

Estresse Percebido e Autocuidado entre Pessoas com Diabetes e Doenças Cardiovasculares

Danielli Cristina Andrade Frassatto*

Daniela Comelis Bertolin*

Rita de Cassia Helú Mendonça Ribeiro*

Claudia Bernardi Cesarino*

Graziella Allana Serra Alves de Oliveira**

Júlio Cesar André*

140

Resumo

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) corresponde de 90 a 95% de todos os casos e apresenta etiologia multifatorial, envolvendo herança genética e fatores ambientais como: alimentação, sedentarismo, obesidade e idade avançada. Portadores de DM2 necessitam de cuidados específicos, autocuidado contínuo e controle do estresse percebido. Busca-se identificar o estresse percebido e o autocuidado de pacientes, quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida, associar as variáveis de interesse com atividades de autocuidado. Realizou-se estudo transversal, prospectivo, quantitativo, para conhecer o estresse percebido e autocuidado de portadores DM2, internados em um Hospital Cardiovascular de São José do Rio Preto/SP, por meio de dois questionários e uma escala. Verificou-se que a maioria dos pacientes era idosa, cardiopata, hipertensa, não praticava atividade física, não seguia dieta, entre outros aspectos. O nível de estresse percebido representou escore médio de 26,4 pontos, ou seja, menos da metade do valor total, sugerindo uma baixa percepção de estresse na amostra. Em relação ao domínio do autocuidado, identificou-se que, em geral, era baixo, pois os pacientes não realizavam o autocuidado em, pelo menos, seis dias da semana. Os únicos domínios realizados foram: alimentação específica em média 5,2 dias da semana e uso de medicação em média 4,7 dias da semana. Conclui-se que o presente estudo oferece informações para planejamento do tratamento de portadores de DM2, obtenção do melhor controle glicêmico, sugerindo intervenções educativas ou metodologias e promovendo melhora da adesão aos comportamentos de autocuidado e redução do estresse que influenciam os resultados em saúde desses pacientes.

Palavras-chave: Diabete Mellitus. Estresse. Autocuidado. Cardiologia. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos, ocasionando complicações a longo prazo. Provoca mudanças na vida dessas pessoas que necessitam de cuidados específicos para o adequado manejo da doença¹. Uma doença de importância mundial

e um problema de saúde pública, com crescente aumento de casos, é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT)².

As DCNTs são responsáveis por um número elevado de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida, alto grau de limitação para as atividades de trabalho e lazer, impacto negativo nas questões econômicas, resultando no agravamento das iniquidades sociais e da

DOI: 10.15343/0104-7809.202145140151

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. São José do Rio Preto – SP, Brasil.

**Universidade Paulista-UNIP. São José do Rio Preto – SP, Brasil.

E-mail: danielli_22@hotmail.com

pobreza. No Brasil, em 2007, 72% das mortes foram decorrentes de DCNTs. Em 2012, as DCNTs foram responsáveis por 38 milhões de mortes no mundo, e há estimativas de 52 milhões para 2030, o que significa aumento considerável de adultos diagnosticados com DCNTs².

Os principais tipos de DM são Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)³. O DM2 corresponde de 90 a 95% de todos os casos de DM e apresenta etiologia multifatorial, envolvendo herança genética e fatores ambientais, tais como hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade e idade avançada. Geralmente, acomete indivíduos a partir dos 30 anos de idade e, em pelo menos 80 a 90% dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica³.

Normalmente, a doença é silenciosa, sem sintomas por um longo período, o diagnóstico é feito em laboratório por dosagens laboratoriais de rotina ou por manifestações das complicações crônicas. Os sintomas são clássicos de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento inexplicado. Raramente a cetoacidose diabética consiste na manifestação inicial do DM2³.

O seu tratamento objetiva o controle metabólico que envolve níveis de glicose e lipídios dentro da normalidade, para prevenção das complicações crônicas da doença⁴. A principal consequência do DM2 são complicações crônicas, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença renal crônica, amaurose, neuropatias, problemas vasculares e amputações. Por isso, é necessário o diagnóstico o mais precoce possível da doença com insulina e/ou antidiabéticos orais. Além de medicações, as pessoas com DM2 necessitam de mudanças nos hábitos de vida, uma nova rotina e implementação de cuidados⁵.

Entre as complicações crônicas do DM2, são significativas as Doenças Cardiovasculares (DCV) que podem levar ao óbito. De acordo

com a International Diabetes Federation (IDF), até 80% dos pacientes com DM2 morrem por causas relacionadas a problemas cardíacos⁵. Sendo elas infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, arritmia, dentre outras⁵.

Como parte do seu tratamento, além da prescrição rigorosa, metodologias que incentivem a melhora da adesão ao autocuidado no tratamento não medicamentoso e medicamentoso podem contribuir para obtenção de níveis glicêmicos mais próximos da normalidade⁶. Outros fatores podem influenciar o descontrole metabólico das pessoas com DM2, entre eles destaca-se o estresse, especialmente o percebido pelo paciente⁶.

O diagnóstico e o tratamento do estresse em pacientes com DM2 são de grande importância, pois evitam consequências negativas como baixa adesão ao tratamento, sedentarismo, isolamento social, ganho de peso e desinteresse pelo autocuidado, influenciando diretamente o risco de complicações e o prognóstico da doença⁷.

Autocuidado significa deixar de ser passivo, trata-se de um comportamento pessoal que pode influenciar na sua saúde, porém não se dá de maneira isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde⁸. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda-se a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças crônicas, pois ela propicia o envolvimento da pessoa em seu tratamento e produz maior adesão ao esquema terapêutico, diminuindo complicações e incapacidades associadas aos problemas crônicos⁸. A pessoa que pratica o autocuidado traz para si vários benefícios, como a melhora da taxa de glicemia, melhora na qualidade de vida e ajuda a reduzir a morbidade, associadas às complicações do DM2⁹.

O estresse percebido é reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública, pois está relacionado com

os hábitos de vida das pessoas. Não há um consenso na definição do estresse percebido, contudo ele tem relação com a habilidade de enfrentamento¹⁰. É uma reação do organismo diante de uma situação muito difícil, de modo que o indivíduo na presença destes estressores reage em busca da adaptação, passando por três fases: alerta, resistência e esgotamento¹⁰.

Conforme a intensidade e o prolongamento, ela provoca no organismo um enfraquecimento do sistema imunológico, causando vários sinais e sintomas de doenças que podem se manifestar¹⁰. As variações emocionais alteram o diabetes nas pessoas portadoras, liberando assim hormônios que aumentam a glicose

no organismo do indivíduo. Deste modo, o indivíduo responde ao estresse se alimentando mais e se exercitando menos.

No presente estudo, buscou-se verificar o estresse percebido e o autocuidado de pessoas com DM2 e DCV, internadas em um hospital cardiovascular. Além de associar o estresse percebido e o autocuidado às variáveis de interesse como: sexo, idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, Índice de Massa Corporal (IMC), Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), glicemia casual, dieta para DM2 e prática de exercícios físicos, das pessoas com DM2 e DCV participantes do estudo.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo transversal, prospectivo, quantitativo, para conhecer o estresse percebido e o autocuidado entre pessoas com DM2 e Doenças Cardiovasculares internadas em um Hospital Cardiovascular de São José do Rio Preto -SP, bem como associar as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida tais como: sexo, idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, Índice de Massa Corporal (IMC), Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), glicemia casual, dieta para DM2 e prática de exercícios físicos.

Os conceitos que nortearam o delineamento desta pesquisa foram reproduzidos em elementos testáveis empiricamente por meio de um questionário construído e testado especificamente para o contexto do presente estudo.

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Cardiovascular no município de São José do Rio Preto (SP), onde foram realizadas entrevistas entre maio de 2019 a janeiro de 2020, nas quais foi utilizado um roteiro semiestruturado para a coleta dos dados sociodemográficos, clínicos, hábitos de vida, entre outros.

Instrumentos

Os instrumentos para a coleta de dados foram selecionados com o intuito de conhecer o estresse percebido e autocuidado de pessoas com DM2 internadas em um hospital cardiovascular, quanto às variáveis sociodemográficas, aos hábitos de vida, às variáveis clínicas, ao autocuidado e estresse percebido. Para tanto, utilizaram-se três instrumentos: um questionário semiestruturado para verificar as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e variáveis clínicas, um Questionário de Atividades de Autocuidado com Diabetes e uma Escala de Estresse Percebido (EP).

A aceitação ao tratamento no DM2 é essencial para controle da glicemia e redução da incidência das complicações. Para o tratamento do DM2 ser efetivo, além do uso da medicação, são necessárias diversas atividades de autocuidado como o seguimento de um plano alimentar, a monitorização da glicemia e a realização de atividades físicas. Tais atividades são vistas atualmente como o ponto central do tratamento dos diabéticos. A avaliação

da adesão ao tratamento normalmente é realizada, nas consultas, pelas avaliações clínica e laboratorial desses pacientes.

Ter instrumentos que permitam avaliar e medir essa adesão é de suma importância para aplicação em pesquisas e também para guiar os clínicos em sua avaliação. Medir a adesão no DM é difícil devido à complexidade do regime terapêutico que envolve as diferentes atividades de autocuidado. Para avaliar a adesão ao tratamento em pesquisas, é necessário ter instrumentos confiáveis e válidos.

Dos questionários utilizados para avaliar a adesão ao autocuidado nos diabéticos, o *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA) é um dos instrumentos mais usados para pesquisa. Desenvolvido para avaliar, de maneira sistematizada, a adesão às atividades de autocuidado no paciente diabético. Sua validade e confiabilidade já foram avaliadas e estabelecidas em populações norte-americanas de língua inglesa e espanhola e também em portugueses¹¹.

O SDSCA avalia cinco aspectos do regime de tratamento do DM, agrupados em seis dimensões do autocuidado: alimentação (geral e específica), atividade física, uso da medicação, monitorização da glicemia e o cuidado com os pés, avaliando também o tabagismo. As dimensões representam atividades diferentes do tratamento do DM, realizadas de maneira independente pelos pacientes¹¹.

O processo de tradução e adaptação do questionário seguiu os procedimentos recomendados internacionalmente para a tradução e adaptação de instrumentos de pesquisa. A tradução e a adaptação foram autorizadas pela autora principal do SDSCA. Inicialmente foi avaliada a validade de face do SDSCA por um endocrinologista e dois psiquiatras, para verificar se os itens, em seu aspecto geral, tinham os conceitos desejados. Após foi realizada a tradução do questionário por um professor de inglês¹¹.

O questionário traduzido e adaptado para o Brasil foi denominado "Questionário de

Atividades de Autocuidado com o Diabetes" (QAD)¹¹. O QAD possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: "Alimentação Geral" (AG) com dois itens, "Alimentação Específica" (AE) três itens, "Atividade Física" (AF) dois itens, "Monitorização da Glicemia" (MG) dois itens, "Cuidado com os Pés" (CP) três itens e "Uso da Medicação" (M) três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso. Também possui outros três itens para a avaliação do tabagismo¹¹.

Escala de QAD que possui sete dimensões e 15 itens, caracterizado por dias da semana em que as pessoas apresentam determinado comportamento, variando o escore de cada item de 0 a 7, no qual zero é a situação menos desejável e sete, a mais favorável. Nos itens da dimensão alimentação específica que é questionado sobre o consumo de alimentos ricos em gorduras e doces, os valores foram invertidos (se 7=0, 6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7 e vice-versa). Os dados sobre tabagismo foram classificados em fumante e não fumante e, para a análise desta variável, consideraram-se a proporção de fumantes e a média de cigarros consumidos por dia¹¹.

A escala que mensura o estresse percebido mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. É denominada *Perceived Stress Scale* (PSS) e foi inicialmente apresentada com 14 itens (PSS 14)¹².

A tradução inicial do inglês para o português foi feita por dois tradutores independentes e qualificados que estavam cientes dos objetivos da tradução. A tradução reversa para o inglês (*back-translation*) foi realizada por outro tradutor independente bilíngue, para comparar a tradução para o inglês com o instrumento original¹².

Os itens foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregado as pessoas avaliam suas vidas. Estes três fatores têm sido considerados como componentes centrais na experiência de estresse¹². A PSS é uma escala geral que pode ser usada em diversos grupos etários,

desde adolescentes até idosos, por não conter questões específicas do contexto. Existem três formas de medir o estresse. A primeira é direcionada à presença de agentes estressores específicos; a segunda, aos sintomas físicos e psicológicos do estresse e a terceira pretende mensurar a percepção de estresse individual de forma global e independente dos agentes estressores¹².

A escala possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0= 4, 1= 3, 2= 2, 3= 1 e 4= 012.

As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões, e os escores podem variar de zero a 56, sendo que os números maiores indicam uma maior percepção de estresse¹².

Foram abordadas 63 pessoas que tinham DM2 e estavam internadas em um Hospital Cardiovascular, por motivos de tratamento cardiovascular. Os pacientes que aceitaram fazer parte deste projeto totalizaram-se 53 que atenderam aos seguintes requisitos: i) concordar em participar do estudo e assinar o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ii) Estar orientado no tempo e espaço, tendo condições de responder aos questionários propostos e iii) ter DM2. Foram excluídas 10 pessoas que não aceitaram responder aos questionários.

As pessoas com DM2 atendidas foram convidadas e esclarecidas quanto à participação no presente estudo, no primeiro dia de internação, se concordavam eram entrevistadas pelos pesquisadores no mesmo dia, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pacientes foram devidamente esclarecidos sobre o destino da coleta de dados e a descrição dessa coleta, após assinarem o TCLE, os pacientes responderam ao instrumento semiestruturado. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em pesquisa em seres humanos, CEP no 2.750.289.

Todos os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, armazenados no programa MS-Excel, com dupla digitação e validação dos mesmos. Depois, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0, por meio do qual foram realizadas as análises.

RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os resultados de caracterização sociodemográfica, clínica e de hábitos de vida da amostra e, em seguida, serão descritos os resultados das variáveis estresse percebido e autocuidado. Após serão apresentadas as análises das relações entre as variáveis de interesse.

Participaram do estudo 53 pessoas com DM2, internadas em um Hospital Cardiovascular, no município de São José do Rio Preto - SP, durante o período de coleta de dados. A Tabela 1 apresenta as frequências absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas da amostra.

Observou-se (Tabela 1) a prevalência do maior número de homens, sendo número de 30 pessoas (55,6%); aposentados 43 pessoas (81,5%); casados 27 pessoas (51,8%). Quanto às variáveis clínicas (Tabela 1), 53 pessoas (100%) relatavam fazer uso de antidiabético oral diariamente; 36 pessoas referiram não fazer uso de insulina (67%), 49 pessoas (92,4%) referiram hipertensão arterial; 43 (81,1%) referiram doença cardiovascular; 41 (77,3%) referiram não ter doença renal; 46 (88,8%) relataram uso de anti-hipertensivos e 43 (81,1%) referiram uso de analgésicos regularmente.

Em relação aos hábitos de vida, 36 pessoas (66,7%) referiram não fumar; 44 pessoas (81,5%) negaram uso de bebidas alcoólicas; 42 (77,8%) referiram não praticar exercícios físicos; 20 (38,9%) referiram fazer dieta para diabetes às vezes; 49 (92,4%) relataram ter

alguma crença religiosa e 47 (87,0%) referiram ter atividade de lazer.

Na Tabela 2, estão descritas as variáveis sociodemográficas e clínicas que foram apresentadas de forma numérica e não dicotômica para melhor interpretação.

Tabela 1 – Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Hábitos de Vida de Pessoas com DM2, Internadas em um Hospital Cardiovascular, São José do Rio Preto, SP, 2020.

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	30	55,6
Feminino	23	44,4
Ocupação		
Ativo	10	18,5
Aposentado	43	81,5
Estado Civil		
Solteiro	11	20,4
Casado	27	51,8
Divorciado	0	0
Viúvo	15	27,8
Usa ADO¹		
Sim	53	100
Não	0	0
Autoaplicação de Insulina		
Sim	8	16
Não	9	17
Não usa Insulina	36	67
Tabagista		
Sim	2	5,5
Não	36	66,7
Ex-tabagista	15	27,8
Etilismo		
Sim	9	18,5
Não	44	81,5
Dieta		
Sim	18	33,3
Não	15	27,8

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Às vezes	20	38,9
Exercícios Físicos		
Sim	4	7,4
Não	42	77,8
Às vezes	7	14,8
Lazer		
Sim	6	13
Não	47	87
Crença Religiosa		
Sim	49	92,4
Não	4	7,5
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim	49	92,4
Não	4	7,5
Doença Cardiovascular		
Sim	43	81,1
Não	10	18,9
Doença Renal		
Sim	12	22,7
Não	41	77,3
Uso de Anti-Hipertensivo		
Sim	46	86,8
Não	7	13,2
Uso de Analgésicos		
Sim	10	18,9
Não	43	81,1
TOTAL	53	100

¹Antidiabético Oral

Tabela 2 – Variáveis Numéricas de Pessoas com DM2 Internadas em um Hospital Cardiovascular. São José do Rio Preto, SP, 2020.

Variáveis	Variação	Média	Desvio- Padrão
IMC ¹	14,8 – 45,3	28,3	5,6
PAS ²	85 – 170	128,5	19,9
PAD ³	49 – 100	73,6	12,2
Peso	47 – 130	79,7	19,2
Idade	33 – 93	68,6	13,2
Tempo de Diagnóstico	0 – 50	18,3	11,3
Tempo de Escolaridade	1 – 2	1,6	0,5
Glicemia Casual	80 – 433	159,7	66,7

¹Índice de Massa Corporal; ² Pressão Arterial Sistólica; ³Pressão Arterial Diastólica

Segundo a Tabela 2, a amostra apresenta IMC médio de 28,3, PAS média de 128,5, PAD média de 73,6, idade média de 68,6 anos; tempo médio de diagnóstico de 18,3 anos, escolaridade média de 1,6 ano e glicemia casual média de 159,7. Sugerindo predominância de pessoas em sobrepeso, normotensas, idosas,

com elevado tempo de diagnóstico de DM2, baixa escolaridade e glicemia casual dentro dos parâmetros de normalidade.

A Tabela 3 apresenta os itens do questionário de autocuidado dos participantes do estudo e o escore total de cada domínio do questionário:

Tabela 3 – Atividades de Autocuidado com o Diabetes de 53 Pessoas Internadas em um Hospital Cardiovascular, São José do Rio Preto, SP, 2020.

Variáveis de Atividades de Autocuidado com DM	Escore Médio	Desvio- Padrão
1. ALIMENTAÇÃO GERAL	3,75	2,3
1.1. Quantos dos últimos SETES DIAS seguiu dieta saudável?	3,92	2,50
1.2. Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, seguiu orientação alimentar de profissional de saúde?	3,58	2,67
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	5,19	1,50
2.1. Quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	5,28	1,29
2.2. Quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gorduras?	5,23	1,22
2.3. Quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	5,08	1,25
3. ATIVIDADE FÍSICA	1,08	1,93
3.1. Quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos?	1,15	2,07
3.2. Quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum exercício físico específico fora atividades de casa ou trabalho?	1,02	1,90
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA	2,64	2,73
4.1. Quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	2,70	2,85
4.2. Quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	2,58	2,81
5. CUIDADOS COM OS PÉS	3,60	2,43
5.1. Quantos dos últimos SETE DIAS examinou seus pés?	3,2	2,51
5.2. Quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro de seus sapatos antes de calçá-los?	3,57	2,56

continua...

...continuação tabela 3

Variáveis de Atividades de Autocuidado com DM	Escore Médio	Desvio- Padrão
5.3. Quantos dos últimos SETES DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	3,62	2,58
6. MEDICAÇÃO	4,74	4,58
6.1. Quantos dos últimos SETE DIAS tomou os medicamentos do diabetes conforme recomendado?	5,79	2,06
6.2. Quantos dos últimos SETE DIAS tomou as injeções de insulina conforme recomendado?	2,62	3,05
6.3. Quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos para o diabetes?	5,79	1,97

147

Quanto às variáveis de autocuidado (Tabela 3), verifica-se que em sete dias da semana os participantes do estudo referiram em média seguir uma alimentação saudável não específica por 3,7 dias; alimentação específica para o DM2 em média 5,2 dias da semana; fazer atividade física (exercícios físicos) em média em 1,1 dia da semana; realizar monitoração da glicemia em média 2,6 dias da semana; realizar cuidados

com os pés em média 3,6 dias e fazer uso das medicações (antidiabético oral e/ou insulina) em média 4,7 dias da semana. Quanto ao componente do Questionário de Autocuidado que avaliou o tabagismo das pessoas, a maioria negava ser tabagista, duas pessoas referiram fumar. Na Tabela 4, estão descritos os itens da escala de Estresse Percebido (EP) e o escore total da escala:

Tabela 4 – Estresse Percebido Relacionado ao DM2 de 53 Pessoas Internadas em um Hospital Cardiovascular. São José do Rio Preto, SP, 2020.

Variáveis de EP Relacionado ao DM	Escore Médio	Desvio- Padrão
1. Ficou triste porque aconteceu algo inesperado?	2,28	1,28
2. Sente-se incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	2,23	1,22
3. Tem se sentido nervoso e “estressado”?	2,15	1,34
4. Trata com sucesso os problemas difíceis da vida?	1,70	1,22
5. Sente que está lidando bem com as mudanças na sua vida?	1,72	1,09
6. Confia na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	1,55	1,11
7. Sente que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	1,68	1,09
8. Acredita que não consegue lidar com tudo o que você tem que fazer?	2,09	1,20
9. Consegue controlar as irritações em sua vida?	1,57	,951
10. Sente que as coisas estão sob o seu controle?	1,38	,985
11. Tem se irritado com as coisas que estão fora do seu controle?	2,30	1,11
12. Percebe que está pensando sobre as coisas que deve fazer?	2,19	1,15
13. Consegue controlar como você gasta seu tempo?	1,36	922
14. Acredita que as dificuldades estão se acumulando a ponto de acreditar que são impossíveis de superar?	2,21	1,15
Escore Médio Total	26,4	8,86

Quanto ao estresse percebido, verifica-se que o escore médio total da amostra foi de 26,4 pontos, para uma pontuação da escala que poderia variar de 0 a 56 pontos. E 37 pessoas (68,5%) apresentaram escore médio de estresse

percebido acima de 26,4 pontos, sugerindo que, na amostra, o estresse percebido não era elevado.

A Tabela 5 apresenta as associações entre as variáveis de interesse, o autocuidado e o Estresse Percebido (EP) da amostra:

Tabela 5 – Relações Entre as Variáveis de Interesse, os Domínios do Autocuidado e Estresse Percebido de 53 Pessoas com DM2 Internadas em um Hospital Cardiovascular, São José do Rio Preto, SP, 2020.

Variáveis	AG*	AE*	AF*	MG*	CP*	M
Idade	-6,22 (p=,000)*	-6,22 (p=,000)*	-6,22 (p=,000)*	-6,22 (p=,000)*	-6,22 (p=,000)*	-6,22 (p=,000)*
IMC	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*
PAS	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,35 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*
PAD	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,36 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*
Glicemia Casual	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*	-6,34 (p=,000)*
Estresse Percebido	-6,30 (p=,000)*	-6,30 (p=,000)*	-6,27 (p=,000)*	-6,29 (p=,000)*	-6,33 (p=,000)*	-6,30 (p=,000)*

*Valor p referente ao teste de Wilcoxon com significância estatística para p<0,05

Por meio do teste de Wilcoxon, verificou-se relação estatisticamente significativa e inversamente proporcional entre todos os domínios do questionário de autocuidado e as variáveis de interesse apresentadas e o estresse

percebido. Sugerindo que a idade avançada, valores elevados de IMC, PAS, PAD, glicemia casual e estresse percebido estavam associados a comportamentos de autocuidado seguidos em menos dias da semana.

DISCUSSÃO

Verificou-se que a maioria da amostra (55,6%) era do sexo masculino e idade acima de 60 anos, estes pacientes estavam internados para tratamentos cardiovasculares e possuíam DM2. Notou-se semelhança nos resultados de outros estudos: que a prevalência de idosos, portadores de Hipertensão Arterial (HAS) e DM2 do gênero masculino (63,3%), tinha a faixa etária acima de 60 anos. A maioria da população é formada por homens pelo fato de ser a maioria de idosos internados^{13,14}.

Entretanto, a maior prevalência de homens neste estudo pode ser atribuída ao fato de a amostra ser constituída por pacientes hospitalizados, os quais não procuraram, provavelmente, este serviço por vontade própria^{14,15}. Quanto à idade avançada destes pacientes, devido ao envelhecimento, há o surgimento de doenças crônicas incapacitantes que passaram a ganhar uma maior evidência no cenário da saúde. Entre elas destaca-se a DM2 que é uma das doenças crônicas mais comuns em idosos^{14,15}.

A maioria era casado (52,8%), aposentado (81,5%) e fazia uso regularmente dos antidiabéticos via oral (100%). Houve predomínio dos dados nos artigos analisados tais como, casados eram 50%, e 70% eram aposentados, e a maioria (86,7%) segue as orientações farmacológicas, em outro estudo a prevalência de DM, em sua maioria, acomete indivíduos casados (64,9%)^{13,16}.

A adesão ao tratamento farmacológico foi de 78,3%, em um estudo realizado, com pacientes DM2, nesse mesmo estudo não foi observada diferença significativa da adesão ao tratamento em relação ao sexo¹⁷. Em relação a ser tabagista e fazer uso do etilismo, a maioria relatava não fazer uso. Os dados apontam que, no Brasil, o número de não fumantes está crescendo, assim como a proporção de ex-fumantes entre pessoas de 60 anos ou mais, devido à realização das campanhas de conscientização e de trabalhos educativos antitabaco¹⁷. A prevalência de idosos que não consumiam bebidas alcoólicas observadas nesse estudo

e o tempo de diagnóstico condizem com os resultados do presente estudo¹⁷.

A incidência de hipertensão, nos portadores de DM2, aumenta no decorrer da idade, é uma predisposição natural devido às alterações vasculares intrínsecas ao envelhecimento. Porém, em decorrência dos efeitos negativos que a hiperglicemia e a hiperinsulinemia exercem sobre o organismo, o idoso diabético apresenta mais propensão à hipertensão arterial sistêmica do que idosos não diabéticos. O DM2 pode desenvolver-se associado a outras doenças como a HAS, dislipidemia e obesidade visceral, o que aumenta significativamente a morbimortalidade cardiovascular, crescendo o risco de morte gradativamente¹⁸. Nos pacientes DM2, a dislipidemia é causada devido a fatores como obesidade, a não prática de atividades físicas, HAS, sedentarismo, histórico familiar, fumantes e etilistas.

Neste estudo evidenciou-se que a maioria dos pacientes fazia tratamento para HAS (90,7%) e doença cardiovascular (79,6%), tinha sobrepeso e tempo de diagnóstico mais de 10 anos de DM2. A obesidade e o sobrepeso em conjunto aumentaram 27,5% nos adultos. No Brasil, essa população de obesos cresce cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade¹⁹.

O excesso de peso, sobrepeso e/ou obesidade, é um fator que está presente em grande parte dos pacientes com DM2. Na população diabética, em ambos os sexos, um valor de IMC maior ou igual a 5,0 kg/m² resulta em aumento na probabilidade de acometimento por DCV²⁰. A redução de peso melhora a tolerância à glicose e o perfil lipídico, além de reduzir drasticamente os níveis de pressão arterial e sintomas de depressão associados à doença²⁰.

As DCVs podem fragilizar os pacientes e desencadear distúrbios como depressão e ansiedade. Entre os mecanismos que relacionam os fatores psicossociais como as DVCs incluem-se comportamentos inadequados (estilo de vida inadequado, falta de apoio social,

estresse no trabalho, ansiedade, baixa adesão a tratamentos). Para indivíduos com alto risco de DCV, estão indicadas intervenções multimodais, interagindo educação sobre estilo de vida saudável e recursos médicos, atividade física, controle do estresse e aconselhamento sobre fatores de risco psicossociais. Pessoas de nível socioeconômico baixo, de idade avançada ou sexo feminino podem precisar de programas individualizados para atender às suas necessidades específicas de informação e apoio emocional²¹.

Quanto ao exercício físico, a maioria respondeu que não praticava (77,8%), eles relataram que devido ao tratamento cardíaco que desencadeava cansaço aos mínimos esforços e desconforto respiratório, eles não faziam nenhum tipo de exercício nem caminhada.

A maioria dos pacientes era idosa, estava debilitada e movimentava-se com ajuda de andador e pelo cuidador. Em um estudo, os dados relacionados à prática de atividade física mostraram alta porcentagem de diabéticos sedentários (88%), o que pode ser um agravante no tratamento e controle da doença²¹. Esses dados são concordantes com os encontrados, em pesquisa desenvolvida com portadores de DM2, em ambulatórios de unidades secundárias e terciárias da saúde na cidade de Ribeirão Preto, em que se observou que 70,3% dos diabéticos não praticavam atividade física²¹. A atividade física realizada, ao longo da vida, contribui significativamente para a prevenção de doenças e reversão de limitações²¹.

Estudos comprovam a eficácia dos exercícios físicos em pessoas cardiopatas. O exercício físico promove a melhora do desempenho cardiovascular, alterando beneficemente os riscos de desenvolvimento de doenças do coração. Cada paciente vai necessitar de um exercício individual, com um acompanhamento de um profissional capacitado que pode iniciar no âmbito hospitalar e continuar em sua residência²¹.

Quanto à dieta, os pacientes relataram não conseguir realizar de forma correta todos os dias

da semana, o resultado foi às vezes com 38,9%. Esse resultado foi o mesmo encontrado em uma pesquisa realizada com portadores de DM2, cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde em que se verificou que 55,2% dos diabéticos apresentavam dificuldade em aderir à dieta. A alimentação adequada é importante para que o controle do diabetes seja atingido nos níveis

desejáveis. São imprescindíveis mudanças dos hábitos alimentares, beneficiando um melhor controle metabólico e ganho de peso²². A prática de autocuidado no âmbito domiciliar é imprescindível no tratamento da DM2 e nas cardiopatias, ajudando a melhorar a qualidade de vida e amenizando a convivência com a doença²².

CONCLUSÃO

Quanto aos objetivos propostos neste estudo: identificou-se, em relação ao estresse percebido, que a pontuação média para percepção de estresse da amostra não atingiu a metade dos pontos totais da escala. A maioria dos participantes atingiu uma pontuação média de estresse inferior à média total da amostra, sugerindo uma baixa percepção de estresse na amostra.

Sobre os domínios do autocuidado, identificou-se que, em geral, os comportamentos de autocuidado associados ao DM2 na amostra eram baixos, pois nenhum dos domínios do autocuidado era realizado pelos participantes em, pelo menos, seis dias da semana. O domínio do autocuidado mais realizado pelos participantes do estudo foi em relação ao “*Tabagismo*”, pois apenas duas pessoas referiram fumar; seguido pelo

domínio “*Alimentação Específica*” para o DM2, realizado em média 5,2 dias da semana; e o domínio “*Uso de Medicamentos*”, realizado em média 4,7 dias da semana.

Quanto às associações entre as variáveis de interesse, verificou-se que a idade avançada, valores elevados de IMC, PAS, PAD, glicemia casual e estresse percebido estavam associados a comportamentos de autocuidado seguidos em menos dias da semana.

Conclui-se que esse estudo oferece informações para o planejamento do tratamento de pessoas com DM2, para obtenção do melhor controle glicêmico, sugerindo que intervenções educativas ou metodologias que promovam a melhora da adesão aos comportamentos de autocuidado e redução do estresse podem influenciar os resultados em saúde das pessoas com DM2.

REFERÊNCIAS

1. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HDC. Complicações e o Tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enferm.* [revista em Internet] 2015 [acesso em 02 fev. 2021];28(3):250-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0250.pdf> doi: [http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500042]
2. Becker MR, Heidemann BSTI. Promoção da Saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. *Text & Cont Enf.* [revista em Internet] 2020 [acesso em 02 fev. 2021];(29):1980-265. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000100502&script=sci_arttext&tlng=pt doi: [https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0250]
3. Correa K, Gouvêa GR, Silva MAV, Possobon RF, Barbosa LFLN, Pereira AC “et al.” Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Cien Saud Col.* [revista em Internet] 2017 [acesso em 02 fev. 2021];22(3):921-930. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300921&lng=pt&tlng=pt doi: [http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.24452015]
4. Rolim CE, Rosa SPS, Dias JMF, Gonçalves SAA, Medeiros AP, Leite LOB et al. A importância da farmacêutica e a diabete mellitus. *Gru Ver de Agroeco Abe.* [revista em Internet] 2016 [acesso em 02 fev. 2021];10(2):92-104. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/4575>
5. Souza TJ, Macedo FS, Moura ARJ, Silva VRA, Vieira SEE, Reis AS. Autocuidado e parâmetros clínicos em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Rene.* [revista em Internet] 2015 [acesso em 02 fev. 2021];16(4):479-5. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2739/2122> doi: [http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400004]

6. Gois C, Dias VV, Raposo JF, Carmo I, Barbosa A. Vulnerability to Stress, anxiety and depressive symptoms and metabolic control in type 2 diabetes. *BMC Res Notes*. [revista em Internet] 2012 [acesso em 02 fev. 2021];5-271. Disponível em: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-271#citeas> doi: [<https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-271>]
7. Gomides SD, Vilas-Boas GCL, Coelho MCA, Pace EA. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm*. [revista em Internet] 2013 [acesso em 02 fev. 2021]; 26(3):289-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/14.pdf> doi: [<https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300014>]
8. Silva VJ, Domingues RAE. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Arq Ciênc Saúde*. [revista em Internet] 2017 [acesso em 02 fev. 2021]; 24(4):30-36. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/686> doi [<https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.686>]
9. Silva RM, Goulart CT, Guido LA. Evolução histórica do conceito de estresse. *Rev. Cient. Sena Aires*. [revista em Internet] 2018 [acesso em 02 fev. 2021];7(2): 148-56. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/316/225>
10. Michels JM, Coral MHC, Sakae MT, Damas BT, Furlanetto MN. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras End & Met* [revista em Internet] 2010 [acesso em 02 fev. 2021];54(7). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000700009 doi [<https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>]
11. Luft CDB, Sanches OS, Mazo ZG, Andrade A. Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saud Pub* [revista em Internet] 2007 [acesso em 02 fev. 2021];41(4). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400015 doi [<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>]
12. Britto SA, Abreu AC, Rubira AE, Marcon RS, Oliveira TRJ. Grau de adesão de idosos internados em um hospital ao regime terapêutico para hipertensão e diabetes. *Rev de Atenc Saúde*. [revista em Internet] 2015 [acesso em 02 fev. 2021];13(44):27-32. Disponível em: https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2582/1737 doi [doi: 10.13037/rbcs.vol13n44.2582]
13. Sampaio PN, Lima RT, Pretto BDA, Massaut BK, Grutzmann SL, Bampi RS et al. Prevalência de complicações associadas ao diabetes mellitus tipo 2 em pacientes hospitalizados. *Rev Bras de Obesid, Nutr e Emagrec*. [revista em Internet] 2018 [acesso em 02 fev. 2021];12(75):841-850. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/803>
14. Dias MS, Gomes GH, Medeiros NSJ, Carmo VAJ, Rocha MOGJ. Níveis de conhecimento de pacientes diabéticos sobre a diabetes mellitus tipo II. *Rev Interd*. [revista em Internet] 2018 [acesso em 02 fev. 2021];11(3):14-21. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1323/pdf_368
15. Moreschi C, Rempel C, Siqueira FD, Backes SD, Pissaiá FL, Grave QTM. Estratégias saúde da família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes. *Rev Bras de Enf*. [revista em Internet] 2018 [acesso em 02 fev. 2021];71(6). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-2899.pdf doi [<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0037>]
16. Baldoni RN, Oliveira MER, Franco JL, Fabbro DLA. Adesão ao tratamento farmacológico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Bras Farm Hosp Serv Saúde*. [revista em Internet] 2016 [acesso em 02 fev. 2021];7(4):15-19. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/2016070402001008BR.pdf>
17. Pinho L, Aguiar SPA, Oliveira RM, Barreto PAN, Ferreira MMC. Hipertensão e dislipidemias em pacientes diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. *Rev Nor Min Enf*. [revista em Internet] 2015 [acesso em 02 fev. 2021];4(1):87- 101. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2545>
18. Barroso AT, Marins BL, Alves R, Gonçalves SCA, Barroso GS, Rocha SG. Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. *Int. J. Cardiovasc. Sci*. [revista em Internet] 2017 [acesso em 02 fev. 2021];30(5). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56472017000500416&script=sci_arttext&tlng=pt doi: [<https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170073>]
19. Jesus MD, Aguiar CGB, Dutra PMC, Pitombeira PCP. Diabetes mellitus tipo2: ações de enfermagem na prevenção e controle dos pacientes obesos e com alto índice glicêmico. *Rev Acred*. [revista em Internet] 2016 [acesso em 02 fev. 2021];6(11). Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5602107.pdf>
20. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa FH, Saraiva JFK, Oliveira GMM et.al. I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. *Soc Bras Cardio*. [revista em Internet] 2013 [acesso em 02 fev. 2021];101(6). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004500001 doi [<https://doi.org/10.5935/abc.2013S012>]
21. Olímpio A, Oliveira J, Alberto L, Pessoa SPM, Pessoa AR, Arruda OE. Capacitação do profissional de educação física na reabilitação cardiovascular. *Rev Car de Ed Fis*. [revista em Internet] 2017 [acesso em 02 fev. 2021];12(1):1-11. Disponível em: <http://gestaouniversitaria.com.br/artigos/capacitacao-do-profissional-de-educacao-fisica-na-reabilitacao-cardiovascular>
22. Gomes NM, Maciel GM, Torres SR, Barbosa AANS. Relação entre variáveis antropométricas, bioquímicas e hemodinâmicas de pacientes cardiopatas. *Int Jour of Cardiovasc Scie*. [revista em Internet] 2015 [acesso em 02 fev. 2021];28(5):392-399. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/28/pdf/v28n5a08.pdf> doi [<https://doi.org/10.5935/2359-4802.20150058>]

Recebido em julho de 2020.
Aceito em fevereiro de 2021.