

PROBLEMAS EMOCIONAIS E PERCEÇÃO DE COERÇÃO EM PACIENTES COM DIABETES TIPO 2: UM ESTUDO OBSERVACIONAL

EMOTIONAL PROBLEMS AND PERCEIVED COERCION IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS: AN OBSERVATIONAL STUDY

Carolina Campos Gross^{1,4}, Jorge Luiz Gross^{2,4}, José Roberto Goldim^{3,5}

RESUMO

Introdução: A participação ativa no tratamento, o cuidado psicológico e a comunicação efetiva entre paciente e equipe de saúde são fundamentais para ao tratamento efetivo do diabetes.

Objetivo: Identificar os problemas enfrentados pelos pacientes com diabetes e avaliar o grau de coerção associado a estes aspectos.

Método: Estudo transversal com 152 pacientes com diabetes tipo 2 foi conduzido utilizando duas escalas: *Problem Areas in Diabetes Scale* (PAID) e Percepção de Coerção. A hemoglobina glicada foi avaliada com HPLC.

Resultados: Mulheres apresentaram nível maior de problemas emocionais com relação ao diabetes (PAID \geq a 40) do que os homens ($X^2=5,3$; $gl=1$; $P=0,021$). Com relação à percepção de coerção, 94,4% (N=118) consideraram ter tido oportunidade suficiente de dizer para a equipe de saúde se queriam se tratar e 83,2% (N=104) o que queriam a respeito do tratamento. Enquanto 12,7% (N=16) referiram que ninguém parecia interessado em saber se ele/ela queria se tratar e 16% (N=20) consideram que a sua opinião sobre o tratamento não interessou à equipe de saúde. O nível de hemoglobina glicada apresentou moderada correlação com a percepção do paciente sobre a oportunidade que recebeu de dizer para a equipe de saúde se queria se tratar.

Conclusão: Nesta amostra de pacientes com diabetes tipo 2, os problemas emocionais relacionados ao diabetes se mostram frequentes, principalmente nas mulheres. A percepção de coerção mostrou associação com PAID e com o nível de hemoglobina glicada.

Palavras-chave: Diabetes; coerção; cuidados em saúde; emoções

ABSTRACT

Background: The active patient participation in treatment, psychological care and effective communication with health team are essential for effective treatment of diabetes.

Aim: To identify the problems faced by patients with diabetes and to evaluate the degree of coercion expressed associated with these aspects.

Method: A cross-sectional study with 152 patients with type 2 diabetes was conducted using two scales: *Problem Areas in Diabetes Scale* (PAID) and Perceived Coercion. Glycated hemoglobin was evaluated with HPLC.

Results: Women had higher levels of emotional problems related to diabetes (PAID \geq 40) than men ($X^2=5.3$, $df=1$, $P=0.021$). Regarding the perception of coercion, 94.4% (N=118) believes that had sufficient opportunity to tell the health care team if he wanted to be treated and 83.2% (N=104) what he wanted regarding treatment. While 12.7% (N=16) reported that no one seemed interested in whether he / she wanted to be treated and 16% (N=20) believe that their opinion about the treatment not interested the health care team. The glycated hemoglobin level shows moderate correlation with respect to the patient's perception about the opportunity to say that received from the health care team if he/she wanted to be treated.

Conclusion: In this sample with type 2 diabetes patients, emotional problems related to diabetes (PAID) are shown frequently, especially in women. The perception of coercion was associated with PAID and the level of glycated hemoglobin.

Keywords: Diabetes; coercion; health care; emotions

Rev HCPA 2010;30(4):431-435

Atualmente, o diabetes melito (DM) representa uma epidemia mundial e um dos maiores problemas de saúde do mundo (1). Nos últimos anos houve avanços importantes no estabelecimento de critérios diagnósticos do diabetes e no conhecimento de novas estratégias de tratamento. Entretanto, sabe-se que grande parte dos pacientes que tem o diagnóstico de diabetes não consegue atingir um controle glicêmico

adequado (2). Como consequência, milhões de pessoas com diabetes tem um risco elevado de desenvolver sérias complicações decorrentes da doença.

A intensidade e a repetição diária de um tratamento, muitas vezes difícil e desgastante, produzem um impacto na vida do sujeito e de sua família. O diagnóstico do diabetes, os sintomas e o tratamento rigoroso podem represen-

1. Institute of Public Communication and Education, Università della Svizzera italiana, Lugano, Switzerland.

2. Serviço de Endocrinologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3. Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, HCPA.

4. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

5. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS.

Contato: Carolina Gross. E-mail: carolinacross@gmail.com (Lugano, Suíça).

tar uma fonte de sofrimento psicológico para o paciente. Muitos estudos têm demonstrado a elevada taxa de transtornos psiquiátricos como depressão, ansiedade e transtornos alimentares entre pacientes com diabetes (3-5).

Com a necessidade de identificar as dificuldades enfrentadas pelos pacientes e profissionais da saúde o estudo DAWN (*Diabetes Attitudes Wishes and Needs*) apontou importantes metas a serem alcançadas mundialmente com o objetivo de aumentar o controle do diabetes. São elas: promover o papel ativo de autocuidado, intensificar o cuidado psicológico dos pacientes, aumentar a comunicação entre os pacientes, família e equipe de saúde, promover comunicação e coerência entre a equipe de saúde e reduzir as barreiras ao tratamento efetivo (6-8).

Tendo em vista que o diabetes é uma doença que é 90% controlada pelo paciente, é muito importante que o foco do tratamento esteja no indivíduo e que o paciente seja um colaborador ativo no seu processo de autocuidado (7). Portanto, é fundamental que se estabeleça uma comunicação efetiva, onde o paciente seja capaz de administrar as informações que recebe da equipe de saúde e fazer escolhas conscientes em relação ao seu tratamento. Para tanto, este estudo objetiva identificar os problemas enfrentados pelos pacientes com diabetes e avaliar o grau de coerção associada a estes aspectos.

MÉTODOS

O presente artigo constitui-se de análise secundária de um estudo transversal sobre os aspectos psicológicos e suas repercussões no controle metabólico e complicações crônicas em pacientes com diabetes. Pacientes alfabetizados, diagnosticados com diabetes tipo 2, pelo menos um ano antes da entrevista, a partir de 14 anos de idade, atendidos na unidade ambulatorial do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foram convidados a participar do estudo no ano de 2007. Pacientes diagnosticados com amaurose, doença renal crônica, hemodiálise, amputações maiores, com doenças graves com expectativa de vida menor que 1 ano, déficit cognitivo ou história de doença psiquiátrica maior foram excluídos.

Os pacientes que preenchem os critérios do estudo foram convidados a participar pela equipe de saúde do ambulatório e encaminhados para conversar com um dos pesquisadores. Após os esclarecimentos sobre a participação na pesquisa e a obtenção do consentimento, os participantes foram convidados a responder a questionários autoadministrados sobre aspectos psicológicos do diabetes, assim como a questionários de avaliação de ansiedade e de

depressão, transtornos alimentares, resiliência e coerção percebida. Dados demográficos e clínicos foram coletados através dos prontuários do pacientes. A coleta de dados teve uma duração de até uma hora.

Em virtude do pouco número de estudos na área, o cálculo do tamanho da amostra baseou-se na correlação entre questionários e a hemoglobina glicada, R estimado de 0,3 Alfa=0,05 com um poder de 80%.

O questionário de expressão de coerção foi adaptado e testado para a população em questão. Este instrumento é uma adaptação da escala de voz proposta por Gardner, sendo denominada de Escala de Expressão de Coerção (9). Esta escala é composta por quatro questões, com respostas do tipo sim/não, com os seguintes temas: Tive oportunidade suficiente de dizer para a equipe de saúde se queria me tratar; Tive oportunidade de dizer para a equipe de saúde o que queria a respeito do tratamento; Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me tratar; Minha opinião sobre o tratamento não interessou à equipe de saúde. O escore do questionário varia de zero a quatro, sendo zero a ausência de expressão de coerção e quatro a máxima.

O questionário *Problem Areas in Diabetes Scale* (PAID) é um instrumento amplamente utilizado em pesquisas e na clínica e tem mostrado utilidade clínica, tendo sido adaptado em alguns países. Estudos prévios apontam a correlação do PAID com comportamentos de autocuidado, com o controle glicêmico, com o estresse percebido, com crenças a respeito do diabetes e estratégias de enfrentamento específicas do diabetes (10-13). Consta de 20 questões a respeito da percepção do indivíduo sobre os problemas enfrentados na rotina de cuidados com a doença em uma escala Likert de cinco pontos. Apresenta quatro dimensões referentes aos problemas com alimentação, problemas com o apoio social, problemas com o tratamento e problemas emocionais. O escore varia entre 0-100, sendo que escores maiores ou iguais a 40 são considerados como alto grau de sofrimento emocional com relação aos problemas encontrados pelos pacientes. A versão original foi desenvolvida por Polonsky et al. (11) e a versão brasileira foi adaptada pelo nosso grupo e mostrou condições psicométricas e validade adequadas em pacientes com diabetes tipo 2, com um alfa de Cronbach de 0,93 (10).

Neste artigo, apenas os dados referentes ao instrumento de expressão de coerção e ao questionário PAID entre pacientes com diabetes tipo 2 serão apresentados. Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

RESULTADOS

Um total de 152 pacientes aceitou participar da pesquisa e completou os questionários. A idade variou entre 36 e 77 anos de idade, com uma média de $60 \pm 9,8$ anos. A média do tempo de diagnóstico do diabetes foi de $13,3 \pm 9,0$ anos, 42,7% eram mulheres e 57,3% eram homens. A hemoglobina glicada (A1C) foi em média $7,6 \pm 1,5\%$, índice de massa corporal (IMC) $30,9 \pm 5,5$ kg/m² e 10% dos pacientes faziam uso de insulina (tabela 1).

Tabela 1 - Características Clínicas.

	DM2
N	152
Idade (anos)	$60,4 \pm 8,9$
Tempo de diagnóstico (anos)	$13,3 \pm 9,0$
Sexo feminino	42,7%
Hemoglobina glicada – A1C (%)	$7,6 \pm 1,5$
IMC (kg/m ²)	$30,9 \pm 5,5$
Uso de Insulina	10%

Dados expressos como média \pm desvio-padrão ou percentual de casos; IMC (Índice de Massa Corporal).

Com relação aos problemas relacionados ao diabetes, identificados pelo questionário PAID, 24,6% (N=33) dos pacientes apresentaram um índice \geq a 40, revelando um alto nível de sofrimento emocional com relação ao diabetes (tabela 2). Dentre estes pacientes, a proporção de mulheres (N=20) e homens (N=13) foi significativamente diferente ($X^2=5,3$; gl=1; P=0.021).

Nas subdimensões do questionário PAID, a média foi de $16,2 \pm 14,8$ com relação aos problemas emocionais, $3,1 \pm 3,3$ com relação aos problemas relacionados ao tratamento, $3,7 \pm 3,7$ com relação aos problemas relacionados à alimentação e $1,5 \pm 2,2$ referente aos problemas de apoio social.

Tabela 2 - Escores da escala de coerção percebida de acordo com o grau de problemas emocionais relacionados ao diabetes (escala PAID).

Coerção percebida	PAID < 40 (N=90)	PAID \geq 40 (N=30)
0 (N=82)	72,2%	56,7%
1 (N=23)	15,6%	30%
2 (N=11)	10%	6,7%
3 (N=2)	2,2%	0%
4 (N=2)	0%	6,7%
Total	100%	100%

PAID \geq 40 = alto grau de problemas emocionais relacionados ao diabetes

No que se refere à percepção de coerção, 94,4% (N=118) consideram ter tido oportunidade suficiente de dizer para a equipe de saúde se queriam se tratar e 83,2% (N=104) de dizer o que queriam a respeito do tratamento. Enquanto 12,7% (N=16) referem que ninguém parecia interessado em saber se ele/ela queria se tratar e 16% (N=20) consideram que a sua opinião sobre o tratamento não interessou a equipe de saúde (tabela 3).

Tabela 3 - Presença de expressão de coerção com relação ao tratamento do diabetes.

Coerção percebida	Sim	Não	Total
1. Tive oportunidade suficiente de dizer para a equipe de saúde se queria me tratar.	94,4% (N=118)	5,6% (N=7)	100,0% (N=125)
2. Tive oportunidade de dizer para a equipe de saúde o que queria a respeito do tratamento.	83,2% (N=104)	16,8% (N=21)	100,0% (N=125)
3. Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me tratar.	12,7% (N=16)	87,2% (N=109)	100,0% (N=125)
4. Minha opinião sobre o tratamento não interessou à equipe de saúde.	16,1% (N=20)	83,9% (N=104)	100,0% (N=124)

Nota: os pontos na escala de expressão de coerção são atribuídos para respostas "não" nas questões 1 e 2, e para as respostas "sim" nas questões 3 e 4.

A Tabela 4 apresenta as correlações entre o escore total do questionário de coerção percebida e as questões correspondentes, o escore total do questionário PAID e suas subdimensões e o nível de hemoglobina glicada. O escore total do questionário de coerção percebida apresenta uma correlação positiva com o escore total do questionário PAID e com as subdimensões referentes aos aspectos emocionais e do tratamen-

to. O escore total do questionário PAID se correlaciona de forma positiva com a “oportunidade de dizer para a equipe de saúde o que queria a respeito do tratamento”, segunda questão do questionário de coerção percebida. Foi verificada também uma correlação moderada entre o nível de hemoglobina glicada e a “oportunidade suficiente de dizer para a equipe de saúde se queria me tratar”.

Tabela 4 - Correlação entre o escore total do questionário de coerção percebida e suas questões correspondentes, o escore total do questionário PAID e suas subdimensões e o nível de hemoglobina glicada (A1C).

		PAID					
		Escore Total	Emocional	Tratamento	Alimentação	Apoio Social	A1c
COERÇÃO PERCEBIDA	Escore Total	0,191*	0,201*	0,179*	0,100	0,237	-0,10
	Questão 1	0,140	0,150	0,191*	0,081	0,077	0,308*
	Questão 2	0,184*	0,200*	0,183*	0,069	0,237*	-0,006
	Questão 3	0,111	0,119	0,087	0,034	0,237*	-0,160
	Questão 4	0,021	0,008	0,044	-0,009	0,153	0,043
	A1C	0,153	0,144	0,194	0,058	0,181	-

Questão 1 (Tive oportunidade suficiente de dizer para a equipe de saúde se queria me tratar)

Questão 2 (Tive oportunidade de dizer para a equipe de saúde o que queria a respeito do tratamento)

Questão 3 (Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me tratar)

Questão 4 (Minha opinião sobre o tratamento não interessou à equipe de saúde)

DISCUSSÃO

Nesta amostra de pacientes com diabetes tipo 2 foi identificado que a maioria dos pacientes consideram que tiveram oportunidade suficiente de dizer para a equipe de saúde se queriam se tratar e o que queriam do tratamento do diabetes. Além disso, foi verificada uma correlação moderada entre o nível de hemoglobina glicada e a percepção de ter tido oportunidade suficiente de dizer para a equipe de saúde se queria se tratar.

No que se refere ao sofrimento emocional com relação ao diabetes, as mulheres apresentaram escores maiores do que os homens nesta amostra de pacientes, coerentemente com outro estudo realizado pelo nosso grupo (10). Com relação à expressão de coerção, estudo que avaliou a adaptação da escala de expressão de coerção para procedimentos assistenciais em saúde, identificou a importância de o paciente poder se expressar com relação ao seu tratamento e sua condição de saúde. Neste estudo também a maioria dos pacientes reportaram terem tido oportunidades de se expressar sobre as questões assistenciais 97,1% dos pacientes referiram ter tido oportunidade suficiente de di-

zer se queriam se tratar; 86,9% disseram que tiveram oportunidades suficientes para dizer o que queriam a respeito do tratamento, e 85,2% referiram sentir que a opinião deles interessou durante o tratamento (14).

A rotina de cuidados do diabetes exige que os pacientes assumam um papel ativo no tratamento, sendo capazes de administrar informações complexas a respeito de sua saúde. Assim, é importante que as necessidades psicológicas dos pacientes sejam avaliadas e assistidas constantemente. A colaboração do paciente no tratamento deve ser encorajada pela equipe de saúde, a fim de que se possam construir soluções efetivas em conjunto, com o objetivo de prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações crônicas do diabetes.

CONCLUSÃO

A partir do resultado deste estudo é possível constatar que a maioria dos pacientes sentiu-se capaz de expressar suas opiniões e sentimentos sobre o tratamento do diabetes, apresentando uma correlação com o nível de hemoglobina glicada. Estas questões evidenciam a importância de promover uma comunicação efe-

tiva entre os pacientes e a equipe de saúde, permitir a colaboração ativa do paciente durante o seu tratamento e avaliar os aspectos psicológicos associados com o objetivo de promover o autocuidado e um melhor controle do diabetes.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro da CAPES, FIPE/HCPA e ao Serviço de Endocrinologia do HCPA.

REFERÊNCIAS

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care*. 2004 1;27(5):1047-53.
2. Mendes ABV, Fittipaldi JAS, Neves RCS, Chacra AR, Moreira ED. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol*. 2010;47(2):137-45.
3. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2001;24(6):1069-78.
4. Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, de Groot M, McGill JB, Clouse RE, et al. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Int J Psychiatry Med*. 2002;32(3):235-47.
5. Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *J Clin Psychol*. 2001;57(4):457-78.
6. Ovink A. Putting people centre stage. *Pract Diab Int*. 2009 1;26(1):36-9.
7. Skovlund SE, Peyrot M. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program: A new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum*. 2005;18(3):136-42.
8. International Diabetes Federation. 2nd International DAWN Summit: a call-to-action to improve psychosocial care for people with diabetes. *Pract Diab Int*. 2004;21(5):201-8.
9. Wettstein MF, Ferreira Alves LV, Goldim JR. Restrição alimentar por motivação religiosa e coerção: dados preliminares. *Rev HCPA* 2010;30(3):290-3.
10. Gross CC, Scain S, Scheffel R, Gross J, Hutz C. Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale (B-PAID): Validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2007;76(3):455-9.
11. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*. 1995;18(6):754-60.
12. Snoek FJ, Pouwer F, Welch GW, Polonsky WH. Diabetes-related emotional distress in Dutch and U.S. diabetic patients: cross-cultural validity of the problem areas in diabetes scale. *Diabetes Care*. 2000;23(9):1305-9.
13. Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH. The Problem Areas in Diabetes Scale. An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*. 1997;20(5):760-6.
14. Protas, JS. Adaptação da Escala de Percepção de Coerção em Pesquisa e da Escala de Expressão de Coerção para procedimentos assistenciais em saúde [dissertação], Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

Recebido: 07/11/2010

Aceito: 03/12/2010