeras vezes durante o dia, de forma compulsiva.

TATTERSALL (1981) menciona também a fobia por agulhas, uma situação que pode ocorrer na infância de diabéticos e que implica em dificuldades terapêuticas.

Pode-se pensar que os DM2 e HAS exibem traços de personalidade obsessivos-compulsivos ou fóbicos e que esses traços têm relações importantes com o significado da doença em suas vidas e a aderência ao tratamento.

5- CONCLUSÃO

Considerando os objetivos deste trabalho e diante dos dados obtidos, pode-se concluir que:

- Os dados sociodemográficos foram semelhantes tanto para o grupo DM2 como para o grupo HAS (comparativo). Isto se deve aos critérios de inclusão deste estudo.
- Em relação à idade, os pacientes DM2 e HAS apresentaram faixa etária entre 40 e 49 anos. Isso indica que a doença afeta mais cedo as pessoas e em plena fase produtiva, causando prejuízos diversos como aposentadoria precoce, pior qualidade de vida e grande sofrimento psíquico.
- Os aspectos sociais na história de vida desses pacientes em relação à escolaridade, mostraram que os dois grupos têm baixo nível escolar, a maioria só concluiu o primeiro grau. Isto acarreta falta de conscientização da doença e dificuldade na aderência.
- Em relação à religião, a maior parte dos pacientes tem crença religiosa e se apegam nisto com muita força, alguns como uma força integradora, outros como força desintegradora para suas vidas.
- Quanto ao trabalho profissional, mais da metade dos DM2 não trabalham. Isso causa prejuízos sociais e emocionais. As repercussões em suas vidas vão desde baixa auto-estima até transtornos graves como a depressão.
- A migração é fator importante no desencadeamento das doenças, sendo que o choque cultural provoca estresse, isolamento, perda de motivação e depressão.
- A percepção da doença por parte dos pacientes é de conteúdo bastante negativo. Referem-se à doença como "algo ruim", que os deixa ansiosos e deprimidos.

- Os eventos estressantes de vida na comparação entre os grupos, DM2 e HAS, são semelhantes. Os dois grupos citam as dificuldades pessoais, a família, e a perda de suporte social como fator importante para o desencadeamento das doenças.
- Em relação aos transtornos de humor não houve diferença entre os grupos. Entretanto, quando se analisam os números totais, os dois grupos mostram-se deprimidos e ansiosos.
- Verifica-se que os dois grupos DM2 e HAS não aceitam a doença e os sentimentos são carregados de tristeza, sofrimento, preocupação e sentimentos de morte; esses sentimentos interferem na vida desses pacientes, causando a não aderência ao tratamento e, em consequência, as complicações da doença.
- Em relação aos traços de personalidade desses pacientes avaliados através do MMPI, nos dois grupos encontraram-se traços de hipocondria, mostrando que esses pacientes estão exageradamente preocupados com sua saúde.
- Os traços de personalidade depressivos foram bastante evidentes, mostrando que esses pacientes estão sempre insatisfeitos, desesperançosos e têm um estilo de vida caracterizado pelo abandono de si mesmo.
- A escala de traços de personalidade paranóide também teve pontuações expressivas, mostrando o quanto esses pacientes têm ressentimentos, raiva e se sentem injustiçados perante a vida.
- Na escala de traços de personalidade obsessivo-compulsivo ou fóbico, os escores também foram significativos, mostrando comportamentos ritualistas e compulsivos em relação à doença. São dependentes e imaturos e apresentam fobias em relação ao tratamento, implicando em muitas dificuldades.

- Quando se fez a associação entre aderência ao tratamento e o significado da doença, os pacientes mais depressivos que esboçaram significados mais hostis e negativos mostraram pouca aderência ao tratamento. As respostas mais prevalentes tinham conteúdos de depressão e sentimentos de morte.
- Pode-se concluir que, em relação à hipótese inicial, os resultados foram confirmados somente para os pacientes diabéticos. Nos pacientes hipertensos do grupo comparativo, a hipótese não é válida.

***6- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ABBOUD, F. M. The sympathetic system in hypertension. **Hypertension**, 4 (3): 208-25, 1982.
- ABRIC, J. C. **Cooperation, competition et representations sociales**. Cousset: Delval, 1987.
- ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Office guide to diagnosis and classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. **Diabetes Care**, 18: 4, 1995.
- AMIEL, S.A. Diabetes and demência: a causal association? **Diabetic Med**, p. 11: 430-31, 1994.
- ANDERSON, R.J.; KIRK, L.M. Methods of improving patient compliance in chronic disease states. **Arch Intern Med**, 142: 1673-75, 1982.
- ANDRESEN, E.; LEE, J. Underreporting of diabetes on death certificates. **Diabetes Care**, 14 (4): 352, 1991.
- ARDUÍNO, F. **Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1980.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Atheneu: São Paulo, 1984.
- BARATTA, S.; PEREGO, P.; ZIMMERMANN, Tansella C. Transcultural differences in the perception of life events. **Acta Psych Scand**, 75: 509-15, 1987.
- BARBÉ, J. **Emotion, angoisse et maladie**. Paris: Editions E.S.F., 1970.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Paris: Presses Universitaire de France, 1977.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; GARBIN, M.G. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty. Five Years of Evolution. **Clinical Psychology Review**, 8: 7-100, 1988.

BERNBAUM, M.; STEWART, A.; DUCKRO, P. Personal and family stress in individuals with diabetes and vision loss. **Clinical Psychology**, 49 (5): 670-7, 1993.

BLACKWELL, B. Patient Compliance. **N. England: J. Med**, p. 249-289, 1973.

BLAZER, D. G.; KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; SWARTZ, M. S. The prevalence and distribution of major depression in a natural community sample: The National Comorbidity Survey. **Am J Psych**, 151: 979, 1994.

BOLLAS, C. **Hysteria**. São Paulo: Escuta, 2000.

BRADLEY, R. et al (orgs.) Joslin. **Diabetes Mellitus**. Inter-médica. Buenos Aires: 1990.

BRAND, A. H.; JOHNSON, J. H.; JOHNSON, J. B. Life stress and diabetic control in children and adolescents with insulin – dependent diabetes. **Journal of Pediatric Psychology**, II (4): 481-95, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração, ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDVC / NUTES, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação de doenças crônicas degenerativas**. Orientações básicas para o Diabético, 2ª Ed. Brasília, 1994.

CABRAL, M. A. A. **Estudo descritivo de aspectos psicossociais de pacientes acometidos de artrite reumatóide, tratados na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)**. Campinas/1985. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

CAREK, D. Diabetic Compliance. **J. A. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 31 (3): 564, 1992.

CARSON, R. C. **Interpretative Manual to the MMPI** in J. N. Butchen (ed). MMPI, Research Developments and Clinical Applications. New York: Mc Graw. Hill, 1969.

CARVALHO, J. J et al. Pressão Arterial e grupos sociais. Estudo epidemiológico. **Arq. Brasileiro de Cardiologia**. 40 (2): 115-20, 1983.

CATALANO, R. e DOOLEY, C. D. Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community. **Journal Health Soc Behav**, 18: 292-307, 1977.

CHAUÍ, M. Sobre o medo. In: Cardoso, S. et al. **Os sentidos da paixão**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CHIOZZA L; GREEN A. **Dialogo psicoanalítico sobre psicossomática**. Buenos Aires: Alianza Editorial, 1992.

CLAYTON, B. E.; EFRON, N. Non Compliance in general health care. **Ophtal Physiol**, 14: 257-64, 1994.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychother Med**, 38 (5): 300-14, 1976

COLEMAN, V. R. Phisician behavior and compliance. **Journal of Hipertension**, 3: 69-71, 1985.

CONSENSO BRASILEIRO DE CONCEITOS E CONDUTAS PARA O DIABETES MELLITUS. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes para Prática Clínica**, 1997.

DAVIDMANN M.; OPSHAL, J. Mechanisms of elevated blood pressure in human essential hipertension. **Med Clim North América**: 68 (2): 301-20, 1984.

DCCT: The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effects of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complication in insulin – dependent Diabetes Mellitus. **The N Engl J of Med**, 329: 977-86, 1993.

DEBRAY, R. **O equilíbrio psicossomático: e um estudo sobre diabéticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

DÉJOURS, C. **Diabete et Psychiatre**. Paris: Encycl. Méd. Psychiatrie, 1997.

DÉJOURS. C. A. **A Loucura do trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho.** São Paulo: Cortez, 1998.

DICHTCHEKENIAN, V.; HEIMANN, J. C. **Principais complicações e como preveni-las.** São Paulo: Sarvier, 1995.

DOHRENWEND B. S. e DOHRENWEND B. P. Class and race as status related sources of stress. In Levine E. e Scotch N.A. (Eds). **Social Stress**, Chicago: Aldine, 111-40, 1970.

DONOVAN, J.; ROWBOTHAM, J. L. Lesiones del Pie en el diabético: causa, prevencion y tratamiento. In: MARBLE, A.; KRALL, L.; BRADLEY, R. et al. (Org). **Joslin – Diabetes Mellitus.** Buenos Aires: Inter-médica, 1990.

DUNBAR, F. **Psychosomatic Diagnosis.** New York: Hoebe PB, 1943.

DUNN, G.; SHAM, P. e HAND, D. Statistics and the nature of Depression. **Psychological Medicine**, 23: 871-89, 1993.

EGEDE, E. L., Zheng, D., Simpson, K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expeditures in individuals with diabetes. **Diabetes Care**, 25: 464-70, 2002.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

EVANS, L.; SPELMANN, N. Problem of non - Compliance with drug therapy. **Drugs**, 25: 63-76, 1983

EVERHART, J.; KNOWLER, W.; BENNETT, P. Incidence and risk factors for noninsulin – dependent diabetes. **National Institutes of Health**, 1985.

FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J. Vulnerability to life events exposure. **Psychol Med**; 17: 739-49, 1987.

FORATTINI, P. O. **Epidemiologia geral.** Editora Edgard Blücher Ltda. São Paulo, 1976.

FREUD, S. (1916 – 1917). Conferência XXVI: a teoria da libido e o narcisismo. In **conferências introdutórias à psicanálise**, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

FREUD, S. (1916). **Luto e Melancolia**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

FREUD, S. (1914). **Sobre o narcisismo: uma introdução**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

GAVARD, J. A; LUSTAMAN, P. J.; CLOUSE, R. E. Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation. **Diabetes Care**, 16 (8): 1167–78, 1993.

GEHARDT, U. **Ideas about illness**. New York: New York University Press, 1989.

GILL, G. Psychological aspects of diabetes. **British Journal of Hospital Medicine**, 46 (5), 301-5, 1991.

GONÇALVES, J. O. A problemática da cegueira no Brasil e sua prevenção. **Journal C.F.M.**, p. 11, 1996.

GOREUSTEIN, C. e ANDRADE, I. L. Validation of portuguese version of the Beck depression Inventory and the State – Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. **Brazilian J Med Biol Research**, 29: 453-7, 1996.

GOREUSTEIN, C.; POMPEIA, S.; ANDRADE, L. L. Scores of Brazilian University students on the Beck Depression Inventory and the State -Trait Anxiety Inventory. **Psychological Reports**, 77: 635-41, 1995.

GROEN, J. J. Society interhuman communication and psychosomatic disease. In: Levy, L. **Society, stress and disease** – London, Oxford: Univ Press, 1975, v. 2.

HAFNER, R. J. et al. Marital interaction and adjustment in patients with essential hipertension. **Clin Exp Hipertens**, 5 (1): 19-31, 1983.

HARREL, J. P. Psychological factors and hypertension: a status report. **Psychol Bull**, 87 (3): 482-501, 1980.

HATHAWAY, S. R; e Mc KINLEY, J. C. **The Minesota Multiphasic Personality Inventory: Manual**. New York: Psychological Corporation, 1967.

HAYNAL, A; **Manual de Medicina Psicossomática**. São Paulo: Massom, 1983.

HAYNES, R. B. **Compliance in Heath Care**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, p. 1-7, 1979.

HELLER, A. **The power of shame**. London, Routledge e Kegan Paul, 1985.

HERMANN, H. J. M. et al. Essential hypertension. Problems, Concepts and an Attempted Synthesis. In: Hill, H. **Modern trends in psychosomatic medicine**, London: Butterworths, 1976.

HOLANDA, B. A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.

HOLMES, D. M. Diabetes em su Contexto Psicosocial. In: MARBLE A., KRALL L, BRADLEY, RF et al. (Orgs.). **Joslin – Diabetes Mellitus**. 12ª ed., Inter-Médica -Buenos Aires, 845-867, 1990.

HOLMES, T. H; RAHE, R. K. The Social Readjustment Rating Scale. **Journal of Psychosomatic Research**, 4: 189-194, 1967.

JACOBSON, A. Introduction to the behavioral aspects of diabetes mellitus series. **Diabetes Care**, 15 (10), 1398-9, 1992.

JAMES, S. A. Psychosocial precursors of hypertension: a review of epidemiologic evidence. **Circulation**. 76 (supp I): 60-66, 1987.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**, 8ª ed., São Paulo: Atheneu, 2000, v. I.

JODELET, D. **La Representation Sociale du Corps**. Paris: EHESS, 1989.

KASL, S. V.; COBB, S. The experience of losing a job: Fundationing. **Psychoter Psychoson**, 34 (3): 88-109, 1980.

KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, J. (Org.) **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KAPLAN, H. I. e SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1990.

KAPLAN M H, Feinstein A R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabete mellitus. **J Chronic Dis**, 27: 384-404, 1974.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KLERMAN G. L. Approaches to the phenomena of comorbidity in: Maser J D, Cloninger C R, eds. **Comorbidity of Mood and anxiety disorders**. Washington, D C: American Psychiatric Press, 13-40, 1990.

KOPSTEIN, J. Doente crônico em tratamento pelo rim artificial. In: MARTINS, C. **Perspectiva da relação médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

KRÓLEWSKI, A .S. **Epidemiologia del Diabetes Mellitus**. In: MARBLE, A.; KRALL, L.; BRADLEY, R. F. et al (orgs.). **Joslin. Diabetes Mellitus**. Buenos Aires: Inter-Médica, 1990.

KUNE, G. A; KUNE, S; WATSON, L. F. et al. Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. **Psychol Med**, 21: 29-41, 1991.

LANE, S. T. M. Linguagem, pensamento e representações sociais. In: **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**, 3^a ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. Martins Fontes – São Paulo, 1991.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, consciência y personalidad**. Buenos Aires: Ciências del Hombre, 1978.

LIEM, R. e LIEM, J. Social and Mental illness reconsidered: The role of economic stress and social support, **Journal of Health and Social Behavior**, 19 (2): 139-56, 1978.

LIGHT, K. C. Psychosocial precursors of hypertension: experimental evidence. **Circulation**. 76 (suppl I): 67-76, 1987.

LIN, N.; ENSEL, W. M.; SIMEONE, R. S.; KUO, W. Social support, stressful life events and illness: A model and an empirical test. **Journal of Health and Social Behavior**, 20:108-19, 1979.

LISBÔA, H. R. K.; SOUILLJEE, M.; CRUZ, C. S.; ZOLETTI, L.; GOBBATO, D. O. Prevalência de hiperglicemia não diagnosticada nos pacientes internados nos hospitais de Passo Fundo/RS. (Prevalence of undiagnosed hyperglycemia in interned patients in hospitals of Passo Fundo/RS) Brazil: **Arq Bras endocrinol metab**; 44 (3): 220-6, 2000.

LUSTMAN, J.; CARNEY, M. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. **Psychosomatic Medicine**, p. 59: 24-31, 1997.

MACEDO, C. C. **Imagem do eterno: Religiões no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1989.

MANN, A. Hipertension psychological aspects and disgnostics impact in a clinical trial. **Psychol Med**, 5: 35, 1984.

MARBLE, A. Diabetes en el Anciano. In: MARBLE, A.; KRALL, L.; BRADLEY, R. et al (Orgs.) **Joslin – Diabetes Mellitus**. Buenos Aires: Inter-médica, 1990.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P. & M'UZAN, M. "O pensamento operatório". **Rev. Bras. Psicanal.**, 28, p. 165-174, 1994.

MAYER GROSS, W.; SLATER, E. e ROTH, M. **Psiquiatria Clínica**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1972.

MAYOU, R.; PEVELER, R.; DAVIES, B.; MANN, J.; FAIRBUN, C. Psychiatric morbidity in young adults with insulin – dependent diabetes mellitus. **Psychol Med**; 21 (3): 639–45, 1991.

MC DOUGALL, J. Alexithymia, psychomatoses and psychosis internat. **Journal of Psychoanal Psychother.** 9: 379-388, 1982.

MELLO, A. L. Nobre. **Psiquiatria.** 3^a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MILLER, T. W. Advances in Understanding the Impact of Stressful Live Events on Health. **Hosp. and Community Psych**; 39 (6): 615-22, 1988.

MILLER DE PAIVA, L. **Medicina e Terapêutica.** São Paulo: Artes Médicas, 1996.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NASCIMENTO, S. C. M. The social representation of death. A study with cancer patients, family members and healthy individuals. In: Brown, L. B. (Org.). **Religion, personality and mental healthy.** New York, Springer, 1991.

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID–10.** Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

ORLANDINI, A.; PASTORE, M.; FOSSATI, A. et al. Effects of personality on metabolic control in IDDM patients. **Diabetes Care**, 18 (2): 206-09, 1995.

PALINKAS, L. A.; BARRET-CONNOR, E.; WINGARD, D. L. Type 2 diabetes and depressive symptoms in older adults: a population – based study. **Diabet Med.** p. 8: 532–9, 1991.

PAYKEL, E. S. Methodology of life events research. **Adv. Psychosom Med**; 17: 13-29, 1987.

PEYROT, M.; RUBIN, R. R. Determinants of depression among diabetic adults (abstract). **Diabetes**, 38 (suppl. 1): 9A, 1989.

PEYROT, M.; RUBIN, R. R. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. **Diabetes Care**. 20: 585-9, 1997.

RAMIREZ A. J.; CRAIG T. K.; WATSON, J. P. et al. Stress and relapse of breast cancer. **Br Med Journal**, 29: 291-293, 1989.

REPORT OF THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, 20:1133-97, 1997.

RIBEIRO, M. B. et al. Hypertension and economic activities in São Paulo, Brazil. **Hypertension**, 3 (6): 233-37, 1981.

RODIN, G.; CRAVENS, J.; LITTLEFIELD, C. (eds). **Depression in the Medically III: An Integrated Approach**. New York, Brunner/Mazel, p. 3-53, 1991.

SAMI ALI, M. **Pensar o somático - Imaginário e Patologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SARICA, K.; ARITAN, N.; SEREL, A. Multidisciplinary evolution of diabetic impotence. **European Urology** 26 (4): 314-8, 1994.

SAVOIA, M. G. **Relação entre eventos vitais adversos e mecanismo de "coping" no transtorno de pânico**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da USP. São Paulo, 1995.

SCALCO, A.; PEREIRA, A.; D'ELLA, F. et al. Transtorno de humor, ciclo menstrual e diabetes. **Psiquiat Clin**, 22 (4), 115-21, 1996.

SCHNEIDER, P. B. **Le malade chronique en psychiatrie ambulatoire – étude épidémiologique, clinique d'un groupe de 309 patientes**. Genève: Medicine et Hygiène, 1976.

SEAR, A. M. et al. The relationships between income, education and hypertension. **J Biosoc Sci.** 14 (2): 213-221, 1982.

SHAPIRO, D.; GOLDSTEIN, I. B. Biobehavioral perspectives on hypertension. **Journal Consult Clin Psychol**, 50 (6): 841-51, 1982.

SIFENEOS, P. E. The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatics patients. **Psychother Psychosom**, 22, 1973.

SILVA, M. **Quem ama não adocece**. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 2000.

SONGER, T. International comparisons of IDDM mortality: clues to prevention and the role of diabetes care. **Diabetes Care**, 15 (1): 15-21, 1992.

SPIESS, K.; SACHS, G.; MOSER, G. Psychological moderator variables and metabolic control in recent onset type 2 diabetic patients – a two year longitudinal study. **Journal Psychosom Res.** 38 (3): 249–58, 1994.

STEPTOL, A. et al. Behavioral response demands, cardiovascular reactivity, and essential hypertension. **Psychosom Med.**, 46 (1): 33-48, 1984.

SURWIT, R. S.; SCHNEIDER, M. S., FEMGLOS, M. N. Stress and diabetes mellitus. **Diabetes Care**, 15 (10), 1413-22, 1992.

SVENSSON, J.; THEORELL, T. Life events and elevated blood pressure in Young men. **J Psychosom Res**, 27 (6): 445-455, 1983.

TALBOT, F.; NOUWEN, A. A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? **Diabetes Care**, p. 23: 1556–62, 2000.

TATTERSALL, R. B. Psychiatric aspects of diabetes – A physician's view. **Journal Psychiatry**, 139: 485-93, 1981.

TAYLOR, C. J. **Psychosomatic Medicine and contemporary psychoanalysis**. International University Press, 1987.

TORRES, C. Gênero, salud e trabajo. OMS, mimeo, p.3-12, 1991

VOLICH, R. M. Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.

WEST, M; LIVESLEY, W. J; REIFFER, L.; SHELDON, A. The place of attachment in the life events model of stress and illness. Can Journal Psych, 31: 202-7, 1986.

WITTKOWER, E. D., DUROST, H. S., LAING, W. A. R. A psychosomatic study of the course of pulmonary tuberculosis. Ann Rev Tuberc Pulm Disease, 71: 201, 1955.

WOODMAN, M. A coruja era filha do padeiro: obesidade, anorexia nervosa e o feminino reprimido. São Paulo: Cultrix, 1980.

***7- BIBLIOGRAFIAS
CONSULTADAS***

BLEGER, J. **Temas de Psicologia: Entrevistas e Grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

CONOVER, W. J. **Practical Nonparametric Statistics**. New York: John Wiley e Sons, 1971

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J. L.; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1999.

FLEISS, J. L. **Statistical Methods for Rates and Proportions** 2nd ed. New York: John Wiley e Sons, 1981.

MARTINS, J.; BICUDO M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes – EDUC, 1989.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1998.

NATIONAL DIABETES DATE GROUP. Classification and diagnosis of Diabetes Mellitus and other categories of glucose intolerance. **Diabetes** 28:1039-57, 1979.

NEMIAH, J. C. Alexithymia: theorical considerations. **Psychother Psychoson.** 28: 199-205, 1977.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Introdução à Metodologia da pesquisa clínico-qualitativo Definição e principais características. **Revista portuguesa de Psicossomática**, vol. 2, nº 1, jan/jun, 2000.

8- ANEXOS

ANEXO 1
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DE
HISTÓRIA DE VIDA

Grupo: () 1. Com *Diabetes Mellitus* Tipo 2 () Comparativo

No. do HC: _____

Nome do Paciente: _____

Endereço completo: _____

Local da entrevista: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Horário: das ____ às ____

Entrevistador: _____

I – Características biopsicossociais do sujeito

a) Dados de identificação

1) Idade: _____

2) Sexo: _____

3) Cor: _____

4) Estado civil: _____

5) Com quem mora? _____

6) Tem ou teve irmãos? Quantos? _____

7) Tem ou teve filhos? Quantos? _____

8) Tem religião? Qual? _____

9) Grau de escolaridade: _____

10) Ocupação atual: _____ Salários _____

11) Onde nasceu? _____

12) Já mudou de cidade? Quantas vezes? _____

13) Há quanto tempo mora em Campinas? _____

14) Características da moradia: Alugada () Própria () Cedida ()

Quantos cômodos: _____

b) Queixa Principal: _____

c) Antecedentes pessoais e familiares:

15) Sabe como foi seu parto? Teve complicações? Onde foi? _____

16) Como foi a sua infância? _____

17) E a sua juventude? _____

18) Na sua visão qual era o sentimento em relação ao seu pai? Caso não tenha tido pai, qual o sentimento que nutria _____ pela _____ figura _____ substituta (padrasto)? _____

19) E de sua mãe (ou figura substituta)? Como se davam? _____

20) Seus pais viviam: () juntos () separados. Como era o relacionamento entre eles? _____

21) Tem ou teve irmãos? () Sim () Não Como era seu relacionamento com eles? _____

22) Repetiu de ano? () Sim () Não Quantas vezes? _____

23) Na escola teve problemas de relacionamento e disciplina?

() Sim () Não Quais: _____

24) Namorava? Costumava ter dificuldades para se relacionar?

() Sim () Não

Quais? _____

25) Se casado (a), o que acha de seu (ua) companheiro (a)? Como é seu relacionamento com ele (a)? _____

26) Tem relações sexuais? () Sim () Não A cada quanto tempo? _____

27) Filhos? () Sim () Não Quantos? _____

28) Como é seu relacionamento com eles? _____

29) Acha fácil fazer amigos, relacionar-se com os outros, participar de grupos?

() Sim () Não Por quê? _____

30) Que tipo de sentimento você tem para com sua própria vida? () Boa () Ruim

31) Alguém na sua família tem diabetes? () Sim () Não Quem? _____

32) Você trabalha fora de casa? () Sim () Não Em que? _____ Por que? _____

33) Tem satisfação em seu trabalho? () Sim () Não Motivo das satisfações? _____

Motivo de insatisfação: _____

34) Consumo alcoólico: () Sim () Não

35) Quanto bebe por dia (especificar):

- () Pouco (1 a 2 copos)
() Moderado/muito (3 a 5 copos, e litro ou mais)
() Não bebe diariamente
() Não bebe

36) É adicto a alguma droga? () Sim () Não

Especificar quais drogas: _____

Idade de início de adição: _____

37) Tabagismo: () Sim () Não

Que quantidade: _____

38) Dorme bem? () Sim () Não

Em caso de insônia, caracterizá-la: inicial, intermediária, terminal ou total: _____

39) Funções excretoras: _____

II – História Progressiva da Moléstia Atual

40) Quais sintomas abaixo, você tinha antes do diabetes:

Muita sede () Desmaio () Tontura ()

Muita fome () Boca seca ()

Dor de Cabeça () Vontade de fazer xixi ()

Outras:

41) Teve ou tem algum problema sexual antes do aparecimento do Diabetes?

() Sim () Não

Qual? _____

42) Teve problemas de engordar antes do aparecimento do Diabetes?

() Sim () Não

Explique: _____

43) Teve problemas importantes de saúde? (internações, acidentes etc...). Isto é, antes do Diabetes?

() Sim () Não Quais? _____

III – Aspectos clínicos do Diabetes Mellitus Tipo 2

44) Qual o tempo do diagnóstico do diabetes? _____

45) Valor da glicemia de jejum no diagnóstico inicial: _____

46) Sabe ou tem idéia do problema de saúde que você tem? () Sim () Não

47) Acha que é uma doença comum, frequente na população? () Sim () Não

48) Faz controle corretamente do Diabetes no sentido clínico e laboratorial?

() Sim () Não Por quê? _____

49) Faz uso de medicamentos: () hipoglicemiante () insulina

Outros: _____

Quanto tempo? _____

50) Faz uso de plano especial de alimentação? () Sim () Não

Por quê? _____

51) Faz exercícios físicos?

() Sim () Não Qual?

Por quê? _____

52) A seu ver, qual o fator principal que costuma levar as pessoas a terem diabetes?

a) problemas e stress emocional

d) problemas orgânicos

b) vida sedentária

e) hereditariedade

c) alimentação inadequada

f) outros

Quais? _____

53) Tem alguma complicação em decorrência do diabetes?

Retinopatia ()

Miocardiopatia ()

Nefropatia ()

Pé diabético ()

Neuropatia ()

Ansiedade ()

Depressão ()

Outros ()

Quais? _____

54) Na sua opinião o diabetes é uma doença grave? () Sim () Não

Por quê? _____

55) Acha que é uma doença que pode ser evitada? () Sim () Não
Como pode ser evitada? _____

a) Fatores biológicos correlacionados

56) Acha que o diabetes é mais comum em homens ou mulheres?
() homens () mulheres () não sabe

57) Costuma ter relação com a idade? () Sim () Não
Por quê? _____

58) Costuma ter relação com problemas de serem pessoas gordas?
() Sim () Não Por quê? _____

59) Pode ser uma doença de família? () Sim () Não
Por quê? _____

b) Fatores psíquicos correlacionados

60) Acha que o diabetes tem relação com o modo de ser?
() Sim () Não Por quê? _____

Outras respostas: _____

61) O diabetes costuma ter relação com pessoas ansiosas, nervosas, preocupadas?
() Sim () Não Por quê? _____

Outras respostas: _____

62) E com pessoas deprimidas, desanimadas, tristes, vazias? () Sim () Não
Por quê? _____
Outras respostas: _____

63) E com pessoas reprimidas, recalcadas, que escondem seus sentimentos e não desabafam? () Sim
() Não Por quê? _____

Outras respostas: _____

64) E com pessoas autoritárias, dominadoras, que gostam de mandar?
() Sim () Não Por quê? _____
Outras respostas: _____

c) Fatores socioculturais correlacionados

65) Acha que o diabetes tem relação com a ocupação?

() Sim () Não Por quê? _____

Outras respostas: _____

66) No seu modo de ver, acha que o diabetes tem relação com a camada sócio-econômica a que pertence? (

) Sim () Não Por quê? _____

Outras respostas: _____

67) Acredita que o diabetes pode ser mandado por Deus? () Sim () Não

Por quê? _____

Outras respostas: _____

68) Acha que o diabetes pode acontecer como um castigo, pagar por alguma coisa errada?

() Sim () Não Por quê? _____

Outras respostas: _____

d) Dificuldades para lidar com a doença e aderência ao tratamento

69) Que exames conhece para saber como está o seu diabetes?

() glicemia () Hemoglobina glicosada
() glicosúria () Destro

Outros: _____

70) Quais devem ser o tratamento e os cuidados para as pessoas que tem diabetes?

() dieta () exercício
() medicamento () cuidado com os pés
() cuidado com feridas e machucados em geral

Outros: _____

71) Na sua opinião costuma haver necessidade de as pessoas que têm diabetes tomarem regularmente os remédios prescritos pelo médico?

() Sim () Não Por quê? _____

72) E de cuidarem de outros problemas simultâneos de saúde?

() Sim () Não Por quê? _____

73) E de controlarem o tipo e quantidade de comida? () Sim () Não

Por quê? _____

74) E de evitarem bebidas alcoólicas? () Sim () Não Por quê? _____

75) E de diminuir as relações sexuais? () Sim () Não Por quê? _____

76) E de mudarem seu jeito de ser? () Sim () Não Por quê? _____

77) E de evitarem situações emocionais ou evitarem de ficar nervosas?
() Sim () Não Por quê? _____

78) E de tomarem calmantes? () Sim () Não Por quê? _____

79) Na sua opinião, como costuma andar a saúde das pessoas, em geral, depois do diabetes? () Boa
() Ruim Por quê? _____

80) A seu ver, como costumam se sentir emocionalmente, em geral, pessoas que têm diabetes? O que deve ser mais comum?

() Deprimidas () Ansiosas () Agressivas

Outras: _____

81) No seu entender, o que os pacientes costumam achar dos médicos? Como estes são?

() Autoritários () Comunicativos () Solidários

Outras respostas: _____

82) Na sua opinião, como avaliaria sua relação com os médicos do ambulatório?

() Boa () Ruim Por quê? _____

Outras respostas: _____

83) Onde ouviu falar ou aprendeu coisas sobre o diabetes?

() Cursos () Jornal () Grupos de apoio

Outras respostas: _____

e) Significado da Doença

84) Que significa o diabetes na sua vida?

85) Como se sentiu quando soube do diagnóstico do diabetes?

86) O que imaginou que mudaria em sua vida com o aparecimento da doença?

87) Na sua opinião pessoal quais os possíveis motivos da doença diabética?

88) O que mudou na sua vida pessoal, familiar e social depois do aparecimento do diabetes?

IV – IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR

89) Impressão diagnóstica psicológica-psiquiátrica, na área da afetividade por ocasião da entrevista? Citar.

90) Avaliação da entrevista: receptividade e confiabilidade dos dados. Citar.

91) Reação do tipo contratransferencial:

- () Boa: sentimento de uma relação pessoal apropriada
- () Ruim: sentimento de uma relação pessoal desagradável
- () Regular: reação na faixa entre ambas as anteriores ou de indiferença

ANEXO 2

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK Beck Depression Inventory -BDI (Beck et al., 1961) -versão revisada (Beck et al., 1979)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0. Não me sinto triste.
 1. Eu me sinto triste.
 2. Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0. Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2. Acho que nada tenho a esperar
 3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0. Não me sinto um fracasso.
 1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0. Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2. Não encontro um prazer real em mais nada.
 3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0. Não me sinto especialmente culpado.
 1. Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3. Eu me sinto sempre culpado.

6.
 0. Não acho que esteja sendo punido.
 1. Acho que posso ser punido.
 2. Creio que serei punido.
 3. Acho que estou sendo punido.

7.
 0. Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1. Estou decepcionado comigo mesmo.
 2. Estou enojado de mim.
 3. Eu me odeio.

8.
 0. Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
 1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 2. Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3. Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9.
 0. Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 1. Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 2. Gostaria de me matar.
 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.
 0. Não choro mais do que o habitual.
 1. Choro mais agora do que costumava.
 2. Agora, choro o tempo todo.
 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11.
 0. Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2. Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 3. Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.

12.
 0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
 2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 3. Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

13. 0. Tomo decisões tão bem quanto antes.
1. Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
 2. Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
 3. Não consigo mais tomar decisões.
14. 0. Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
1. Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 2. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 3. Acredito que pareço feio.
15. 0. Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1. Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
 2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 3. Não consigo mais fazer trabalho algum.
16. 0. Consigo dormir tão bem como o habitual.
1. Não durmo tão bem quanto costumava.
 2. Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
 3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0. Não fico mais cansado do que o habitual.
1. Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 2. Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
 3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0. Meu apetite não está pior do que o habitual.
1. Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 2. Meu apetite está muito pior agora.
 3. Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0. Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.

1. Perdi mais de dois quilos e meio.

2. Perdi mais de cinco quilos.

3. Perdi mais de sete quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:

Sim () Não ()

20. 0. Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

1. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.

2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21. 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

1. Estou menos interessado por sexo do que costumava estar

2. Estou muito menos interessado em sexo atualmente.

3. Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO 3

**TABELA CLASSIFICATÓRIA DE READAPTAÇÃO SOCIAL
(HOLMES E RAHE)**

CLASSIFICAÇÃO	EVENTO	VALOR MÉDIO
1	Morte do Cônjuge	
2	Divórcio	
3	Separação Conjugal	
4	Condenação à prisão	
5	Morte de parente próximo	
6	Aborrecimento grave ou doença mental	
7	Casamento	
8	Dispensa de emprego	
9	Reconciliação conjugal	
10	Aposentadoria	
11	Problema de saúde em membro da família	
12	Gravidez	
13	Problemas sexuais	
14	Entrada de novo membro na família	
15	Mudança de emprego	
16	Mudança de nível de renda	
17	Morte de amigo íntimo	
18	Mudança para tipo diferente de trabalho	
19	Aumento das discussões com o cônjuge	
20	Hipoteca acima de US\$ 10.000	
21	Execução de hipoteca ou empréstimo	
22	Mudança nas responsabilidades de trabalho	
23	Saída de filho ou filha do lar	
24	Problemas com parentes próximos	
25	Empreendimento pessoal pendente	
26	Cônjuge começa ou deixa de trabalhar	
27	Início ou término de estudos	
28	Mudança nas condições de vida	
29	Revisão dos hábitos pessoais	
30	Problemas com o chefe	
31	Mudanças de horário ou condições de trabalho	
32	Mudança de residência	
33	Mudança de escola	
34	Mudança de atividades de lazer	
35	Mudança de atividades religiosas	
36	Mudança de atividades sociais	
37	Hipoteca ou empréstimo inferior a US\$ 10.000	
38	Mudança de hábitos de dormir	
39	Mudança na frequência de reuniões de família	
40	Mudança de hábitos alimentares	
41	Férias	
42	Natal	
43	Pequenas infrações à lei	

TABELA CLASSIFICATÓRIA DE READAPTAÇÃO SOCIAL (HOLMES E RAHE)

Na tabela abaixo assinale se houve ou não eventos estressantes em sua vida principalmente nos últimos 12 meses. Em seguida classifique dando uma nota de 0 a 100 de acordo com sua experiência, os eventos, atribuindo valor igual, maior ou menor, indicando o grau de readaptação e sofrimento em sua vida.

SIM	NÃO	EVENTO	CLASSIFICAÇÃO
		Morte do Cônjuge	
		Divórcio	
		Separação conjugal	
		Condenação à prisão	
		Morte de parente próximo	
		Aborrecimento grave ou doença mental	
		Casamento	
		Dispensa de emprego	
		Reconciliação conjugal	
		Aposentadoria	
		Problema de saúde em membro da família	
		Gravidez	
		Problemas sexuais	
		Entrada de novo membro na família	
		Mudança de emprego	
		Mudança de nível de renda	
		Morte de amigo íntimo	
		Mudança para tipo diferente de trabalho	
		Aumento das discussões com o cônjuge	
		Hipoteca acima de US\$ 10.000	
		Execução de hipoteca ou empréstimo	
		Mudança nas responsabilidades de trabalho	
		Saída de filho ou filha do lar	
		Problemas com parentes próximos	
		Empreendimento pessoal pendente	
		Cônjuge começa ou deixa de trabalhar	
		Início ou término de estudos	
		Mudança nas condições de vida	
		Revisão dos hábitos pessoais	
		Problemas com o chefe	
		Mudanças de horário ou condições de trabalho	
		Mudança de residência	
		Mudança de escola	
		Mudança de atividades de lazer	
		Mudança de atividades religiosas	
		Mudança de atividades sociais	
		Hipoteca ou empréstimo inferior a US\$ 10.000	
		Mudança de hábitos de dormir	
		Mudança na frequência de reuniões de família	
		Mudança de hábitos alimentares	
		Férias	
		Natal	
		Pequenas infrações à lei	

ANEXO 4

INVENTÁRIO MULTIFÁSICO MINESOTA DE PERSONALIDADE (M.M.P.I) INVENTARIO MULTIFASICO MINESOTA DE PERSONALIDADE (MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY) M M P I

STARKE R. HATHAWAY, Ph. D. e J. CHARNLEY McKINLEY, M. D.

Traduzido e adaptado por Pe. A. BenkÜ, S. J. e Prof. Roberto J. P. Simões

INSTRUÇÕES

Este inventário consiste de proposições numeradas. Leia cada uma e decida se, aplicada a você, é certa ou errada.

Marque suas respostas na Folha de Respostas que recebeu.

- Se a proposição se aplica a você, ou seja, se no seu caso ela é CERTA ou QUASE SEMPRE CERTA escureça o círculo à direita da letra C. (Veja exemplo 1).

- Se a proposição não se aplica a você, ou seja, é ERRADA ou USUALMENTE ERRADA no seu caso, escureça o círculo à direita da letra E (Veja exemplo 2).

- Se a proposição não se aplica a você ou se trata de algo que você desconhece, não faça marca nenhuma na folha de respostas.

Seção de folha de respostas corretamente marcada: EXEMPLOS		
C	☒	☐
	1	2
E	☐	☒

Dê a SUA PRÓPRIA opinião. Não deixe respostas em branco, podendo evitá-lo.

OBSERVAÇÕES:

- Ao marcar suas respostas na folha de respostas, verifique se o número da proposição corresponde ao da folha de respostas.

- Faça as marcas bem nítidas.

- Apague completamente qualquer resposta que queira mudar e proceda, novamente, de acordo com as instruções.

Lembre-se: procure dar alguma resposta para cada uma das proposições.

ANEXO 5

Termo de Consentimento de Participação

Eu _____,

RG ou CIC _____ SSPI _____, nº registro HC _____
endereço: _____, cidade _____,

estou ciente e declaro consentir em participar da pesquisa científica intitulada "*DIABETES MELLITUS* TIPO 2: SIGNIFICADO DA DOENÇA PARA OS PACIENTES E SUAS REPERCUSSÕES PARA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO CLÍNICO", de autoria da mestrandia Dra. JOSIANE SOUZA PINTO ALBERTE, CIC 032.091.708-86, RG 8.492.935 e sob orientação da Profa. Dra. MARA APARECIDA ALVES CABRAL (UNICAMP), professora Livre-Docente em Psiquiatria pela Faculdade de Ciências Médicas -Unicamp, RG 5034271.

Declaro que fui totalmente esclarecido sobre os objetivos dessa pesquisa que foi elaborada a fim de estudar as características de personalidade de pacientes com *Diabetes Mellitus* Tipo 2, comparativamente com os pacientes com hipertensão arterial sistêmica; verificar a possibilidade de existência de eventos estressantes de vida antes do aparecimento da doença e estudar distúrbios de humor: depressão e ansiedade e o significado da doença para esses pacientes.

Tenho consciência de que minha participação consistirá em responder quatro questionários de forma anônima e individual, com a garantia de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa e o procedimento, assim como informações atualizadas obtidas durante o estudo.

Estou ciente também que eu posso parar a entrevista a qualquer momento e abandonar a participação no estudo quando quiser, e que o fato de participar ou não desta pesquisa não prejudicará meu atendimento, cuidado e tratamento pela equipe médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas -Unicamp.

Será mantido sigilo (segredo) sobre a minha pessoa e as respostas serão computadas e analisadas estatisticamente sem a minha identificação, com posterior redação do trabalho e defesa no Mestrado em Ciências Médicas na área de concentração de Saúde Mental da UNICAMP.

Entrevistado Nome:

Entrevistador Nome:

Ass.: _____

Ass.: _____

3*

Data ____ / ____ / ____

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Telefone para reclamações do paciente: (19) 3788-8936