

## ESTRESSE E RISCOS ASSOCIADOS AOS HÁBITOS DE VIDA EM PACIENTES COM DIABETES *MELLITUS*

Luciene José Garcia<sup>1</sup>  
Dayane Fernandes Ferreira<sup>2</sup>  
Eraldo Carlos Batista<sup>3</sup>  
Maria Letícia Marcondes Coelho de Oliveira<sup>4</sup>

**Resumo:** Neste estudo teve-se como objetivo avaliar o nível de estresse e riscos associados aos hábitos de vida em pacientes com Diabetes *Mellitus*. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, de abordagem quanti-qualitativa. Para mensurar essas informações, foi utilizado um Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e um questionário de coleta de dados sociodemográficos e hábitos de vida. A amostra foi composta por 12 mulheres e 10 homens, todos participantes do sistema de cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos (HiperDia). Com base nos resultados, identificou-se que 59% dos participantes apresentaram estresse; destes, 85% estavam na fase de resistência e 85% com sintomas predominantemente psicológicos. Conclui-se que os hábitos de vida saudáveis dependem da adesão ao tratamento, estando o estresse associado a essa adesão.

**Palavras-chave:** Avaliação. Diabetes *Mellitus*. Estresse.

## STRESS AND RISKS ASSOCIATED TO HABITS OF LIFE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

**Abstract:** The study aimed to rate the level of stress and risks associated with lifestyle habits in patients with Diabetes Mellitus. This is a field research, exploratory and descriptive, with a quantitative and qualitative approach with the deductive method. To measure this information was used Stress Symptoms Inventory for adults by Lipp (ISSL) and a questionnaire of socio-demographic data and lifestyle habits. The sample consisted of 12 women and 10 men, all participants in the system of registration and monitoring of patients with hypertension and diabetes (HiperDia). Based on the results, 59% presented stress; of these, 85% were in the resistance phase and 85% with predominantly psychological symptoms. We conclude that healthy lifestyles depend on adherence to treatment, with the stress associated with this relationship.

**Keywords:** Assessment. Diabetes Mellitus. Stress.

---

<sup>1</sup> Graduada em Psicologia pela Faculdade de Rolim de Moura - FAROL

<sup>2</sup> Mestre em Educação pela Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR

<sup>3</sup> Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica - PUCRS, Mestre em Psicologia e Professor Substituto pela Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR.

<sup>4</sup> Doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica PUC/RS

## 1 INTRODUÇÃO

O estresse, segundo Cungi (2004), é reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública, na medida em que aumenta as consequências de doenças cardiovasculares, sendo relacionadas com os hábitos de vida das pessoas. Assim, o estresse tem-se tornado objeto de estudo sob diversos enfoques, ganhando destaque considerável, sobretudo nas pesquisas psicológicas (NEVES *et al.*, 2016; SILVA; BATISTA, 2017; TORQUATO *et al.*, 2015). Isso se deve, em grande parte, pela constatação de que o estresse contribui para a criação de estratégias de intervenção na saúde mental do indivíduo.

O termo estresse surgiu do inglês *stress* e foi aportuguesado (RODRIGUES; FRANÇA, 2010). O conceito original de estresse foi apresentado em 1936 pelo pesquisador canadense de origem francesa Hans Selye, a partir de experimentos em que animais eram submetidos a situações agressivas diversas (estímulos estressores), e cujos organismos respondiam sempre de forma regular e específica (MELLO FILHO; MOREIRA, 2010).

Segundo Sisto *et al.* (2007), não há um consenso na definição do estresse, contudo a maioria focaliza a relação em meio à demanda e à habilidade no enfrentamento. De acordo com o modelo cognitivo abordado por Valdés (2002), o ser humano deve considerar todo um contexto ao qual se incluem variáveis psicológicas, biológicas e ambientais, e é por meio dessas variáveis que se poderá entender o ambiente e encontrar possibilidades de interagir de forma saudável.

Desse modo, o estresse é uma reação do organismo diante de uma situação muito difícil ou muito excitante, e pode acontecer com qualquer pessoa, sem distinção de idade, raça, sexo e situação socioeconômica (LIPP, 2000). Desenvolve-se a partir da síndrome geral de adaptação, de modo que o indivíduo, na presença de estressores, reage em busca de adaptação, passando por três fases: alerta, resistência e esgotamento (BITTENCOURT, 2011).

A *fase de alarme* (ou alerta) ocorre quando, diante de um estímulo intenso, o indivíduo reage com um choque, apresentando aumento da frequência cardíaca, diminuição do tônus muscular e da pressão arterial. Num segundo momento os mecanismos de defesa são ativados para adaptar o corpo ao trauma apresentado,

---

com elevação da pressão arterial e contrações musculares, preparando o organismo para reagir (CUNGI, 2007; RODRIGUES; FRANÇA, 2010).

A *fase de resistência* ocorre quando o organismo entra em ação impedindo o total desgaste da energia. Há certa resistência aos estressores a fim de restabelecer o equilíbrio interno quebrado na fase de alerta. A produtividade diminui de forma significativa, sendo característica a produção de cortisol. Nessa fase o indivíduo fica suscetível a vírus e bactérias (LIPP, 2005).

A *fase de esgotamento* (exaustão) é quando o organismo não se adapta à situação, pois se encontra num estado de grande fadiga e mínima reação aos estressores. Doenças graves costumam incidir nessa fase. O autor acrescenta que nessa fase é comum o uso das chamadas substâncias milagrosas que são prejudiciais à saúde. Cita ainda que entre as substâncias estão: tabaco, álcool, café e tranquilizantes (CUNGI, 2007).

De acordo com Lipp (2005), existe outra fase de estresse, a qual identificou como quase-exaustão, que fica entre a fase de resistência e exaustão (ou esgotamento). Nesta, o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Desse modo, se não há alívio para o estresse por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o estresse atinge seu estado final, o da exaustão, aumentando a incidência de doenças graves como o Diabetes *Mellitus* (DM).

## **2 DIABETES E ESTRESSE ASSOCIADO**

Na última década houve um aumento no índice de mortalidade por DM, estando associado a fatores de risco que podem ser modificados, como tabagismo, alcoolismo, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade (BRASIL, 2011).

O Diabetes pode ser classificado como um distúrbio metabólico no qual há um acréscimo da glicose sanguínea por carência ou em razão da resistência periférica à ação da insulina. “O metabolismo de carboidratos é regulado pela insulina e pelos hormônios contrarreguladores, como o glucagon, o cortisol e o hormônio do crescimento.” (LOTUFO, 2002, p. 283). Está dividido em dois grupos frequentes: o

---

do tipo 1, que equivale à aproximadamente dez por cento do total dos casos; e do tipo 2, que significa quase noventa por cento dos casos. Com frequência é encontrado o diabetes gestacional, que ainda não tem causa clarificada, mas que é detectado no pré-natal (BRASIL, 2006).

O DM está classificado junto com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como primeira causa de internação hospitalar nas unidades de saúde pública, sendo relacionada a outras doenças crônicas e complicações. No ano 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que objetiva promover qualidade de vida, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde, visando a atender, *a priori*, as ações referentes às práticas corporais e atividades físicas, alimentação saudável, ambiente sustentável, prevenção ao uso de álcool, drogas e tabaco, prevenção de violências e cultura da paz (BRASIL, 2011).

O envelhecimento da população, a crescente urbanização, bem como a mudança no estilo de vida, que passou a ser não tão saudável em virtude de dietas inadequadas, da obesidade e do sedentarismo, são os grandes responsáveis pela prevalência do Diabetes no mundo (BRASIL, 2006). No ano 2000, a população era de aproximadamente cinco milhões de pacientes (BRASIL, 2001); hoje, a Sociedade Brasileira de Diabetes tem dados atualizados com uma população oficial de 12 milhões de pacientes com DM, o que confirma a aproximação com o que sugeria o censo de diabetes de 2000 (DAMACENO, 2012).

O estresse não é uma doença, porém, conforme a intensidade e o prolongamento, provoca o enfraquecimento do organismo, causando queda no funcionamento do sistema imunológico de modo que vários sintomas e doenças podem se manifestar. Para tanto, na presença de uma tensão muito grande, a pessoa pode manifestar doenças que já tenham ocorrido na família, apresentando predisposição genética para tal doença (LIPP, 2000). Dessa forma, o estresse é considerado como um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, liberando hormônios que aumentam a glicose, e o paciente com DM pode estar vulnerável a apresentar estresse em decorrência do controle rigoroso a que se submete.

Por se tratar de uma enfermidade com início em uma fase de estresse emocional, o DM é caracterizado como uma doença psicossomática, pois sofre a

---

influência de fatores ou distúrbios somáticos durante a fase de evolução (MELLO FILHO, 2008 *apud* BURD, 2010). Porém, estar em estado de estresse emocional não se caracteriza como causador do diabetes; o que acontece é que as variações emocionais alteram o diabetes nas pessoas portadoras da doença. Isso ocorre pois o estresse libera hormônios que aumentam a glicose no organismo, e o indivíduo, muitas vezes, responde ao estresse se alimentando mais e se exercitando menos (BURD, 2010).

Diante do exposto, o objetivo com este estudo foi avaliar o nível de estresse e os riscos associados aos hábitos de vida em pacientes DM.

### **3 MATERIAIS E MÉTODO**

A amostra foi composta por 24 pacientes cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) de uma Unidade de Saúde Pública de um município no interior do estado de Rondônia. Todos tiveram chance de participar, porém dois não preencheram o critério de inclusão, sendo um menor de 18 anos e o outro maior de 75 anos.

Os critérios de inclusão eram que todos fossem cadastrados no HiperDia e moradores do município onde foram coletados os dados. Ambos os sexos podiam participar da pesquisa, contanto que tivessem idades compreendidas entre 18 e 75 anos, sendo estes com DM sem outras complicações, bem como ativos no Programa HiperDia e que concordassem em participar do estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a presente pesquisa foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), composto por 56 itens, sendo 37 de natureza somática e 19, psicológica, com objetivo de identificar a fase de estresse em que o sujeito se encontrava e a sintomatologia em relação ao estresse, se física ou psicológica.

Também aplicou-se um questionário com 16 questões fechadas, com o qual se visou levantar dados sociodemográficos e hábitos de vida desses pacientes com DM. Os dados qualitativos foram coletados por meio de uma entrevista com 12 questões abertas. A entrevista como técnica de coleta de dados sobre determinado fenômeno é um instrumento mais utilizado na pesquisa qualitativa (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017).

---

Realizou-se contato com a equipe do HiperDia para falar acerca da coleta de dados. Em seguida foi entregue à direção da instituição a Carta de Anuência da Instituição Sediadora. Após a liberação do endereço dos pacientes, realizaram-se visitas nas residências, uma vez que não foi possível o agendamento na Unidade de Saúde, pois, dos 24 pacientes, vinte têm endereços na área rural ou moram no Distrito dessa cidade.

Quanto ao ISSL e ao questionário de dados sociodemográficos, foram aplicados durante o mês de setembro de 2012, e os participantes somente puderam responder aos instrumentos após esclarecimento e assinatura do TCLE. A análise dos resultados do ISSL foi realizada por meio do manual do Instrumento. Os resultados qualitativos obtidos por meio dos depoimentos foram analisados de acordo com a análise de conteúdo.

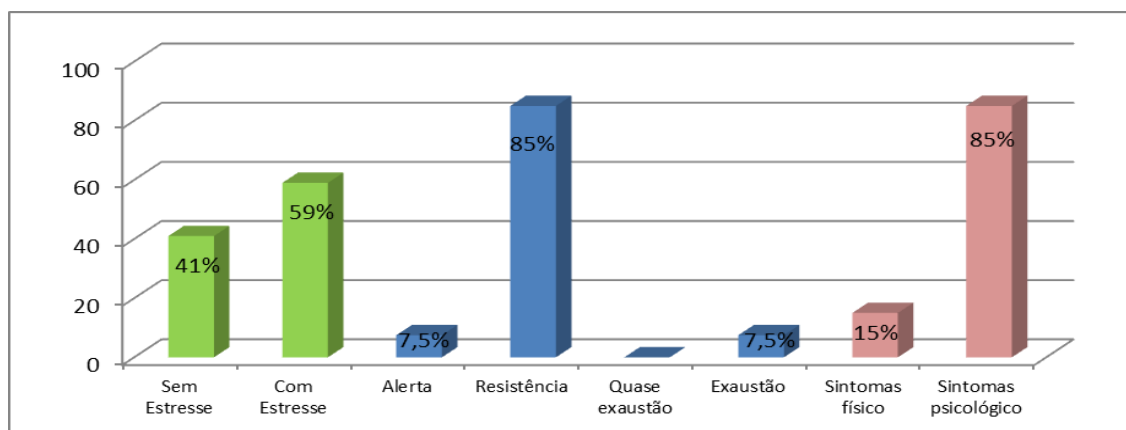
#### **4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A pesquisa contemplou um grupo de 22 pacientes, sendo estes com idades entre 18 e 72 anos, com média de 57 anos; destes n=10 (45%) do sexo masculino e n=12 (55%) do sexo feminino. Dessa forma, para melhor compreensão dos resultados, são apresentados inicialmente dados acerca do ISSL, no qual foram estudadas variáveis como gênero, faixa etária, estado civil, tempo de tratamento, escolaridade e ocupação. Após, seguem aspectos a partir da coleta de dados do questionário sociodemográfico e hábitos de vida de pacientes DM.

Quanto à avaliação do nível de estresse, o Gráfico 1 demonstra, de forma geral, o resultado obtido em relação aos pacientes que não apresentaram estresse e os pacientes com estresse de acordo com as fases: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão, bem como os sintomas físicos e psicológicos apresentados. No Gráfico a seguir, verifica-se que n=13 (59%) dos pacientes apresentaram estresse. Em pesquisa realizada com pacientes DM, Gonçalves *et al.* (2008) mensuraram que 79% da amostra apresentaram estresse; índice significativo, tendo em vista serem pacientes DM. Burd (2010) afirma que todas as pessoas com diabetes encontram seus altos e baixos; o que faz diferença são os recursos internos de cada paciente.

Em relação às fases de estresse, observa-se que a fase de alerta obteve n=1 (7,5%), a de resistência n=11 (85%) e a de exaustão n=1 (7,5%), não aparecendo nenhum evento de quase-exaustão. O maior índice foi percebido na fase de resistência; o mesmo ocorreu na pesquisa desenvolvida por Lipp e Tanganelli (2002) com magistrados da Justiça do Trabalho, em que 68% se encontravam na fase de resistência.

**Gráfico 1** – Distribuição do número de participantes com estresse, fases e sintomas



Fonte: os autores.

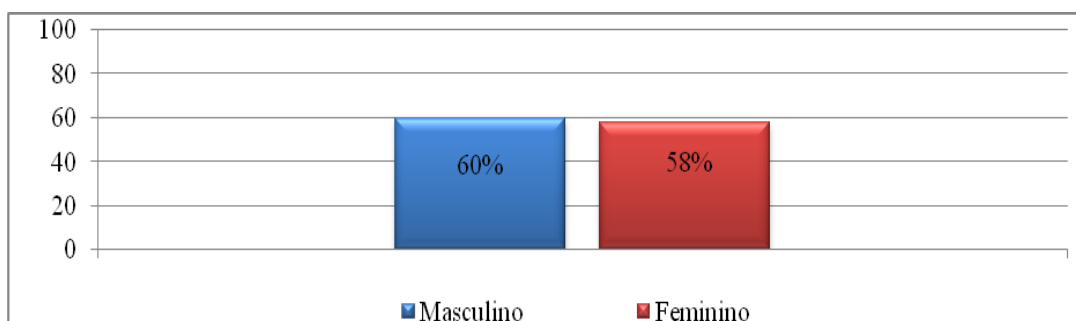
Em parte da amostra, os pacientes já estavam entrando na fase de exaustão, o que demonstra a dificuldade desses pacientes em voltar ao estágio de equilíbrio. Segundo LIPP (2005), na fase de resistência o que ocorre com o indivíduo é oposto à fase anterior, sendo que alguns sintomas desaparecem, porém o sujeito percebe cansaço e desgaste. Acrescenta, ainda, que se a pessoa não possui estratégias para o enfrentamento, pode ocorrer que a reserva de energia se esgote, podendo esse indivíduo manifestar a fase de exaustão e com ela doenças graves.

Quanto aos sintomas, n=2 (15%) possuem os físicos, enquanto n=11 (85%) apresentam os psicológicos, confirmando a hipótese de que os sintomas seriam predominantemente psicológicos. Igualmente Gonçalves *et al.* (2008), em pesquisa desenvolvida com pacientes DM, constataram que 76% dos sintomas nos sujeitos avaliados eram psicológicos. Isso, de certa forma, justifica-se no fato de que o diabetes tem relação com o estado emocional do paciente, sendo muito importante o seu acompanhamento psicológico (BURD, 2010).

Percebe-se uma diferença pouco significativa referente ao estresse em

relação ao gênero, pois os homens tiveram dois pontos percentuais a mais que as mulheres. Os resultados obtidos em relação ao gênero não confirmam a hipótese de que as mulheres apresentariam um nível mais alto de estresse, porém está de acordo com a pesquisa desenvolvida por Ramos e Ferreira (2011), na qual houve uma igualdade de sintomas em relação ao sexo masculino e feminino, com 57% de estresse. O resultado da pesquisa em questão pode estar relacionado ao fato de as mulheres não desempenharem atividades remuneradas, estando estas classificadas como aposentadas ou donas de casa.

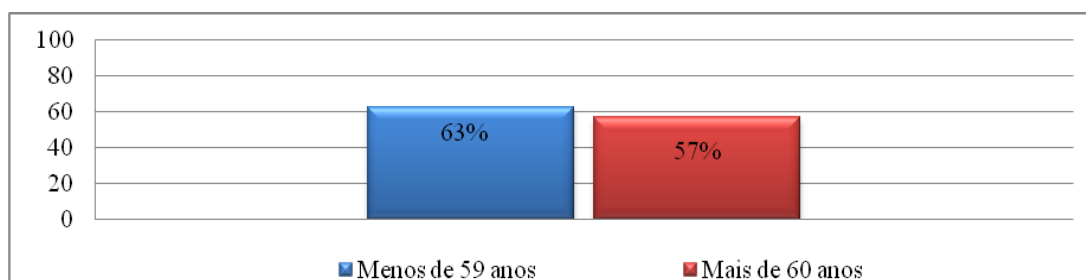
**Gráfico 2** – Estresse em pacientes DM em relação ao gênero



Fonte: os autores.

Considerando a pesquisa de Lipp e Tanganelli (2002), desenvolvida com magistrados da Justiça do Trabalho, em que a jornada acrescida das funções de esposa e mãe contribue para o alto nível de estresse em mulheres, obteve-se para o sexo feminino o índice de 82%, que foi significativo em relação ao sexo masculino, com 56%. Enfatiza Valdés (2002) que quando a mulher passa a assumir o papel de profissional e dona de casa fica mais suscetível a problemas de saúde, podendo aumentar os riscos relacionados ao estresse, infarto, tabagismo, câncer de pulmão, entre outros.

**Gráfico 3** – Estresse em pacientes DM conforme faixa etária



Fonte: os autores.

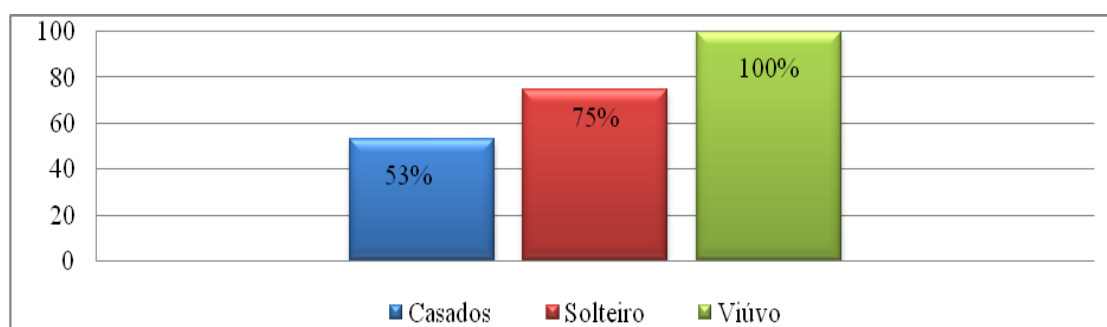


O Gráfico 3 mostra que os pacientes com menos de 59 anos apresentaram 63% de estresse enquanto os acima de 60 anos correspondem a 57%. Esses números estão em desacordo com a pesquisa desenvolvida por Alves (2008), que fez comparação do estresse e a qualidade de vida em grupos de idosos. Segundo a autora, há aumento de estresse à medida que aumenta a idade. Talvez essa diferença tenha relação com o fato de pacientes com idade inferior a 60 anos estarem afastados de suas atividades em razão da doença. Para Bueno *et al.* (2004), o afastamento do emprego causa perda de renda e de autoestima, o que é classificado como fonte importante de estresse.

Dos participantes em relação ao estado civil, 77% são casados, 18,5% são solteiros e 4,5% viúvos. Como apresentado em gráfico, os pacientes casados possuem menos estresse (53%), enquanto os solteiros apresentaram 75% e viúvos, 100%, diferente da pesquisa de Ramos e Ferreira (2011) realizada com pacientes DM, na qual não houve diferença significativa em relação ao estado civil.

Infere-se que os pacientes casados levam vantagens se comparados aos solteiros e viúvos, conforme argumentam Pierin *et al.* (2001) em pesquisa desenvolvida com pacientes hipertensos, pois se verificou que o suporte familiar oferecido pelo cônjuge, bem como por outros membros da família a esse paciente o ajuda a passar de forma mais satisfatória ao processo de tratamento. De acordo com Valdés (2002), a situação do paciente com estresse ou alguma doença pode mudar à medida que este possua um bom apoio social. Porém, é essencial que o sujeito tenha percepção em relação ao apoio social recebido, que leva ao entendimento de que não está só.

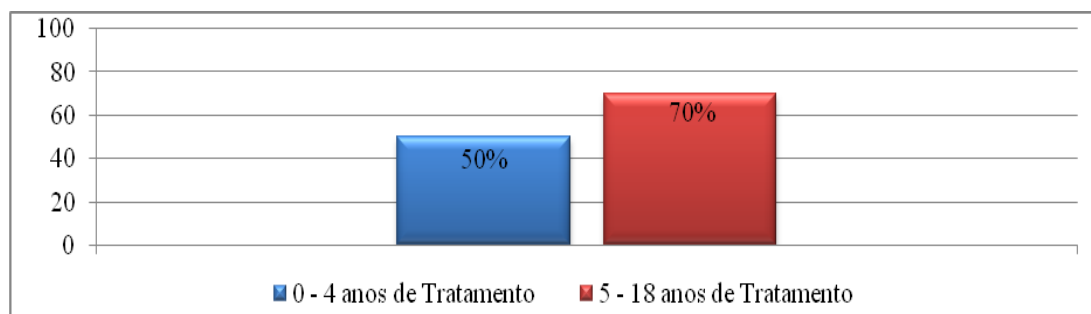
**Gráfico 4** – Estresse em pacientes DM conforme estado civil



Fonte: os autores.

Percebe-se no Gráfico 5, a seguir, o aumento significativo do estresse em pacientes com mais de cinco anos de tratamento, que equivale a 70%; os pacientes com menos de quatro anos de tratamento possuem 50% de estresse. Desse modo, quanto maior o tempo de tratamento menor o índice de adesão (RAMOS; FERREIRA, 2011).

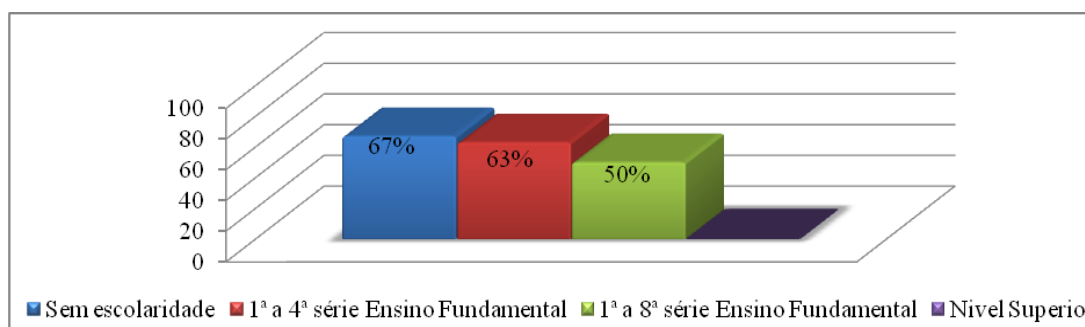
**Gráfico 5** – Estresse em pacientes DM conforme tempo de tratamento



Fonte: os autores.

Infere-se que o não aderir ao tratamento pode dificultar tanto o controle da doença quanto o estresse. Conforme Novato (2001), a dificuldade em manter níveis adequados de glicose causa desconforto nesses sujeitos, o que, de certa forma, está relacionado à adesão ao tratamento.

**Gráfico 6** – Estresse em pacientes DM conforme escolaridade

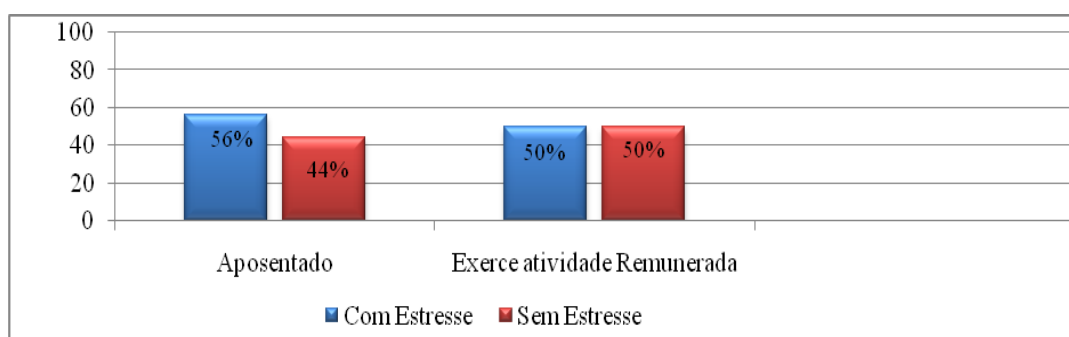


Fonte: os autores.

Em relação ao grau de escolaridade, os participantes que nunca estudaram apresentaram 67% de estresse, os que frequentaram sala de aula entre 1ª e 4ª série apresentaram 63% de estresse, e os que conseguiram concluir o Ensino Fundamental apresentaram 50% de estresse. No Gráfico 6, consta que 100% da amostra com Ensino Superior não apresentaram estresse.

O mesmo ocorreu na pesquisa de Wottrich *et al.* (2011) com pacientes hipertensos, em que foi percebido que aqueles com escolaridade equivalente a Ensino Fundamental incompleto obtiveram 57% de estresse. Infere-se que há influência da escolaridade, tendo em vista que quanto maior o grau de escolaridade menor o índice de estresse. De acordo com Modeneze (2004), o fato de os pacientes possuírem um baixo grau de escolaridade pode representar uma dificuldade na aprendizagem de hábitos saudáveis para uma melhor qualidade de vida, bem como para as orientações terapêuticas.

**Gráfico 7 – Estresse em pacientes DM conforme ocupação**



**Fonte:** os autores.

Conforme o Gráfico 7, os aposentados apresentaram 56% de estresse enquanto os que exercem atividades remuneradas apresentaram 50% de estresse. O objetivo era averiguar se os aposentados estavam com um nível de estresse inferior em comparação aos que exercem atividades remuneradas.

Nesse caso, os aposentados apresentaram mais estresse, porém deve ser levado em consideração que estes são pacientes DM, e que a vulnerabilidade pode ter relação com a ociosidade inerente, o que em outras situações não teria essa denotação. De certa forma a doença os incapacita na lida com suas atividades agrícolas ou pecuárias, tendo em vista que a maioria da amostra é composta por moradores da zona rural; diferente da pesquisa desenvolvida por Pereira *et al.* (2006), em que destacam a qualidade de vida da população aposentada associada à continuidade do papel de trabalhador rural.

#### 4.1 ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS

Por meio dos dados qualitativos foi possível analisar os hábitos de vida dos pacientes DM, os quais mostraram que muitos dos entrevistados consideram ter momentos de lazer ou praticam alguma atividade física.

[...] quando estou estressada, apanho minha varinha e vou pra beira do rio, lá me sinto bem, mesmo quando não pego peixe. (E1).

[...] depois que descobri que sou diabética comprei uma bicicleta e faço exercícios todos os dias. (E8). (informações verbais).

Foi verificado que mais da metade dos participantes se percebem acima do peso. A atividade física é importante em virtude da perda ponderal, bem como do aumento da sensibilidade ao uso da insulina (BRASIL, 2001). Infere-se que a ausência de atividade física pode estar associada ao fato de esses pacientes se perceberem acima do peso.

Verificou-se também que a maioria dos entrevistados toma café, tendo frequência maior nesse hábito os pacientes fumantes:

[...] eu não fico sem café; tomo mais de 5 vezes por dia. (E4).

Gosto muito de café. Levanto e a primeira coisa que faço é tomar meu cafezinho [riso]. E durante o dia inteiro eu estou tomando café. (E5).

Ah, eu sou assim, café e cigarro [riso]. Sempre fumei e sempre tomei muito café [riso]. (E2). (informações verbais).

Dos pacientes entrevistados 82% responderam que se alimentam bem de 3 a 4 vezes por dia, o que não significa que a alimentação seja de forma adequada considerando o tipo de doença. Com esses hábitos, a qualidade de vida é prejudicada, e as horas de sono são reduzidas (CUNGI, 2007). O relato de interrupção no sono durante a noite foi uma constante na pesquisa.

Há pacientes que não estão fazendo uso de medicamento ou substituíram a medicação:

[...] eu tomo chá todos os dias, o comprimido às vezes." (E7),

[...] eu tomava insulina, porém agora estou tomando só chá." (E3)

[...] estou controlando somente com a alimentação, não estou tomando remédio." (E6). (informações verbais).

A maioria não tem acompanhamento do nível da glicose em razão da distância das unidades de saúde. Para Novato (2001), é comum o paciente mudar por conta própria os esquemas de tratamento. Há necessidade de acompanhamento

---

que leve em consideração o dia a dia do paciente, considerando um processo contínuo de educação que leve este a aderir melhor à terapêutica para DM.

Em relação aos vícios, foi possível identificar que 23% dos pacientes fazem uso do tabaco ou do álcool; destes, 80% apresentaram estresse. Infere-se que nesse caso o vício os impeça de se adequarem à terapêutica da doença. A educação para o tratamento dos pacientes DM deve acontecer de forma constante, havendo estímulos aos hábitos saudáveis, como atividade física regular, manutenção do peso, baixar a frequência do consumo de gorduras, os fumantes suspender o hábito e os que ingerem álcool procurar diminuir o consumo (BRASIL, 2001, 2006).

Por fim, quando se trata da hipótese de que o nível de estresse é menor em pacientes com hábitos de vida saudáveis, o resultado não foi significativo, considerando que no geral os dados referentes a hábitos de vida para essa correlação obtiveram significância apenas quanto ao vício de álcool ou tabaco, em que 80% dos pacientes com esses vícios apresentaram estresse. Quando se trata de alimentação, café, atividade física ou se perceber acima do peso, os quantitativos estavam muito parecidos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo, teve-se como objetivo avaliar o nível de estresse e os riscos associados aos hábitos de vida em pacientes com Diabetes *Mellitus*. Em relação ao ISSL foi possível constatar um nível de estresse maior entre os participantes com idade média de 57 anos diagnosticados com DM. Constatou-se que os principais riscos associados aos hábitos de vida desses pacientes são o sedentarismo, a ausência de controle alimentar com dieta saudável e o uso de álcool e tabaco.

A ausência de conhecimento acerca da doença os torna vulneráveis a complicações, havendo relatos como: hipoglicemia, problemas de visão, pé diabético, entre outros. O fato de 86% dos pacientes morarem em zona rural torna difícil o acesso às unidades de saúde. Outro agravante é o fator econômico, pois muitos deles não possuem condições de pagar o transporte até a unidade de saúde mais próxima para fazer o acompanhamento. Os pacientes DM apresentaram dificuldades na aceitação do tratamento principalmente os com mais tempo de diabetes. Conclui-

---

se que os hábitos de vida saudáveis dependem da adesão ao tratamento, estando o estresse associado a essa adesão.

Considerando que foi possível entrevistar pacientes que não apresentaram estresse e que aderiram ao tratamento e, dessa forma, procuram manter o controle glicêmico com medicação todos os dias e horários adequados, bem como não possuem vícios como tabagismo e alcoolismo e consideram que a doença faz parte da sua vida, depende somente deles próprios para que seja estabelecido o controle.

No entanto, houve pacientes que não aderiram ao tratamento e que se estressam por não aceitarem estar na condição de DM, o que indica a importância de um trabalho de âmbito multiprofissional, com vistas a atender às demandas desses pacientes por meio de grupos terapêuticos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. C. P. **Stress e qualidade de vida em grupos de idosos**: análise e comparação. 2008. Dissertação (Mestrado – Centro de Ciências da Vida)–Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L.; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 11, n. 3, pp. 23-38, 2017. Disponível em: <<http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/view/768/666>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

BITTENCOURT, F. Estresse: o mal do século. **Psique Ciência e Vida**, São Paulo, ano 6, n. 63, pp. 24-31, mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Caderno de atenção básica: normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)**: protocolo. Cadernos de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BUENO, B.; VEGA, J. L.; BUZ, J. Desenvolvimento social a partir da meia-idade. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação**: psicologia evolutiva. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004; pp. 421-437.

---

BURD, M. Diabetes mellitus: uma visão psicossomática. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010; pp. 582-600.

CUNGI, C. **Saber administrar o estresse na vida e no trabalho**. 2. ed. São Paulo: Larousse, 2007.

DAMACENO, L. São 12 milhões de diabéticos no Brasil. **Sociedade Brasileira de Diabetes**, São Paulo, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

LIPP, M. N. **Crianças estressadas**: causas, sintomas e soluções. 5. ed. Campinas: Papyrus, 2000.

LIPP, M. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LIPP, M. N.; TANGANELLI, M. S. Stress e qualidade de vida em magistrados da Justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 3, p. 537-548, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v15n3/a08v15n3.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

LOTUFO, P. A. Atenção ao adulto: diabetes. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002; pp. 283-286.

MELLO-FILHO, J.; MOREIRA, M. D. Psicoimunologia hoje. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010; pp. 167-213.

MODENEZE, D. M. **Qualidade de vida e diabetes**: limitações físicas e culturais de um grupo específico. 2004. Dissertação (Mestrado – Faculdade de Educação Física)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

NEVES, L. *et al.* Sintomatologia de estresse em policiais militares numa cidade do interior de Rondônia. **REINPEC-Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/163>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

NOVATO, T. S. Assistência de enfermagem aos pacientes em hipoglicemia. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de enfermagem**, série A, Normas e manuais técnicos, n. 135. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001; pp. 114-123. Disponível em: <[http://www.ee.usp.br/doc/manual\\_de\\_enfermagem.pdf](http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2015.

PEREIRA, R. J. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, pp. 27-38, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a05>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

PIERIN, A. M. G. *et al.* O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 1, pp. 8-11, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a02.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

RAMOS, L. F.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 3, pp. 867-877, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v21n3/13.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

RODRIGUES, A. L.; FRANÇA, A. C. L. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010; pp. 111-134.

SILVA, C.; BATISTA, E. C. Estresse ocupacional em enfermeiros e técnicos de enfermagem intensivistas de uma UTI adulto. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 1, pp. 118-128, 2017. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1119>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

SISTO, F. F. *et al.* Aspectos históricos e conceituais. In: \_\_\_\_\_. **Escala de vulnerabilidade ao estresse no trabalho**. São Paulo: Vetor, 2007; pp. 13-30.

TORQUATO, J. A. *et al.* Avaliação do estresse em estudantes universitários. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 14, 2015. Disponível em: <<http://interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/142>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

VALDÉS, M. **O estresse**. São Paulo: Angra, 2002.

WOTTRICH, S. H. *et al.* Gênero e manifestação de stress em hipertensos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 1, pp. 27-34, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n1/a03v28n1>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

Submetido em: 15 de fevereiro de 2018

Aceito em: 30 de julho de 2018