

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA - APOLITÉCNICA
Instituto Superior de Humanidades, Campus de Quelimane - ISHCQ

Psicologia Clínica e de Aconselhamento

**Impacto Psicológico do Diagnóstico da Diabetes em Pacientes de
45 à 60 Anos de Idade no Hospital Geral de Quelimane I°
Semestre de 2025, Zambézia.**

Maria Luísa Joaquim Mulando

Quelimane

2025

Maria Luísa Joaquim Mulando

Impacto Psicológico do Diagnóstico da Diabetes em Pacientes de 45 à 60 Anos de Idade no Hospital Geral de Quelimane I° Semestre de 2025, Zambézia.

Monografia apresentada ao Instituto Superior de Humanidades, Campus de Quelimane para a obtenção do Grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

Tutor: Msc. Pagere de Catarina Manuel Pagere

Quelimane

2025

Espaço reservado para folha de Aprovação

"Dedico este trabalho a todos que acreditaram em mim quando eu mesmo duvidei-me. Este trabalho é nosso."

Agradecimentos

Agradeço à Deus, pela saúde, por manter a esperança viva em meu coração e me mostrar que eu seria capaz de chegar até aqui.

Agradeço em especial ao meu tutor, Msc. Pagere de Catarina Manuel Pagere, pela orientação, paciência, simpatia e disponibilidade constante, para que tornasse realidade este trabalho.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio incondicional, a eles devo a pessoa que sou hoje.

Ao Hospital Geral de Quelimane, por permitir a recolha dos dados, para materialização desta pesquisa.

Agradeço a todos docentes do Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias de Quelimane, especialmente aos docentes do curso de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, pela responsabilidade, postura e ética demonstrada no processo de ensino e aprendizagem.


Agradeço todos os utentes, que de forma anónima contribuíram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Por fim, endereço a todos aqueles que não mencionei, mas que directas ou indirectamente contribuíram para materialização do meu sonho.

A todos o meu muito obrigado!

Parecer do Tutor

Pagere de C. M. Pagere, Psicólogo clínico, docente a tempo parcial no ISHCT, tutor do trabalho do fim do curso intitulado “Impacto Psicológico do Diagnóstico da Diabetes em Pacientes de 45 à 60 Anos de Idade no Hospital Geral de Quelimane Iº Semestre de 2025, Zambézia”, da autoria de Maria Luís, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. Trata-se de uma temática de elevada pertinência actual visto que a diabetes é uma doença crónica que quando uma pessoa é diagnosticada sofre impactos psicológicos significativos que pode resultar em morte. Nesta senda, o trabalho explorou fundamentos que sustentam a base teórica e prática com vista a resolução do problema em questão. Importa referir que a concepção do mesmo, obedeceu as normas metodológicas de elaboração de trabalhos de natureza científica e autorizo que seja submetido à revisão científica para procedimentos subsequentes.

O tutor


//Pagere de C.M. Pagere//

Quelimane, Outubro de 2025

Resumo

O estudo versou sobre: Impacto Psicológico do Diagnóstico da Diabetes em Pacientes de 45 à 60 Anos de Idade no Hospital Geral de Quelimane Iº Semestre de 2025, Zambézia. O trabalho apresenta seguinte problema: Qual é o Impacto Psicológico da Diabetes em Pacientes de 45 à 60 anos de Idade? O objectivo geral do estudo é analisar o impacto psicológico da diabetes em pacientes de 45 à 60 anos de idade no Hospital Geral de Quelimane Iº Semestre de 2025, Zambézia. E objectivos específicos: Identificar os sinais e sintomas psicológicos apresentados por pacientes de 45 à 60 anos de idade; Avaliar os aspectos emocionais e comportamentais dos pacientes de 45 à 60 anos de Idade diagnosticados com a diabetes; Descrever os impactos psicológicos da diabetes em pacientes de 45 à 60 anos de Idade e Propor directrizes de intervenção psicológica para mitigar os impactos psicológicos da diabetes em pacientes. O impacto da diabetes e a adaptação à doença tem início com o diagnóstico. Após o diagnóstico da diabetes, é frequente ocorrer uma série de crises pessoais. Num primeiro momento, muitos doentes experimentam sintomas de depressão e de ansiedade, angústia, isolamento social, raiva apreensão, irritabilidade, frustração e pessimismo em relação ao futuro. Quanto a metodologia, foi um estudo descritivo de abordagem qualitativa, de natureza aplicada de um estudo de caso. O universo da pesquisa foi de 960 pacientes diabéticos e tem como amostra 10 pacientes com diagnóstico de diabetes. Foi aplicada a técnica de entrevista semi-estruturada e como instrumentos de recolha de dados usou-se guião de entrevista com perguntas abertas junto a escala SCL 90-R com vista a efectuar auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional. Com relação ao tipo de mostragem usado no estudo foi amostragem não probabilística por conveniência. Os resultados da pesquisa evidenciaram que a maior parte dos pacientes do estudo tinha nível de escolaridade baixa como também maior parte dos pacientes entrevistados possuía renda baixa, o que levou ao entendimento que o nível de escolaridade pode ser um factor que contribui para o entendimento dos riscos da doença, como o regime terapêutico, a importância da adesão ao tratamento e os riscos das complicações não só quando o paciente apresenta renda baixa pode ter dificuldade de acesso a recursos adequados para o manejo da doença, como medicamentos, consultas regulares e suporte social, o que amplia o impacto emocional e psicológico do diagnóstico. Com base no estudo concluiu-se que a diabetes tem um impacto psicológico significativo em adultos entre 45 à 60 anos, afectando o equilíbrio emocional, os comportamentos de saúde e a percepção de vida. O enfrentamento da doença está fortemente ligado às condições sócio-económicas, culturais e afectivas dos pacientes, e demanda intervenções integradas, tanto no plano clínico quanto psicossocial.

Palavras-chaves: Impacto Psicológico, Diagnóstico, Diabetes e Paciente

Abstract

The study focused on: Psychological Impact of Diabetes Diagnosis in Patients Aged 45 to 60 at Quelimane General Hospital, First Semester of 2025, Zambézia. The work presents the following problem: What is the Psychological Impact of Diabetes in Patients Aged 45 to 60? The general objective of the study is to analyze the psychological impact of diabetes in patients Aged 45 to 60 at Quelimane General Hospital, First Semester of 2025, Zambézia. And specific objectives: To identify the psychological signs and symptoms presented by patients Aged 45 to 60; To assess the emotional and behavioral aspects of patients Aged 45 to 60 diagnosed with diabetes; To describe the psychological impacts of diabetes in patients Aged 45 to 60; and To propose psychological intervention guidelines to mitigate the psychological impacts of diabetes in patients. The impact of diabetes and adaptation to the disease begins with diagnosis. After a diabetes diagnosis, a series of personal crises often occur. Initially, many patients experience symptoms of depression and anxiety, distress, social isolation, anger, apprehension, irritability, frustration, and pessimism about the future. The methodology used was a descriptive, qualitative, and applied case study. The research population consisted of 960 diabetic patients, with a sample of 10 diagnosed patients. A semi-structured interview technique was applied, and data collection instruments included an interview guide with open-ended questions along with the SCL 90-R scale to self-assess symptoms of emotional maladjustment. The sampling method used in the study was non-probability convenience sampling. The research results showed that most of the patients in the study had a low level of education, and most of the patients interviewed had low incomes. This suggests that education level can be a contributing factor in understanding the risks of the disease, such as the therapeutic regimen, the importance of treatment adherence, and the risks of complications. Patients with low incomes may have difficulty accessing adequate resources for disease management, such as medication, regular checkups, and social support, which amplifies the emotional and psychological impact of the diagnosis. Based on the study, it was concluded that diabetes has a significant psychological impact on adults between 45 and 60 years of age, affecting emotional balance, health behaviors, and life perception. Coping with the disease is strongly linked to patients' socioeconomic, cultural, and emotional conditions and requires integrated interventions at both the clinical and psychosocial levels.

Keywords: Psychological Impact, Diabetes, Diagnosis and Patient.

Sumário

Capítulo I	14
1. Introdução.....	14
Capítulo II	17
2. Revisão da Literatura	17
2.1. Marco conceptual	17
2.1.1. Impacto Psicológico.....	17
2.1.2. Diagnóstico.....	17
2.1.3. Diabetes	18
2.2. Desenvolvimento Circunstancial.....	18
2.2.1. Histórico de diabetes	18
2.2.2. Causas da diabetes.....	19
2.2.3. Impactos Psicológicos e Sociais da Diabetes	20
2.2.4. Sinais e Sintomas da Diabetes.....	21
2.2.5. Papel do Psicólogo Perante o Paciente com Diabetes.....	21
2.3. Marco Teórico	22
2.3.1. Reacções ao Diagnóstico da Diabetes	22
2.3.2. Aspectos Psicossociais e Diabetes	22
2.3.3. Efeito do Estresse nas Diabetes.....	23
2.3.4. Depressão e Ansiedade nas Diabetes	23
2.3.5. Intervenções Psicossociais	24
2.3.6. Repercussões Psicológicas da Diabetes	25
2.3.7. O papel da Psicologia Médica no Tratamento do Paciente com Diabetes	25
2.4. Marco Referencial	26
Capítulo III	30
3. Metodologia do Estudo	30

3.1. Tipo de estudo	30
3.1.1. Quanto aos Objectivos	30
3.1.2. Quanto a Abordagem	31
3.1.3. Quanto a Natureza.....	31
3.1.4. Quanto aos Procedimentos Técnicos.....	31
3.2. População e Amostra.....	31
3.2.1. População	31
3.2.2. Amostra	32
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de dados	32
7.3.1. Entrevista semi-estruturada	32
7.3.2. SCL 90-R.....	32
3.4. Procedimentos Administrativos de Selecção da Amostra.....	32
3.4.1. Critérios de Inclusão.....	33
3.4.2. Critérios de Exclusão	34
3.4.3. Variáveis.....	34
3.4.4.1. Variáveis Sócio-Demográficas.....	34
3.4.4.2. Variáveis de Estudo.....	34
3.4.5. Considerações Éticas	34
3.4.6. Análise e Interpretação dos Dados	35
Capítulo IV	36
4. Apresentação e Análise dos Resultados	36
4.1. Dados Sócio-Demográfico dos Pacientes Entrevistados.....	36
4.3. Apresentação dos resultados dos pacientes entrevistados na pesquisa.	37
5.1. Apresentação dos resultados de teste SCL- 90-R.....	44
Capítulo V	45
5. Discussão dos Resultados.....	45
Capítulo VI	53

6. Conclusão	53
Referências bibliográficas	56
Apêndices	61
Anexos.....	65

Lista de Siglas/Acrónimos

AC: Antes de Cristo

AAD: Associação Americana da Diabetes

CIBSZ: Comité Institucional da Bioética em Saúde da Zambézia

DC: Depois de Cristo

DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2

HCQ: Hospital Central de Quelimane

ISHCT: Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias.

OMS: Organização Mundial de Saúde

PD: Paciente Diabético

UCRS: Universidade Católica do Rio Grande do Sul

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF: Unidade de Saúde Familiar

DMS-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

CID: Classificação Internacional de Doenças

"Toda enfermidade é também um desafio psicológico. Encará-la com equilíbrio é parte do tratamento."

Deepak Chopra

Capítulo I

1. Introdução

O presente estudo versa sobre, Impacto Psicológico do Diagnóstico da Diabetes em Pacientes de 45 à 60 Anos de Idade no Hospital Geral de Quelimane Iº Semestre de 2025, Zambézia.

Actualmente, assiste-se um crescimento das doenças crónicas, isto é, das doenças que não têm cura ou com tratamento de longa duração, que tem de ser geridas e para as quais o comportamento ou estilo de vida das pessoas parecem desempenhar um papel fundamental.

A partir do momento em que surgem as doenças crónicas caracterizadas pela sua natureza duradoura e pela permanência ao longo da vida, é comum que causem impactos negativos significativos na vida dos indivíduos que se manifestam, sobretudo, em alterações psicológicas, provocadas pelas limitações físicas, emocionais e sociais impostas pela condição, bem como pelo sofrimento decorrente da complexidade do quadro clínico e da imprevisibilidade quanto a possibilidade de cura.

O diagnóstico da diabetes resulta em um choque emocional para as pessoas diagnosticadas, pelo facto de não estarem preparadas para conviver com as limitações impostas pela doença, resultando em um grau negativo de aceitação da doença, onde a pessoa sente-se desprezada, frágil, sensível levando a não aderir correctamente ao tratamento.

A psicologia entra como uma intervenção fundamental no tratamento da diabetes mellitus, a partir da teoria cognitiva comportamental e da terapia de grupo voltados aos diabéticos, relativizando os sentimentos e comportamentos por trás da doença. Trabalhando os pensamentos disfuncionais, a diferença entre as sintomatologias da ansiedade e uma hipoglicemia, controlo sobre provável recaídas e controlo sobre os pensamentos automáticos catastróficos.

O acompanhamento psicológico é crucial, na facilitação e promoção a manifestações de emoções positivas, como a satisfação, prazer, alegria de viver, e reduzir a tensão acerca dos tratamentos, e possibilitar o aumento de bons hábitos relacionados ao controlo da diabetes. Por tanto, pacientes diagnosticados com a diabetes tendem a desenvolver ansiedades,

transtornos alimentares, baixa auto-estima, desvalorização da auto-imagem, como já mencionado pelo facto do preconceito e do não entendimento das pessoas acerca da doença.

A diabetes, tem implicações sócio-económicas significativas, tanto para os indivíduos quanto para a sociedade em geral. Essas implicações se manifestam de várias maneiras, afectando a saúde pública, o sistema de saúde, o mercado de trabalho, a produtividade e as desigualdades sociais. Em termos económicos, o custo do tratamento da diabetes é elevado, envolvendo não apenas os gastos com medicamentos e insumos, mas também com internamento hospitalares, consultas médicas, exames e monitoramento contínuo. Em países com sistemas de saúde pública como o caso de Moçambique, este custo muitas vezes recai sobre o orçamento governamental, enquanto em sistemas privados os pacientes podem enfrentar um encargo financeiro significativo. Além disso, a diabetes pode levar à redução da produtividade no trabalho devido à incapacidade temporária ou permanente de indivíduos afectados, resultando em perda de horas de trabalho e aumento de custos com licenças médicas.

Socialmente, a diabetes pode agravar desigualdades sócio-económicas, uma vez que populações com menor acesso a cuidados de saúde de qualidade, educação sobre prevenção e condições de vida mais desfavoráveis são mais vulneráveis à doença e suas complicações. Isso contribui para um ciclo de pobreza e saúde precária, uma vez que a diabetes mal controlada pode reduzir a capacidade de trabalho e aumentar os custos médicos, gerando um impacto negativo no status sócio-económicas dos indivíduos.

O diagnóstico da diabetes em uma pessoa pode gerar sentimentos intensos como é o caso de medo, ansiedade, insegurança que acabam de se estender para depressão. Estes transtornos emocionais podem comprometer não só a adesão ao tratamento, mas também a qualidade de vida destes indivíduos.

Na realidade da Zambézia, uma província com limitações estruturais e recursos restritos para a saúde mental, a situação tem se agravado, significativamente. Muitos pacientes que recebem o diagnóstico não dispõem de suporte psicológico adequado, o que contribui para o agravamento dos sintomas emocionais. O estigma social associado à diabetes pode reforçar o isolamento social e a sensação de desamparo, dificultando o enfrentamento da doença de maneira saudável e proactiva.

No Hospital Geral de Quelimane, observa-se uma demanda crescente de pacientes por cuidados médicos relacionados à diabetes, contudo, maior parte destes pacientes tem sido adultos em situações de extrema vulnerabilidade para lidar com as condições exigidas por este tipo de doença.

Diante dos factos levanta-se a seguinte questão: *Quais são os impactos psicológicos do diagnóstico da diabetes em pacientes de 45 à 60 anos de Idade no Hospital Geral de Quelimane?*

O trabalho tem como objectivo geral: Analisar o Impacto Psicológico da Diabetes em Pacientes de 45 à 60 Anos de Idade no Hospital Geral de Quelimane Iº Semestre de 2025, Zambézia. E objectivos específicos: Identificar os sinais e sintomas psicológicos apresentados por pacientes de 45 à 60 anos de idade com o diagnóstico de diabetes; Avaliar os aspectos emocionais e comportamentais dos pacientes de 45 à 60 anos de idade diagnosticados com a diabetes; Descrever o impacto psicológico da diabetes em pacientes de 45 à 60 anos de Idade e Propor directrizes de intervenção psicológica para mitigar os impactos psicológicos da diabetes em pacientes.

O tema é relevante pois contribui para a identificação dos aspectos psicológicos que influenciam na saúde mental de indivíduos que convivem com doenças crónicas, como é o caso da diabetes, foco desta pesquisa.

No contexto geral, o estudo foi relevante, sobretudo, mostrou as estratégias relacionadas as crenças da pessoa e aspectos comportamentais levados por indivíduos diagnosticados com a diabetes com vista a enfrentarem o estresse e ajudar a melhorar a sua condição de saúde.

Do ponto de vista profissional, o estudo reveste-se de extrema relevância pois contribui para o desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica que promovam o bem-estar emocional dos pacientes com diabetes.

No âmbito académico, esta pesquisa é importante pois contribui para a elaboração de futuros estudos, servindo como uma base literária para estudantes interessados em investigar temas relacionados ao impacto psicológico do diagnóstico de diabetes em pacientes.

O estudo foi realizado especificamente nas consultas externas do Hospital Geral de Quelimane (HGQ).

Capítulo II

2. Revisão da Literatura

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Impacto Psicológico

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - [DSM-5] define impacto psicológico como "às reacções emocionais, cognitivas e comportamentais diante de eventos estressantes ou traumáticos. Estas respostas podem variar desde reacções normais até o desenvolvimento de transtornos mentais diagnosticáveis"(Associação Psiquiátrica Americana, 2013).

Para Carvalho (2004:12) o impacto psicológico :

São consequências emocionais e mentais que um evento, situação ou experiência pode ter sobre um indivíduo. Essas consequências podem variar de leves a graves, e podem afectar a saúde mental e o bem-estar de uma pessoa. O impacto psicológico pode ser causado por uma variedade de factores traumas, estresse, mudanças significativas na vida entre outros.

2.1.2. Diagnóstico

Segundo a Organização Mundial da Saúde - [OMS] (2004), diagnóstico é a identificação de uma doença ou condição a partir da avaliação de sinais, sintomas, história clínica, exames e testes complementares."

Para DSM-5 (2013:19), "o diagnóstico é utilizado para designar um padrão reconhecível de sinais e sintomas que se agrupam, indicando um transtorno específico."

De acordo com Kaplan e Sadock (2017:17), diagnóstico "é o processo pelo qual um clínico classifica um distúrbio mental com base na apresentação sintomática do paciente, usando critérios padronizados como os do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - [DSM] ou da Classificação Internacional de Doenças - [CID]."

2.1.3. Diabetes

A Organização Mundial da Saúde - [OMS] (2011:19), define a diabetes como uma "síndrome de etiologia múltipla, decorrente da relativa deficiência de insulina, resistência à insulina ou ambas, é caracterizada por hiperglicemia crônica e alterações do metabolismo dos carboidratos, lípidos e proteínas, apresentando-se o paciente com polidipsia, poliúria e polifagia."

Embora a Diabetes seja classificada como doença não transmissível, ela representa um problema de saúde pública, não só pela sua alta prevalência, como também pelas complicações e sequelas resultantes da doença, com elevada morbi-mortalidade e custos para o sector da saúde (Pereira, 2013:21).

Segundo Rodrigues (1997), a diabetes é uma patologia crônica resultante da ausência de secreção de insulina pelo pâncreas. Como consequência ocorre um aumento da concentração de glicose no sangue e a incapacidade para utilizar e armazenar os hidratos de carbono. Patologia, cuja etiologia não está completamente esclarecida, que atinge cerca de seis por cento da população portuguesa em idade pediátrica.

A diabetes é uma síndrome metabólica de etiologia multifactorial, originada por insuficiente quantidade de insulina e ou incapacidade de esta exercer adequadamente as suas funções, provocando hiperglicemia, a qual se traduz por aumento excessivo da quantidade de açúcar no sangue, existindo alteração do metabolismo de hidratos de carbono, gorduras e proteínas (Lourenzo, 2018:23).

2.2. Desenvolvimento Circunstancial

2.2.1. Histórico de diabetes

A história da diabetes remonta da antiguidade, com registos datando de 1500 a.C. em papiros egípcios, onde já se descreviam sintomas como micção excessiva e perda de peso. A palavra "diabetes" tem origem grega e significa "passar através", fazendo referência à perda constante de líquidos. Mais tarde, no século II d.C., o médico grego Areteu da Capadócia acrescentou o termo "mellitus", que vem do latim e significa "doce como mel", em referência à urina adocicada dos pacientes, um dos principais sinais da doença (Associação Americana de Diabetes - [AAD], 2022:45).

Acredita-se que este documento tenha sido elaborado em torno de 1500 AC. Mas foi apenas no século II DC, na Grécia Antiga, que esta enfermidade recebeu o nome de diabetes. Este termo, que se atribui à Araeteus, discípulo de Hipócrates, significa “passar através de um sifão” e explica-se pelo facto de que a poliúria, que caracterizava a doença, assemelhava-se à drenagem de água através de um sifão (AAD, 2022:48).

Durante muitos séculos, pouco se compreendia sobre as causas e o tratamento do diabetes. Foi apenas no século XIX que avanços significativos começaram a ocorrer, com a descoberta de que a doença estava relacionada ao pâncreas. Em 1921, os pesquisadores canadenses Frederick Banting e Charles Best conseguiram isolar a insulina, um hormónio essencial na regulação da glicose no sangue. Essa descoberta revolucionou o tratamento do diabetes tipo 1, salvando milhões de vidas e marcando o início de uma nova era na endocrinologia (AAD, 2022:40).

Desde então, o conhecimento sobre o diabetes tem evoluído consideravelmente, abrangendo diferentes tipos da doença, como o tipo 2 e o gestacional, além de novas abordagens terapêuticas. Hoje, o controle do diabetes envolve mudanças no estilo de vida, monitoramento contínuo da glicose, uso de medicamentos orais e insulina, e mais recentemente, tecnologia como bombas de infusão e sensores. Esses avanços demonstram a importância da pesquisa científica no combate a doenças crónicas como o diabetes (AAD, 2022:43).

2.2.2. Causas da diabetes

As causas da diabetes envolvem uma combinação de factores genéticos, ambientais e comportamentais como:

- A hereditariedade é um factor importante no desenvolvimento da diabetes, especialmente do tipo 2. Ter um parente de primeiro grau com a doença pode triplicar o risco devido a alterações genéticas ligadas à insulina (Hu, 2011:4).

- O estilo de vida sedentário, aliado à má alimentação, favorece a obesidade abdominal, que está directamente ligada à resistência à insulina, factor chave no desenvolvimento da diabetes tipo 2 (Marieb e Hoehn, 2018:35).

- O envelhecimento é um factor de risco importante. Com o avanço da idade, ocorrem mudanças naturais no metabolismo que afectam a sensibilidade à insulina. Guyton e Hall

(2017) afirmam que “a secreção de insulina e a capacidade de resposta dos tecidos diminuem gradualmente com a idade, aumentando o risco de diabetes tipo 2 em idosos” (Guyton e Hall, 2017:73).

- Dietas ricas em açúcares, gorduras saturadas e calorias elevadas prejudicam a função das células beta e contribuem para a diabetes tipo 2. A urbanização acelerada também impulsiona esse aumento global (OMS, 2023:11).

Por fim, outros factores como estresse crónico, distúrbios do sono, uso prolongado de certos medicamentos (como corticosteroides) e problemas hormonais também podem contribuir para o desenvolvimento da diabetes, principalmente em pessoas predispostas geneticamente. (AAD, 2020:12).

2.2.3. Impactos Psicológicos e Sociais da Diabetes

A diabetes, além de afectar o corpo, impacta significativamente a saúde mental, com pacientes apresentando maior prevalência de estresse, ansiedade e depressão. A depressão é duas vezes mais comum em diabéticos, devido ao constante monitoramento e preocupações associadas à doença (Anderson et al, 2001:54)

Segundo Fisher et al, (2010:124), “a diabetes também afecta a vida social dos pacientes, pois as restrições do tratamento podem causar isolamento e exclusão social impactando negativamente a qualidade de vida e o suporte social, agravados pela falta de compreensão de familiares e amigos.”

Graue e Wentzel (2006:71), referem que:

No contexto familiar, a diabetes pode impactar as dinâmicas interpessoais, uma vez que os cuidadores também são afectados emocionalmente, os familiares muitas vezes experimentam estresse e ansiedade relacionados à preocupação constante com a saúde do paciente, o que pode alterar a comunicação e a coesão familiar". Esse impacto social se estende também ao ambiente de trabalho, onde o estigma associado à doença pode levar ao preconceito e à discriminação, dificultando a inclusão e o desempenho profissional do portador de diabetes.

“O suporte psicológico especializado é crucial para melhorar a qualidade de vida dos diabéticos, promovendo manejo do estresse e fortalecimento social. Programas de apoio

reduzem sintomas depressivos e melhoram o autocuidado, evidenciando a importância de um tratamento integral” (Fisher et al., 2010:130).

2.2.4. Sinais e Sintomas da Diabetes

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019:45), a diabetes” é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que reflectem o descontrolo glicémico e suas consequências metabólicas. Entre os sintomas mais comuns estão a poliúria, polidipsia e polifagia, que são manifestações clássicas da hiperglicemia.”

“Outro sintoma é a perda de peso inexplicada, comum na diabetes tipo 1, ocorre porque a falta de insulina leva o corpo a usar reservas de gordura e músculo para obter energia” (Fritschi e Quinn, 2010:89).

Para AAD (2020:72), a fadiga e a visão turva são” sintomas comuns na diabetes, causados pelo metabolismo deficiente da glicose e pela desidratação das lentes oculares, estes sinais indicam a presença da doença e exigem investigação clínica”.

Complicações cutâneas, como infecções frequentes e cicatrização lenta, são sinais de diabetes descompensada. A hiperglicemia crónica prejudica a imunidade e a circulação, aumentando riscos de úlceras e gangrenas (Hirsch e Gabbay, 2014:103).

Segundo a OMS (2016:22),”o reconhecimento precoce dos sintomas clássicos da diabetes é fundamental para a prevenção de sequelas e para a melhora da qualidade de vida dos pacientes.”

2.2.5. Papel do Psicólogo Perante o Paciente com Diabetes

Segundo Barreto e Silva (2016:91), "o trabalho psicológico é essencial desde o momento do diagnóstico, pois ajuda o paciente a lidar com o impacto emocional da notícia e com as exigências de um tratamento crónico".

Após o diagnóstico, emoções como medo e negação podem prejudicar a adesão ao tratamento. O psicólogo, atua como facilitador na elaboração destes sentimentos, ajudando o paciente a desenvolver estratégias de enfrentamento e resiliência (Rodrigues, 2017:130)

O psicólogo também atua na identificação e tratamento de transtornos como depressão e ansiedade, comuns em pacientes com diabetes. Segundo Lustman (2000:93), a depressão

prejudica o controlo glicémico, sendo essencial o suporte psicológico para manter o equilíbrio emocional e físico.

Silva (2015:58), destaca que:

Outro aspecto importante é o acompanhamento psicoterapêutico contínuo, que auxilia o paciente na construção de hábitos mais saudáveis, na superação de dificuldades no manejo da doença e no fortalecimento de sua autonomia. O psicólogo pode utilizar abordagens como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para trabalhar crenças disfuncionais relacionadas à alimentação, ao corpo e à medicação, promovendo mudanças sustentáveis no comportamento.

O autor acima em destaque refere ainda o psicólogo também pode actuar com a rede de apoio do paciente, como familiares e cuidadores, que muitas vezes enfrentam estresse, exaustão emocional e dificuldade de lidar com as exigências do tratamento.

2.3. Marco Teórico

2.3.1. Reacções ao Diagnóstico da Diabetes

O impacto da diabetes e a adaptação à doença tem início com o diagnóstico. Após o diagnóstico da diabetes, é frequente ocorrer uma série de crises pessoais. Num primeiro momento, muitos doentes experimentam sintomas de depressão e de ansiedade, angustia, isolamento social, raiva apreensão, irritabilidade, frustração e pessimismo em relação ao futuro (Davis 1988:29).

O autor acima citado ainda refere que negação da doença é uma resposta comum ao confronto com o diagnóstico da diabetes, especialmente na diabetes. Se esta estratégia para lidar com a situação (estratégia de coping), inicialmente, pode contribuir para integrar esta nova realidade progressivamente, mantendo o equilíbrio emocional.

2.3.2. Aspectos Psicossociais e Diabetes

A diabetes constitui uma das doenças crónicas mais exigentes quer do ponto de vista físico, quer do psicológico, mostrando-se os factores psicossociais relevantes para quase todos os aspectos da doença e do seu complexo tratamento. Para além disso a investigação tem demonstrado que o impacto psicossocial desta doença é um dos cinco factores que melhor

prediz a mortalidade nos indivíduos com diabetes, fazendo-o melhor do que muitas variáveis clínicas e fisiológicas (Davis 1988:36).

2.3.3. Efeito do Estresse nas Diabetes

Para Gatchel et al (1989:23), estresse é o processo complexo através do qual o organismo responde aos acontecimentos que fazem parte da vida do dia-a-dia susceptíveis de ameaçar ou pôr em causa o bem-estar desse organismo. A conceptualização do estresse como um processo reflecte a complexidade da interacção entre o organismo e o meio ambiente.

De acordo com Bradley (1988:68) citado por Silva (2010:44), o maior número de complicações no diabético está associado a níveis elevados de glicose no sangue desencadeados pelo estresse. O autor ainda defende que os Profissionais de Saúde devem perceber que o estresse aumenta a possibilidade de colocar o diabético em risco de vida para além de promover a redução na adesão ao regime de tratamento médico e ao mau controlo metabólico. É particularmente nos casos em que a glicemia aumenta como reacção ao stress que os pacientes poderão beneficiar de tratamento farmacológico ou psicológico.

Gatchel e Krantz (1989:63), o estresse psicológico pode conduzir a perturbações do controlo glicémico quer de forma inconscientes ou consciente que levam à adopção de comportamentos pouco saudáveis, como a não adesão ao tratamento, ao tabagismo ou ao consumo de bebidas alcoólicas ou ao não cumprimento da dieta alimentar.

2.3.4. Depressão e Ansiedade nas Diabetes

Segundo Méndez (2005:3), a depressão é:

Uma doença psiquiátrica, crónica e recorrente, um problema complexo cujas características principais são, por um lado, um estado de ânimo irritável e, por outro, falta de motivação e diminuição do comportamento instrumental adaptativo. É marcada também, por alterações do apetite, do sono, da actividade motora, cansaço, especialmente matutino, baixo conceito de si mesmo, baixa auto-estima, sentimentos de culpa, dificuldades para pensar ou se concentrar, indecisão, ideias de morte e/ou de suicídio e tentativas de suicídio.

Lustman, (1986) citada por Silva (2010:38), verificou que setenta por cento dos pacientes com Diabetes apresentam, ao longo da sua vida, pelo menos uma perturbação psicológica, mais frequentemente perturbação depressiva ou perturbação de ansiedade

generalizada; e catorze por cento sofria de um episódio depressivo maior no momento em que foi realizado o estudo.

O autor ainda constatou ainda que os pacientes com pior controlo metabólico tinham mais frequentemente doença psicológica ao longo da sua vida do que os pacientes com bom controlo metabólico e que a presença de complicações crónicas tem demonstrado estar associada, a um nível mais elevado de ansiedade e de depressão.

Segundo Allen (1995:21), ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (Allen, 1995:28).

É relevante referir que a dificuldade no diagnóstico de perturbações como ansiedade e depressão resulta da incapacidade de se distinguirem os sintomas que se devem a estas perturbações, nomeadamente a fadiga, perda de peso, dificuldades relacionadas com a memória, perturbações do sono, disfunção sexual e irritabilidade, que resultam particularmente do mau controlo da Diabetes (hiperglicemia e hipoglicemia) (Lustman,1986 citada por Silva, 2010:23).

2.3.5. Intervenções Psicossociais

A intervenção psicológica é uma das formas de actuação profissional do psicólogo visando a alterar comportamentos, pensamentos e emoções, de forma a proporcionar uma melhor saúde e qualidade de vida (Wright, 1967:51).

A psicologia tem fundamental importância, a partir de intervenções psicossociais, com o objectivo de ajudar o indivíduo a melhorar sua condição de saúde. Essas intervenções geralmente são relacionadas às crenças da pessoa, as estruturas cognitivas, aos problemas emocionais, comportamentais e estratégias voltadas ao enfrentamento do estresse causado pela doença

A psicoeducação, de acordo com Callaham e Bauer (1999:28), pode ser compreendida como o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente e vice-versa.

A partir desse conceito, o psicólogo introduz a discussão acerca da ansiedade frente à diabetes, bem como as influências alimentares. O psicólogo auxilia esses pacientes ao entendimento dos sentimentos, e comportamentos diante da doença.

O atendimento a pessoas diabéticas, requer uma abordagem psicológica que se volte para o cuidado biopsicossocial. Por isso, o trabalho psicológico com pessoas diabéticas tem como objectivo primordial a aceitação da doença para poder melhorar a qualidade de vida, sendo que as intervenções individuais ou de grupo, em especial a última, aportam benefícios ao nível da saúde física e mental, do desenvolvimento pessoal, promovendo aptidões relacionais e treino de competências que facilitarão a adesão ao tratamento (Filipi, 2016:33).

2.3.6. Repercussões Psicológicas da Diabetes

A Diabetes é uma das doenças crónicas mais exigentes do ponto de vista comportamental e psicológico, em que estes aspectos estão envolvidos praticamente em todas as tarefas referentes ao tratamento (Glasgow, 1995:22).

Wallander (1988:89), refere que:

O impacto psicológico e a adaptação à diabetes começam no primeiro momento que a resposta inicial ao diagnóstico é um importante predictor da adaptação futura e da capacidade para enfrentar as dificuldades impostas pela doença e tratamento, sendo que muitos pacientes apresentam perturbações psicológicas logo após o diagnóstico, como ansiedade, depressão, isolamento social e diminuição do autoconceito, assinalam que o impacto psicológico no momento do diagnóstico da diabetes e a adesão ao tratamento são dos melhores predictores da morbidade e mortalidade nos pacientes com diabetes (melhor mesmo que alguns parâmetros clínicos ou fisiológicos).

O autor sustenta que várias complicações resultam dos estados anteriormente referidos, afectando diversos órgãos, como já referimos, e inclusivamente o Sistema Nervoso Central. Estes efeitos podem ser transitórios ou definitivos, resultando sequelas neuro-psicológicas.

2.3.7. O papel da Psicologia Médica no Tratamento do Paciente com Diabetes

O papel da psicologia médica consiste em intermediar a relação médico-paciente, facilitando esse diálogo. E, por ter uma escuta diferenciada, o psicólogo é capaz de intervir, de estreitar o vínculo entre o médico e seu paciente, criando condições para que o paciente se

sinta acolhido e mais motivado em seu tratamento, livre de cobranças ou críticas, estabelecendo uma relação de parceria, participando, contribuindo e tendo mais controle sobre a sua doença, estimulando a presença de familiares do paciente na consulta, que poderão contribuir com informações, participando das discussões sobre o tratamento (Jeammet, 1989:33).

O autor ainda sustenta que trabalhar a aceitação da doença e a motivação do paciente para seguir a terapêutica, autocuidado, prática de actividade física, dieta e equilíbrio emocional fazem parte do trabalho da psicologia, através da psico-educação e orientação, oferecendo acolhimento e suporte.

Peres, (2007:28) refere que:

O indivíduo com doença crónica experimenta, de forma intensa, a ambivalência, isto é, precisa decidir entre aquilo que deseja fazer e o que é preciso ser feito. Neste conflito existem ganhos e perdas, sentimentos ambíguos, gerando muita instabilidade emocional. Daí a necessidade de acompanhamento psicológico para que ele possa elaborar esses aspectos emocionais da doença, diminuindo assim seu sofrimento psíquico, possibilitando a aceitação, motivando-o no autocuidado e na adesão ao tratamento

2.4. Marco Referencial

A nível internacional destacam-se estudos como de Daniela Filipa de Melo Pinto, em que realizou um estudo em Março de 2017, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, o estudo versou sobre: Características Associadas com o Impacto Psicológico e Comportamental da Diabetes Tipo 2. O objectivo geral da pesquisa foi: Compreender o impacto psicológico e comportamental da diabetes nas pessoas seguidas em Medicina Geral e Familiar em Portugal e estabelecer a sua relação com a adesão à terapêutica e com algumas características associadas à pessoa com diabetes, nomeadamente a idade, sexo, formação, duração da diabetes e controlo da diabetes. A pesquisa foi de abordagem qualitativa observacional transversal, com uma amostra não probabilística por conveniência, composta por 110 utentes seguidos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Topázio e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Fernão de Magalhães, escolhidos proporcionalmente para representar, por sexo e por grupo etário, a população portuguesa de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, baseando-se no último relatório do Observatório Nacional da Diabetes. Onde chegou-se a seguinte conclusão características associadas à pessoa

com diabetes causa impactos psicológicos como impacto positivo na dimensão Barreiras à Actividade, A adesão não está associada com o impacto psicológico e comportamental da diabetes, mas pior adesão correlaciona-se com a noção de falta de controlo da diabetes.

Nelson das Dores Paulino dos Santos, realizou um estudo 2016, na Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) no Brasil, o estudo versou sobre: Prejuízos Cognitivos em Idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2. O objectivo foi avaliar os prejuízos cognitivos em idosos com DM2. Participaram do estudo 254 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 44 idosos com diagnóstico de DM2 e 210 idosos do grupo controle da população geral. O enfoque metodológico foi uma pesquisa descritiva do tipo qualitativo transversal, de comparação de grupos e de amostra por conveniência. A amostra foi constituída por 254 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos com diagnóstico de DM2 e 210 idosos de ambos os sexos do grupo controle da população geral, na qual aplicou-se a entrevista semi-estruturada, e teve como amostra 44 idosos. Concluindo os objectivos estabelecidos para neste estudo, que os idosos com DM2 mostraram intensidade de sintomas depressivos e de ansiedade estatisticamente maior em relação ao grupo de idosos controles. A disfunção cognitiva identificada em idosos com DM2 pode estar relacionada com os prejuízos localizados no lobo frontal.

Em Moçambique Filipe Olito Coimbra realizou um estudo em 2016 na Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina, no Departamento de Saúde Mental, o estudo teve como tema: "Impacto dos Factores Psicológicos na Qualidade de Vida do Paciente com Diabetes mellitus". Teve como o objectivo geral: Avaliar o impacto dos factores psicológicos na qualidade de vida do paciente diabético internado. Para a materialização da pesquisa, optou-se como metodologia de trabalho a abordagem qualitativa, com o intuito de fortalecer os juízos e as conclusões. Deste modo, foram usados como instrumentos de recolha de dados um questionário e um guião de entrevista não-estruturada, administrada a pacientes diabéticos internados no Departamento de Medicina do HCM, de modo a tornar possível a descrição de uma possível relação existente entre os factores psicológicos identificados nos pacientes com Diabetes mellitus e a sua qualidade de vida. De entre outros, o estudo permitiu a identificação de factores correlacionados, tais como a falta de hábito na realização de exercícios físicos, insatisfação pessoal relacionada com a condição de paciente Diabético, negativismo emocional, sentimento de fraco poder financeiro e consequente dificuldade no ajuste da dieta alimentar, afectando a qualidade de vida do paciente. Com base nos resultados do presente estudo, foi possível também identificar uma relação directa entre os factores psicológicos e sociais determinantes para uma adequada qualidade de vida do paciente com a Diabetes mellitus.

Uma busca incessante culminou com a conclusão de que em Moçambique um estudo foi realizado por Soares Miguel Michal em Janeiro a Junho de 2024, cujo o estudo teve como tema: Aspectos Psicológicos e socioeconómicos da Diabetes Mellitus em Pemba, Moçambique: estudo de caso. Tendo como objectivo geral: Averiguar se os portadores da DMII que recorrem ao Hospital de Pemba, Moçambique, têm condições socioeconómicas para seguir a dieta que lhes é recomendada para o controlo da sua condição. Quanto a metodologia foi um estudo descritivo transversal de abordagem qualitativa, de uma revisão não-sistemática proveniente dos estudos originais e livros-texto especializados, teve como tamanho de amostra 28 pacientes. Resultados foram incluídos neste estudo de caso 28 pacientes sendo que se optou por um questionário de frequência alimentar e questões relacionadas com o dia-a-dia dos pacientes cujos resultados foram relacionados com a variável dependente classe social. Verificou-se haver uma dificuldade generalizada no acesso aos alimentos independentemente da classe social dos inquiridos. Também se verificou existir um elevado nível de consciência por parte dos inquiridos no que respeita à DMII e seu tratamento. Conclusão: As condições psicológicas e socioeconómicas da população em estudo

determina o seu nível de adesão à DMII muito em especial no que concerne à adopção de um padrão alimentar favorável ao controlo da condição.

Capítulo III

3. Metodologia do Estudo

Nesta sessão mostrar-se os procedimentos de elaboração do trabalho através da descrição e a classificação quanto aos objectivos da pesquisa, a natureza da pesquisa, a escolha do objecto de estudo, a técnica de colecta e a técnica de análise de dados.

Segundo Lakatos & Marconi (2008:43), metodologia é “um conjunto das actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar os objectivos conhecimentos válidos e verdadeiro, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista”.

O Hospital Geral de Quelimane situa-se entre as Av. 1 de Julho, Acordos de Lusaka, Samora Machel e Julius Nyerere, na capital provincial, Município da cidade de Quelimane. Actualmente é um hospital escola e científico recebendo estagiários de diferentes áreas de estudo, provenientes de todo o país para obtenção de conhecimentos em matéria de saúde, servindo assim, de campo de estágios e práticas profissionais bem como pesquisas científicas na área de saúde. Possui 226 leitos de internamento e presta serviços de medicina, pediatria, cirurgia geral, fisioterapia, gineco-obstetricia, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria e saúde mental, urgências médicas e laboratórios.

3.1. Tipo de estudo

3.1.1. Quanto aos Objectivos

Quanto aos objectivos a pesquisa foi descritiva, segundo Selltiz (1965:16), a pesquisa descritiva busca descrever um fenómeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exactidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos.

A escolha deste tipo de pesquisa deveu-se ao facto de esta permitir descrever um fenómeno ou acontecimento em estudo, interpretando as opiniões que forem emitidas pelos participantes do estudo.

3.1.2. Quanto a Abordagem

Quanto a abordagem a pesquisa foi do tipo qualitativa, na visão de Gil (2006:12), a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenómeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenómeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências.

A escolha desta abordagem por parte da autora justifica-se ao facto desta permitir o contacto directo do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes sem o uso de métodos estatísticos.

3.1.3. Quanto a Natureza

Em relação a natureza é uma pesquisa aplicada, segundo Fortin (2010:11), a pesquisa aplicada é dirigida a busca da verdade para a determinada aplicação prática em situação particular”.

A natureza da pesquisa justifica-se ao facto dos resultados exigir da pesquisadora um esclarecimento sobre o impacto psicológico do diagnostico da diabetes em pacientes que poderá ser debatido e discutido na sala de defesa do ISHCT.

3.1.4. Quanto aos Procedimentos Técnicos

Quanto aos procedimentos foi um estudo de caso, segundo Yin (2001:27), o estudo de caso “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo dos factos objectos de investigação, permitindo um amplo e pormenorizado conhecimento da realidade e dos fenómenos pesquisados.”

3.2. População e Amostra

3.2.1. População

Segundo Stevenson (1981:52), universo de pesquisa ou população consiste no todo pesquisado, do qual se extrai uma parcela que será examinada e que recebe o nome de amostra.

Segundo os dados das Consultas Externas da diabetes do Hospital Geral de Quelimane são diagnosticado em média semestral 960 pacientes com casos da diabetes.

3.2.2. Amostra

De acordo com Triola (1999:13), "amostra corresponde a um subconjunto de pessoas extraído de uma população onde o pesquisador colecta dados para a sua análise em profundidade."

A amostra deste estudo foi constituída por 10 pacientes de 45 à 60 anos de Idade com diagnosticado da diabetes nas Consultas Externas do Hospital Geral de Quelimane.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de dados

Nesta pesquisa efectuou –se a técnicas de entrevista semi-estruturada e como instrumento de recolha de dado utilizou-se guião de entrevista com perguntas abertas e o teste SCL 90-R.

7.3.1. Entrevista semi-estruturada

Segundo Laville & Dionne, (1999:36), a entrevista semi-estruturada podem ser definidas como uma lista das informações que se deseja de cada entrevistado, mas a forma de perguntar (a estrutura da pergunta) e a ordem em que as questões são feitas variou de acordo com as características de cada entrevistado. Geralmente, a entrevista semi-estruturada baseiam-se em um roteiro constituído de uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista".

7.3.2. SCL 90-R

SCL 90-R é uma escala com noventa itens servem de auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional, desenvolvida por Lipman, Derogatis e Covi. Avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais. Segundo achado teórico exposto por Metelo (2009:56), é uma escala com noventa itens para auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional, desenvolvida por Lipman, Derogatis e Covi em 1973.

3.4. Procedimentos Administrativos de Selecção da Amostra

A princípio o projecto foi submetido a comissão científica do Instituto Superior de

Humanidades, Ciências e Tecnologias – ISHCT, para sua devida apreciação e aprovação.

Após a aprovação do ISHCT o protocolo completo do estudo foi submetido aos Serviços Provinciais de Saúde da Zambézia onde foi encaminhado ao Comité Provincial de Bioética para Saúde da Zambézia (CIBSZ), para a sua aprovação ética.

Posteriormente a pesquisadora fez uma solicitação à direcção do Hospital Geral de Quelimane com vista a autorização para realização do estudo com os pacientes em vista.

A participação dos participantes no estudo dependeu da assinatura do termo de consentimento livre e informado, onde foram submetidos a entrevista individual num período de 45 minutos nos dias úteis de semana.

Os participantes foram seleccionados de acordo com critério de inclusão e exclusão estabelecido no estudo, onde aplicou-se o guião de entrevista aos pacientes de modo a facilitar a compreensão dos factos que permite a interpretação no momento de análise e discussão dos dados.

Os dados foram registados e assinalados no guião de entrevista de modo a agrupar as variáveis em estudo.

A análise de dados foi feita, através da análise de conteúdo das informações obtidas ao longo da entrevista e a respectiva correcção e interpretação do teste psicológico.

3.2.3. Tipo de Amostragem

Nesta pesquisa usou-se o tipo de amostragem não-probabilística por conveniência, na visão de Kumar & Day (2004:31), amostragem não-probabilística accidental os elementos são seleccionados de acordo com a conveniência do pesquisador.

A escolha deste tipo de amostragem por parte da pesquisadora deve-se ao facto desta permitir o pesquisador decidir os elementos que farão parte do estudo.

3.4.1. Critérios de Inclusão

Ser pacientes de com idade entre 45 à 60 anos de idade com diagnóstico da diabete;
Ter registo no Hospital Geral de Quelimane.

Consentir a participar no estudo.

3.4.2. Critérios de Exclusão

Ser pacientes de com idade inferior a 45 anos e superior a 60 anos com ou sem diagnóstico da diabetes;

Não ter registo no Hospital Geral de Quelimane e não consentir a participar no estudo

3.4.3. Variáveis

3.4.4.1. Variáveis Sócio-Demográficas

Na realização deste estudo considerou-se as seguintes variáveis sócio-demográficas: Idade; Sexo; Estado Civil; Nível de Escolaridade; Religião, Renda Familiar e Ocupação.

Segundo Becker (2007:20), variáveis são conjunto de valores classificáveis, passíveis de mensuração.

3.4.4.2. Variáveis de Estudo

O presente estudo teve como variáveis: Impacto psicológico, Diagnóstico, Diabetes e Paciente.

3.4.5. Considerações Éticas

A declaração de Helsínquia (1964), actualizada em 2008, toda investigação está sujeita a normas éticas para garantir o respeito por todos os seres humanos com vista a proteger a sua saúde e seus direitos.

Para garantir as considerações éticas da pesquisa, antes da realização o protocolo foi submetido à aprovação pelo Comité Institucional da Bioética em Saúde da Zambézia (CIBSZ). A participação foi voluntária e a partir de termo de consentimento livre e informado que foram assinadas pelas participantes. Depois foi solicitada uma autorização.

Não haverá incentivo financeiro para os participantes do estudo porem os resultados do estudo poderão ser úteis para a tomada de medidas tendentes a mitigar os impactos psicológicos aos pacientes diagnosticados com diabetes.

Foi garantida a confidencialidade e sigilo sobre as informações obtidas, pois a informação retirada não será usada para outros fins que não sejam académicos.

Os participantes que decidirem participar na pesquisa serão informados que ao decorrer do estudo tem o direito se assim entenderem desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga prejuízos, ou seja, não serão reprimidos.

Durante a recolha dos dados, foi respeitada rigorosamente todas as regras e normas traçadas pelo HGQ.

Os dados recolhidos foram usados simplesmente para os propósitos académicos no Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias, mas salvaguardando à confidencialidade e o anonimato dos participantes. Segundo a declaração de Helsinque (1960) quando a pesquisa esta relacionada aos seres humanos é necessária o uso de princípios éticos para fornecer orientações aos médicos e outros participantes em pesquisa clínica.

Em relação à garantia do anonimato aos participantes do estudo, as seguintes medidas foram tomadas pela pesquisadora: Os nomes das participantes foram codificados em (*PD1, PD2, PD3...* Significando: Paciente Diabético).

Não foi praticado nenhum procedimento que provocou dano físico, psíquico ou morte assim como sofrimento emocional das participantes do estudo.

3.4.6. Análise e Interpretação dos Dados

Para análise de dados, aplicou-se a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, obedecendo as seguintes fases:

Primeira fase consistiu na leitura flutuante e formulação das perguntas e indicadores.

Segunda fase, foram codificados os dados, e foi feita a elaboração da qualificação, reagrupando as informações por categorias e análise posterior, nesta fase também são criadas as unidades de registo que são as palavras, frases ou temas que são repetidos ao longo dos textos, e as unidades de contexto é o local onde ocorrem os eventos das unidades de registo.

Terceira e última fase, efectuou-se a chave de todo o processo na pesquisa qualitativa, onde surgem as categorias de análise e são realizadas as inferências.

Capítulo IV

4. Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo, faz-se apresentação dos resultados da entrevista realizada junto dos participantes descritos no capítulo anterior.

4.1. Dados Sócio-Demográfico dos Pacientes Entrevistados.

Em relação, a variável idade dos pacientes, os dados desta pesquisa demonstram que paciente (*PD1* e *PD9*), tinham 45 anos de idade, paciente (*PD2*), tinham 51 anos de idade, paciente (*PD3*), tinha 47 anos de idade, paciente (*PD5*), tinha 60 anos de idade, paciente (*PD6*) tinha 46 anos de idade, paciente (*PD8*), tinha 59 anos de idade e os pacientes (*PD4*, *PD7* e *PD10*), tinham 48 anos de idade.

Quanto a variável sexo, com os resultados da pesquisa constatou-se que dois pacientes dos quais (*PD2* e *PD4*), eram do sexo masculinos e oito pacientes (*PD1*, *PD3*, *PD5*, *PD6*, *PD7*, *PD8*, *PD9* e *PD10*), entrevistadas eram do sexo feminino.

Quanto ao estado Cível os dados demonstraram que as dez participantes do estudo apenas dois pacientes neste caso (*PD2*, *PD6* e *PD10*), eram casados(a) e sete pacientes (*PD1*, *PD3*, *PD4*, *PD5*, *PD7*, *PD8* e *PD9*) eram solteira(o)s.

Com base na variável nível de escolaridade dos pacientes constatou-se três (3) pacientes dos quais (*PD1*, *PD4* e *PD6*), frequentavam a 12ª Classe, dois pacientes (*PD5* e *PD10*), apresentaram-se sem nenhuma classe, um paciente (*PD7*), encontrava-se com a 9ª classe, e quatro pacientes (*PD2*, *PD3*, *PD8* e *PD9*), apresentavam-se com o nível de Licenciatura.

Quanto a variável religião constatou-se que sete pacientes (*PD1*, *PD2*, *PD3*, *PD5*, *PD6*, *PD7* e *PD10*), professava a religião cristã, dois pacientes (*PD8* e *PD9*), professava islâmica, e um paciente (*PD4*), não professavam nenhuma religião.

No que concerne a variável renda familiar, os resultados da pesquisa demonstram que, cinco participantes (*PD4* e *PD9*), tinham renda familiar estável, cinco pacientes (*PD1*, *PD2*, *PD3*, *PD5*, *PD6*, *PD7*, *PD8* e *PD10*), apresentaram-se com renda baixa.

No que se refere a variável ocupação, constatou-se que oito participante entrevistadas das quais (*PD1*, *PD5*, *PD6*, *PD7* e *PD10*), eram domésticas, paciente (*PD2*), era Policia, pacientes (*PD3* e *PD8*), eram Professoras, paciente (*PD4*), era Enfermeira, paciente (*PD9*), eram Técnica Superior.

4.3. Apresentação dos resultados dos pacientes entrevistados na pesquisa.

Questão 1. O que entendes sobre a diabetes?

Quanto a esta questão os entrevistados nesta pesquisa deixaram seus depoimentos ao referirem que:

PD1: “É uma doença provocada por hábitos alimentares também são genéticos”;

PD2: “É uma doença causada por”;

PD3: “Diabetes é quando temos açúcar alto no sangue”;

PD4: “É uma doença que não tem cura, mas da para controlar”;

PD5: “É uma doença crónica que precisa de cuidado a vida toda”;

PD6: “Diabete é quando o açúcar do sangue fica descontrolado no corpo de uma pessoa”;

PD7: “Eu acho que é uma doença crónica que o açúcar enche no corpo de uma pessoa até causar doença”;

PD8: “Diabete é uma doença difícil de encarar, através do aumento de açúcar no sangue”;

PD9: “Diabete é aumento de açúcar no saquem de uma pessoa”;

PD10: “Diabete é acumulo de açúcar no sangue”.

De acordo com as análises percebe-se que, embora os participantes tenham uma noção básica correta sobre o diabetes, especialmente no que diz respeito à presença elevada de glicose no sangue, há lacunas conceituais, especialmente no que se refere à fisiopatologia e à diferenciação entre os tipos da doença.

Questão 2. Quando é que você descobriu que é diabético/a?

Com base nesta questão destaca-se as seguintes respostas dos pacientes entrevistados:

PD1: “Eu descobri que era diabética em 2020”;

PD2: “Descobri em 2023, através de análises laboratoriais”;

PD3: “Eu descobri em Marco de 2025, quando apanhei uma alergia e foi fazer consulta e fui diagnosticada com esta doença”;

PD4: “Descobri em 2020, quando eu sentia alergia e urinava com muita frequência”;

PD5: “Eu descobri em 2023, sempre sentia muita sede e urinava muito, sentia dor de coluna e tonturas, e foi dai que fez consulta e descobri esta doença”;

PD6: “Descobri em Setembro de 2024, através da consulta da ginecologia por motivos da mioma”;

PD7: “Descobri em 2024, quando eu notei que estava a emagrecer, sofria tontura e sem equilíbrio”;

PD8: “Eu descobri em 2021, quando estava a sentir dor de cabeça, tontura e freguesa como se fosse Malária”;

PD9: “Eu descobri em 2022, quando fiz o diagnostico”;

PD10: “Descobri em 2018, após um desmaio que durou oito dias”.

Em relação a esta questão os dados apontam para um padrão preocupante de diagnóstico tardio do diabetes, geralmente após a manifestação de sintomas moderados a graves. Isso reforça a necessidade de campanhas educativas e triagens sistemáticas para o diagnóstico precoce da doença, especialmente em populações com menor acesso à informação e aos serviços de saúde.

Questão 3. Após ser diagnosticado diabético (a) como você se sentiu?

Com relação a esta questão os pacientes entrevistados referiram o seguinte:

PD1: “Eu não consegue aceitar o diagnostico e entrei em pânico”;

PD2: “Depôs do diagnostico me sente mal”;

PD3: “Não, esperava esse diagnostico, fiquei chocada na hora”;

PD4: “Minha primeira reacção foi o medo das complicações sobre a doença”;

PD5: “Após o diagnostico mim senti partido, porque não sabia o que fazer, o que comer e como me cuidar”;

PD6: “Eu fiquei triste e deprimido, porque achei que a minha vida ia mudar totalmente para o pior”;

PD7: “Após ser diagnosticado esta doença fiquei com muita raiva, porque sempre me cuidei, e mesmo assim fiquei diabético”;

PD8: “Depôs da descoberta da minha doença, senti muita tristeza, mas logo aprendi a conviver com ele, e hoje entendo que o diabete pode ser controlado, e levo uma vida normal com os cuidados”;

PD9: “Quando descobri me senti oprimida, com o diagnostico e não consegui aceitar o resultado do diagnostico”;

PD10: “Depôs da descoberta desta doença me senti mal, porque a doença não tem cura”.

Segundo as análises percebe-se que o impacto psicológico do diagnóstico de diabete é profundo e variado. Muitos pacientes relatam sentimentos de choque, medo, negação e até tristeza. Essas reacções emocionais são comuns e fazem parte do processo de adaptação à nova realidade de conviver com uma doença crónica.

Questão 4. Após você descobrir a doença o que mudou na sua vida?

No que concerne, a esta questão os entrevistados nesta pesquisa deixaram seus depoimentos ao referirem o seguinte:

PD1: “O meu hábito alimentar mudou e a minha vida em geral”;

PD2: “Logo que descobri mudei a minha dieta alimentar”;

PD3: “Tive que mudar a minha alimentação e hoje controlo muito o que como”;

PD4: “Eu sinto que perdi um pouco da minha liberdade alimentar, antes eu comia o que queria, e a hora que queria, agora tudo tenho que planejar”;

PD5: “Passei a me exercitar com regularidade, porque actividade física virou parte do tratamento e me faz muito bem”;

PD6: “Minha saúde melhorou, com alimentação equilibrada e os cuidados, meus exames hoje são até melhores do que antes do diagnóstico”;

PD7: “A minha vida mudou muito, como a rotina de alimentação e tive que lidar muito com preconceito, porque muita gente acha que diabetes só da para quem come açúcar demais, e não é bem assim”;

PD8: “A minha vida mudou muito, porque tive que reduzir o tempo de dar aulas e também tive que limitar a minha alimentação”;

PD9: “A minha vida mudou em relação na alimentação, antes eu não controlava a minha alimentação e agora já faço controlo e muitas outras coisa mudou”;

PD10: “Depois do diagnostico comecei a levar a vida com mais responsabilidade, e comecei a cuidar mais de mim”.

Quanto a esta questão as análise dão a perceber que os impactos podem variar dependendo de factores como a personalidade e os recursos de enfrentamento disponíveis. Estes impactos envolver mudanças emocionais, cognitivas e sociais, influenciando a forma como a pessoa percebe a si mesma, os outros e o mundo ao seu redor.

Questão 5. O que você pensa sobre a diabetes?

Com relação a esta questão os pacientes entrevistados referiram o seguinte:

PDI: “Eu penso que é uma doença seria e desafiadora, mas da para controlar”;

PD2: “É uma doença normal que causa morte, e não entendo muito bem, só sei que é perigosa e tem que tomar cuidado com o açúcar”;

PD3: “Tenho medo das complicações que esta doença pode trazer como a morte de uma pessoa, por isso tento seguir com os cuidado do tratamento”;

PD4: “Acho muito difícil lidar com ela, porque muda completamente a minha rotina e eu tenho medo de perder a vida”;

PD5: “Para me é uma doença silenciosa que mata, quando agente é diagnosticado logo descobrimos que já temos a doença por muito tempo”;

PD6: “Diabete é uma doença desafiadora comum na minha família, e já vi o que pode acontecer se não tratar”;

PD7: “Eu não levo a sério, sinceramente, só tomo remédio quando me lembro”;

PD8: “É uma doença chata, porque eu mudei todos os meus hábitos alimentares até a forma de viver”;

PD9: “Penso que é uma doença perigosa sem cura, tenho medo de ter que amputar alguma coisa, já vi casos assim”;

PD10: “Penso como uma doença crónica que causa morte nas pessoas, mas com a prevenção posso ter mais dias de vida”.

Os depoimentos dos participantes evidenciam uma percepção amplamente negativa sobre o diabetes, com destaque para sentimentos de medo, insegurança e preocupação com as possíveis complicações da doença. A maioria dos entrevistados demonstra compreender o carácter crónico e potencialmente fatal do diabetes, associando-o a mudanças profundas na rotina e à necessidade de constante vigilância.

Questão 6. O que você tem feito para lidar com o diabete?

PD1: “Tenho controlado a alimentação, e evitar açúcar e carboidratos em excesso”;

PD2: “Comecei a fazer exercícios físicos com mais frequência, como caminhada e bicicleta”;

PD3: “Eu reduzi o consumo de bebidas alcoólicas, parei de fumar e faço dieta equilibrada na refeição”;

PD4: “Eu compro a as medicações, vou sempre as consultas”;

PD5: “Uso a medicação prescrita correctamente, nos horários certos”;

PD6: “Tenho seguido uma dieta balanceada, também faço caminhada todos os dias e tomo os medicamentos conforme a orientação medica”;

PD7: “Eu faço o que posso, as vezes não consigo comprar os medicamentos todos os meses, mas tento evitar açúcar e gordura”;

PD8: “Fui diagnosticado há pouco tempo, então estou aprendendo, comecei a medir a glicemia e estou tentando mudar a minha alimentação”;

PD9: “Faço dieta alimentar e realizo exercícios físicos todos os dias”;

PD10: “Tenho tentando controlar com alimentação natural e uso alguns chás que me recomendaram, não gosto muito de remédio, mas estou a tentar equilibrar”;

Quanto a esta questão as analise dão a perceber que a maioria dos participantes adopta atitudes positivas como actividades físicas e adaptação de uma alimentação balanceada e coerentes com as directrizes clínicas para o maneio do diabetes. No entanto, também surgem limitações relacionadas ao acesso a medicamentos, conhecimento insuficiente e crenças populares.

Questão 7. Quais são as dificuldades relacionadas a doença que você enfrenta no dia-a-dia?

Com base nessa questão obteve-se as seguintes respostas dos pacientes entrevistados:

PD1: “No meu dia-a-dia tenho enfrentado tensão arterial”;

PD2: “É difícil manter uma rotina de exercícios com meu trabalho, porque nem sempre consigo tempo ou disposição”;

PD3: “Uma das dificuldade que eu tenho é de controlar a alimentação o tempo todo é difícil, porque tenho que pensar em tudo o que comer e é cansativo”;

PD4: “Uma das dificuldades é como lidar com muita ansiedade em relação a minha saúde, visto que tenho pensando nas complicações que podem surgir no futuro”;

PD5: “As dificuldades que eu enfrento são equilibrio da alimentação que exige custos”;

PD6: “Sangramento por motivo de Mioma e as vezes sinto cansada de cuidar de tudo com tanto rigor”;

PD7: “É caro manter o tratamento, porque os remédios e alimentação adequada envolve ter dinheiro”;

PD8: “Eu enfrento problemas como a cegueira, cansaço e mal estar”;

PD9: “Tenho dificuldade para encontrar alimentos adequados quando estou fora de casa”;

PD10: “O problema que eu enfrento no meu dia-a-dia é como ter alimentação equilibrada, não é fácil conseguir toda alimentação”.

A análise das falas dos participantes revela múltiplas dimensões das dificuldades enfrentadas no quotidiano relacionadas à saúde e ao manejo de doenças crónicas. Os depoimentos mostram que os desafios vão além das questões clínicas, incluindo aspectos emocionais, sociais e económicos.

Questão 8. Tem algo que não foi abordado e achas importante partilhar com nós?

Em relação a essa questão, dados obteve-se as seguintes respostas dos psicólogos Clínicos entrevistados:

PD1: “Nada a dizer”;

PD2: “Não tenho nada para partilhar”;

PD3: “Muito obrigado por participar na sua pesquisa e volte sempre”;

PD4: “Não tenho nada a dizer só agradecer por mim escolher a participar no seu estudo”;

PD5: “Por enquanto estou sem alguma coisa a dizer”;

PD6: “Sem nada a dizer obrigada”;

PD7: “Que venha sempre realizar mais estudos”;

PD8: “Sem comentário do momento”;

PD9: “Nada”;

PD10: “Não tenho algo a acrescentar”.

De acordo com as análises percebe-se que as respostas fornecidas pelos participantes (P1 a P10) demonstram um padrão de respostas curtas, evasivas ou de agradecimento, sem aprofundamento sobre experiências pessoais, dificuldades ou sugestões relacionadas ao tema da pesquisa. Expressões como “nada a dizer” (P1), “sem comentário do momento” (P8), ou “não tenho algo a acrescentar” (P10) indicam um silêncio simbólico que, embora aparentemente vazio de conteúdo, merece uma interpretação crítica.

5.1. Apresentação dos resultados de teste SCL- 90-R.

Sintomatologias	Ausente	Presente
Somatização	PD3, PD8 e PD10	PD1, PD2, PD4, PD5, PD6, PD7 e PD9
Ob. Compulsões	PD5, PD7, PD9 e PD10	PD1, PD2, PD3, PD4, PD6, e PD8
S. Interpessoal	PD1, PD2, PD4, PD5 e PD6	PD3, PD7, PD8, PD9 e PD10
Depressão	PD5, PD6, PD7 e PD9	PD1, PD2, PD3, PD4, PD8 e PD10
Ansiedade	PD2, PD4 e PD6	PD1, PD3, PD5, PD7, PD8 PD9 e PD10
Hostilidade	PD4 e PD9	PD1, PD2, PD3, PD5, PD6, PD7, PD8 e PD10
Ans. Fóbica	PD4, PD5, PD7 e PD9	PD1, PD2, PD3, PD6, PD8 e PD10
Id. Paranóide	PD8	PD1, PD2, PD3, PD4, PD5, PD6, PD7, PD9 e PD10
Psicoticismo	PD1, PD2, PD3, PD4, PD5, PD6, PD7, PD8, PD9 e PD10	

Fonte: Elaboração Própria, através do teste SCL-90-R

Capítulo V

5. Discussão dos Resultados

Quanto a variável idade, dos pacientes diabéticos com os resultados constatou-se que a idade mínima dos pacientes diabéticos foi de 45 anos idade para PD1 e PD9 e a máxima de 60 anos de idade para PD5, com dados percebe-se que a idade dos pacientes influencia significativamente nas implicações psicológicas decorrentes do diagnóstico da diabetes, devido à limitação das actividades diárias e à perda da autonomia. Estes achados corroboram com Santos (2020:45), refere que pacientes mais jovens tendem a apresentar maior impacto emocional, incluindo ansiedade, estresse e dificuldades de adaptação à nova rotina de cuidados com a doença. Ao passo que pacientes mais idosos demonstram maior resiliência emocional e aceitação do diagnóstico, possivelmente devido à experiência de lidar com outras condições crónicas e a percepção de que a diabetes é mais uma etapa do envelhecimento natural.

Em relação a variável sexo, os dados da pesquisa demonstram que, a maior parte dos diabéticos foram do sexo feminino como é caso de PD1, PD3, PD5, PD6, PD7, PD8, PD9 e PD10 em relação ao do sexo masculino PD2 e PD4, o que leva ao entendimento de que as mulheres foram as mais se destacaram no estudo com a diabetes em relação aos homens. Anderson (2001:13), aponta que mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade, depressão e estresse relacionados à condição diabética quando comparadas aos homens. As mulheres com diabetes demonstram maior vulnerabilidade emocional e um impacto psicológico mais severo, o que pode estar associado a uma maior percepção da carga da doença, maior preocupação com o controle glicémico e o impacto nas actividades diárias. Já os homens, embora também enfrentem desafios emocionais, tendem a apresentar respostas psicológicas diferentes, muitas vezes minimizando o impacto da doença ou expressando o sofrimento de forma distinta.

No que concerne o estado civil dos pacientes, com os resultados verifica-se que, maior parte dos pacientes diabéticos PD1, PD3, PD4, PD5, PD7, PD8 e PD9 eram solteiros, isto remete a percepção que o estado civil dos pacientes contribui para a redução do estresse e da ansiedade frente ao diagnóstico. De acordo com Baumeister e Leary (1995:78), os pacientes sem um parceiro pode se sentir mais vulneráveis ao isolamento social e à sobrecarga emocional, o que pode afectar negativamente sua saúde mental e controle glicémico. Em

quanto que pacientes casados ou em união estável tendem a apresentar melhores indicadores de saúde mental e maior adesão ao tratamento em comparação com os solteiros, divorciados ou viúvos.

Portanto, a variável nível de escolaridade, os resultados da pesquisa mostram que a maior parte dos pacientes diabéticos PD1, PD4, PD5, PD6, PD7 e PD10, tinham baixo nível de escolaridade o que leva a entender que este facto pode ser um factor que contribui para o entendimento dos riscos da doença, como o regime terapêutico, a importância da adesão ao tratamento e os riscos das complicações, o que pode aumentar sentimentos de ansiedade, medo, negação e até depressão após o diagnóstico. Facto este que entra de acordo com Santos (2020:41), refere que o nível de escolaridade tem impacto directo na capacidade de compreensão do diagnóstico e no autocuidado. O estudo aponta que pacientes com baixa escolaridade apresentaram maiores índices de sofrimento emocional relacionado ao diagnóstico de diabetes, o que pode dificultar a aceitação da condição e comprometer a qualidade de vida.

Em relação a variável religião, os dados da pesquisa mostram que, maior parte dos pacientes se identificaram com alguma religião como é o caso de pacientes diabéticos PD1, PD2, PD3, PD5, PD6, PD7 e PD10 professavam a religião Cristã, ao passo que pacientes PD8 e PD9 professavam a religião Islâmica, este facto remete-nos na percepção de que a prática religiosa activa mostra maior resiliência emocional e menor índice de sintomas depressivos associados ao diagnóstico da doença. Este pensamento entra de acordo com Koenig (2012:84), os pacientes diabéticos religiosos tendem a adoptar comportamentos mais saudáveis, o que pode contribuir para um melhor manejo da doença e redução da ansiedade em relação às suas complicações. A espiritualidade e a religiosidade funcionam como estratégias de coping, promovendo melhor adaptação psicológica diante do estresse causado pela condição crónica. A fé, a oração e a participação em rituais religiosos parecem oferecer conforto, esperança e uma sensação de controlo, mesmo em situações de incerteza como o diagnóstico do diabetes.

No que concerne a variável renda familiar, os resultados da pesquisa demonstram que, a maior parte dos pacientes diabéticos como é o caso de PD1, PD2, PD3, PD5, PD6, PD7, PD8 e PD10 entrevistados relataram que possuíam renda baixa. Este factor leva ao entendimento que quando o paciente diabético apresenta renda baixa pode ter dificuldade de acesso a recursos adequados para o manejo da doença, como medicamentos, consultas regulares e

suporte social, o que amplifica o impacto emocional e psicológico do diagnóstico. Facto este que corrobora com abordagem de Santos (2020:42), pacientes com renda familiar mais baixa apresentam maior vulnerabilidade a transtornos psicológicos, como ansiedade, depressão e estresse relacionado à doença, a baixa renda pode limitar o acesso a informações sobre o diabetes e práticas saudáveis, o que pode contribuir para uma melhor adaptação psicológica ao diagnóstico, reduzindo o risco de transtornos como a depressão.

Em relação a variável ocupação, os resultados indicam que a maior parte dos pacientes diabéticos eram domésticos ou actuavam em ocupações informais isso pode levar ao níveis mais elevados de ansiedade, estresse e sintomas depressivos em comparação com aqueles que mantinham vínculos empregados estáveis no caso de pacientes diabéticos PD2, PD3, PD4, PD8 e PD9. Este pensamento corrobora com os achados de Araújo (2021:65), refere que a instabilidade no emprego ou ausência de trabalho como serviços domésticos ou comércio ambulante o que pode contribuir para sentimentos de insegurança, baixo auto-estima e maior vulnerabilidade a transtornos mentais, como ansiedade e depressão. Pacientes que exercem ocupação em áreas afins apresentam maior nível de estresse. A ocupação exerce um papel proactivo importante contra o sofrimento psíquico, não apenas pelo factor económico, mas também pela estrutura que oferece a vida diária, ausência destas dimensões gera sofrimento psicológico.

Os depoimentos dos participantes PD3, PD6, PD8, PD9 e PD10 evidenciam um entendimento comum sobre a diabetes como uma doença crónica relacionada ao aumento de açúcar no sangue, com destaque para causas genéticas, hábitos alimentares e a necessidade de controlo contínuo. As falas revelam uma percepção correcta, ainda que simplificada, dos principais aspectos da condição, especialmente no que se refere à hiperglicemia persistente e à sua natureza incurável, porém manejável, como citado por pacientes diabéticos PD4 e PD5. Estes pensamentos entram em concordância com Nascimento (2018:43), que refere que a diabetes é compreendido popularmente como “a doença do açúcar”, e essa percepção, embora limitada, reflecte uma interpretação prática da fisiopatologia da doença baseada em suas manifestações mais visíveis. O autor também destaca que o saber popular sobre a diabetes está enraizado em experiências familiares e vivências comunitárias, o que se confirma nas respostas que remetem à hereditariedade e aos desafios do quotidiano para lidar com a condição.

Com o resultado da pesquisa percebe-se que, as respostas dos pacientes diabéticos PD1 e PD10, revelam que a descoberta do diagnóstico de diabetes ocorreu, na maioria dos casos, de forma reactiva, ou seja, motivada por sintomas ou eventos adversos à saúde. Alguns pacientes diabéticos PD2, PD6 e PD9, descobriram a doença através de exames laboratoriais ou consultas médicas que, embora motivadas por outras queixas (como mioma em P6), permitiram o diagnóstico. Outros pacientes diabéticos PD3, PD4, PD5, PD7 e PD8, relataram sintomas característicos da hiperglicemia, como sede intensa, emagrecimento inexplicado, tonturas, dores de cabeça, e micção frequente. Estes facto entra em conformidade com Silva (2020:55), onde afirma que a maior parte dos pacientes descobrem que tem a diabete quando a condição do esta de saúde manifestam sintomas clássicos como sede excessiva, perda de peso e cansaço, enquanto que outras descobrem durante o diagnostico incidental, durante exames de rotina ou em consultas relacionadas a outras queixas, devido a intensidade dos sintomas agudas que motivam a busca imediata por atendimento medico.

Os dados da pesquisa revelam que após receber o diagnóstico de diabetes, onde muitos pacientes diabéticos como PD1, PD3, PD4 e PD9 expressaram choque, medo ou dificuldade de aceitação, o que evidencia o impacto psicológico imediato do diagnóstico. Outros pacientes diabéticos, como é o caso de PD5, PD6 e PD7, manifestaram sentimentos de tristeza, frustração e impotência, o que destaca o conflito entre o autocuidado prévio e o diagnóstico inesperado. Este facto entra de acordo com argumento de Assunção (2021:67), ressalta que “o diagnóstico da diabete pode desencadear um processo de luto, no qual o indivíduo vivencia negação, raiva, tristeza e, eventualmente, aceitação. De acordo com Souza e Santos (2020:30), referem que "o diagnóstico da diabetes provoca, na maioria das vezes, um impacto emocional significativo, exigindo do indivíduo uma reorganização de sua rotina e hábitos, o que pode gerar ansiedade e até sintomas depressivos".

Em relação o que mudou na vida após o diagnostico de diabete, os resultados demonstram transformações profundas nos hábitos de vida, especialmente em relação à alimentação equilibrada e à adopção de comportamentos mais saudáveis após o diagnóstico como a pratica de actividades físicas virou parte. Onde este argumento é sustentado por Cançado (2020:45), refere que, o diagnóstico da diabete impõe uma série de mudanças nos hábitos alimentar e comportamental dos indivíduos, exigindo disciplina, autocontrolo e apoio familiar e profissional para garantir adesão ao tratamento e qualidade de vida. Entre as principais alterações, destacam-se a adopção de uma alimentação mais equilibrada, e a pratica

regular de actividades físicas, o uso continuo de medicamentos e o monitoramento frequente da glicemia.

No que tange a percepção dos pacientes em relação a diabete, os resultados da pesquisa demonstram que muitos pacientes ainda possuem um entendimento limitado sobre o diabete, muitos associam o diabete apenas ao consumo excessivo de açúcar e a importância do controlo glicémico continuo. Muitos pacientes associaram a doença a limitações, medo de complicações futuras e mudanças permanentes na rotina. Outros, com maior suporte e conhecimento, vêem o diagnóstico como um alerta para o autocuidado e uma chance de melhorar os hábitos de vida. Estudo de Silva (2020:23), aponta que a falta de informação e a baixa escolaridade contribuem significativamente para as percepções equivocadas sobre a doença e em compreender a gravidade da doença e a importância das mudanças no estilo de vida, o que pode levar a resistência ao uso continuo de medicamentos e a não adopção de hábitos saudáveis, como a pratica regular de exercícios e alimentação balanceadas.

Com os dados obtidos na pesquisa, em relação o que você tem feito para lidar com o diabete com os depoimentos dos participantes mostram que a maioria adopta acções voltadas ao controlo da alimentação, à prática de exercícios físicos e ao uso da medicação, conforme orientações médicas. Esses achados estão em consonância com estudo de Colberg (2016:37), refere que exercício físico regular é uma das intervenções mais recomendada para pessoas com diabetes. A alimentação equilibrada é um dos pilares do tratamento, pois influencia directamente no controlo glicémico e na prevenção de complicações, estas estratégias contribuem na melhoria dos pacientes com o diagnóstico de diabetes.

Em relação as dificuldades relacionadas a doença enfrentadas pelos pacientes diabéticos, os resultados obtidos na pesquisa levam a perceber que a maioria relatou sintomas e condições de saúde como a hipertensão arterial PD1, sangramentos por mioma PD6, e complicações visuais como cegueira PD8. A ansiedade relacionada à saúde futura referido pelo paciente (PD4). Os depoimentos de PD5 e PD7 enfatizam os custos associados ao tratamento, destacando que tanto os medicamentos quanto a alimentação adequada demandam investimento financeiro. O estudo realizado por Silva (2020:83), aponta que, os pacientes com diabete enfrentam diversas dificuldades no quotidiano, que vai além do controlo glicémico, estas dificuldades envolvem aspectos psicológico, dificuldades no cuidado, sociais e aspectos socioeconómico, complicações associadas ao diabetes. Os pacientes com diabetes

experimentam um ciclo de sintomas que afectam tanto o corpo quanto o comportamento relacionado à saúde, que exige cuidados médicos contínuos.

No que concerne na partilha de outras informações, os resultados da pesquisa revelam que a falta de confiança ou intimidade com o processo de pesquisa – alguns participantes podem ter se sentido inseguros ou não preparados para compartilhar aspectos pessoais, mesmo quando convidados a fazê-lo. De acordo com Minayo (2014:23), o silêncio e as evasivas em entrevistas qualitativas não devem ser vistos apenas como falta de conteúdo, mas como expressões simbólicas que revelam aspectos da cultura, das relações de poder e da própria percepção dos participantes sobre o seu papel na pesquisa. Em muitos casos, o não dito também comunica e comunica muito.

5.1. Perfil Sintomatológico dos Resultados dos Pacientes Diabéticos do Teste SCL- 90-R

Com base nos resultados do teste SCL-90-R aplicados em pacientes diabéticos, observou-se um perfil sintomatológico relevante para a compreensão do impacto psicológico da diabetes.

Os resultados indicam presença de sintomas somáticos em sete dos dez pacientes diabéticos PD1, PD2, PD4, PD5, PD6, PD7 e PD9. A somatização está relacionada à manifestação física de desconfortos psicológicos, como dores, fadiga ou disfunções corporais sem explicação médica aparente. De acordo com Derogatis e Cleary (1977:141), este factor está associado à expressão somática de ansiedade e depressão, sendo comum em contextos de sofrimento emocional crónico.

Na dimensão obsessivo-compulsivo, os resultados da pesquisa evidenciam que seis pacientes diabéticos PD1, PD2, PD3, PD4, PD6 e PD8, apresentaram sintomas relacionados à rigidez cognitiva, pensamentos intrusivos, e comportamentos repetitivos. Estes resultados corroboram os estudos de Arruda e Silva (2018:33), que apontam o traço obsessivo-compulsivo como um factor relevante em populações sob altos níveis de estresse, especialmente em ambientes académicos ou laborais exigentes.

Na categoria sensibilidade interpessoal, os resultados revelam que cinco pacientes diabéticos PD3, PD7, PD8, PD9 e PD10, demonstraram dificuldades de interacção, sensações de inferioridade e insegurança nas relações interpessoais. Segundo Derogatis (1994:47), esse domínio reflecte desconforto com a percepção de rejeição e sentimentos de inadequação,

frequentemente associados a baixa auto-estima. A sensibilidade interpessoal elevada pode indicar experiências anteriores de exclusão, crítica constante ou estilos de apego inseguros (Mikulincer e Shaver, 2007:23).

No que tange aos sintomas depressivos, os dados da pesquisa mostram que seis dos dez pacientes diabéticos PD1, PD2, PD3, PD4, PD8 e PD10, apontaram para sinais como humor deprimido, anedonia, e sentimento de inutilidade. Esta prevalência é preocupante, pois a depressão é uma das principais causas de incapacitação funcional (OMS, 2023:70). A correlação entre depressão e outras dimensões como ansiedade e hostilidade é esperada, uma vez que essas condições frequentemente coexistem (APA, 2022:28).

Tal como os dados da pesquisa revelam, a ansiedade esteve presente em seis dos dez pacientes diabéticos, sendo um dos domínios mais frequentes no grupo. Os sintomas incluem tensão, medo irracional e preocupação excessiva. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2022:33), níveis elevados de ansiedade podem afectar negativamente o desempenho cognitivo, a regulação emocional e o comportamento adaptativo. A elevada incidência de ansiedade pode estar relacionada a factores ambientais estressores, expectativas externas ou falta de suporte psicossocial.

Com base nos resultados da pesquisa afirma-se que a presença de sintomas de hostilidade foi identificada em oito pacientes diabéticos (PD1, PD2, PD3, PD5, PD6, PD7, PD8 e PD10). Este factor envolve sentimentos de raiva, irritabilidade e agressividade, podendo ser tanto internalizados quanto externalizados. Segundo Derogatis (1994:42), níveis elevados de hostilidade são indicadores de conflitos interpessoais não resolvidos ou sentimentos de frustração contínuos.

Os resultados da pesquisa evidenciaram que seis pacientes diabéticos (PD1, PD2, PD3, PD6, PD8 e PD10), apresentaram a sintomatologia ansiedade fóbica. Este domínio se refere a medos irracionais diante de situações específicas, frequentemente associados à evitação. Facto este que entra de acordo com Beesdo-Baum (2012:63), refere que fóbicas específicas ou sociais podem limitar o funcionamento em contextos educacionais, profissionais ou sociais.

Os dados apontaram a presença de ideação paranóide em nove dos dez pacientes diabéticos (todos, excepto PD8). Isto sugere uma tendência a interpretar o comportamento dos outros como ameaçador ou persecutório, o que pode estar relacionado a experiências

traumáticas, relações interpessoais disfuncionais ou elevado nível de desconfiança geral (Freeman, 2019:20).

Os resultados revelaram que todos os pacientes diabéticos (PD1 a PD10) apresentaram sintomas. Portanto, o psicoticismo no SCL-90-R não se refere necessariamente a quadros psicóticos clássicos, mas a experiências dissociativas, isolamento social, pensamentos mágicos e comportamentos excêntricos. Tal como refere Derogatis (1994:54), a presença de psicoticismo em todos os casos pode indicar uma percepção alterada da realidade ou estilos cognitivos não usuais, ainda que não clinicamente significativos.

Capítulo VI

6. Conclusão

O estudo pretendia saber: Qual era o impacto psicológico da diabetes em pacientes de 45 à 60 anos de idade. Entretanto, evidenciou-se que o impacto psicológico do diagnóstico de diabetes é multifactorial e está intimamente ligado às variáveis pessoais e sociais dos pacientes. Observou-se que a idade, o sexo, o estado civil, o nível de escolaridade, a religião, a renda familiar e a ocupação influenciam directamente na forma como os indivíduos percebem, enfrentam e lidam com a doença.

No que tange ao primeiro objectivo que consistia em identificar os sinais e sintomas psicológicos apresentados por pacientes de 45 à 60 anos de idade ao receberem o diagnóstico de diabetes averiguou-se que pacientes diabéticos apresentam um perfil sintomatológico psicológico significativo, reflectindo o impacto emocional do diagnóstico, que envolvendo sinais e sintomas psicológicos marcantes, como somatização, ansiedade, depressão, hostilidade, sensibilidade interpessoal e sintomas obsessivo-compulsivos que se destaca com uma vivência psicológica complexa da doença, marcada por sofrimento emocional persistente de reacções adversas ao diagnóstico.

Quanto ao segundo objectivo que consistia em avaliar os aspectos emocionais e comportamentais dos pacientes de 45 à 60 anos de idade, foi possível compreender que o diagnóstico de diabetes representa, para muitos, um momento de forte impacto psicológico, frequentemente marcado por aspectos emocionais como medo, negação, tristeza e sensação de impotência. Estes aspectos são, muitas vezes, seguidas por esforços adaptativos que exigem mudanças drásticas no estilo de vida que incluem comportamentos alimentares, prática de exercícios físicos e adesão ao tratamento medicamentoso. Entende-se que as mudanças comportamentais nem sempre ocorrem de forma linear ou estável, estando frequentemente condicionadas a factores emocionais, sociais e económicos.

Em relação ao terceiro objectivo que se destacava em descrever o impacto psicológico da diabetes em pacientes de 45 à 60 anos de idade. Ficou evidente que tanto nas reacções imediatas ao diagnóstico quanto nas dificuldades crónicas enfrentadas ao longo do tempo. Viver com a diabetes vai além dos sintomas físicos, revelando-se como uma experiência marcada por insegurança, medo do futuro, pressão pelo autocontrolo e desafios emocionais

que, quando não adequadamente acompanhados, causam impactos psicológicos complexos como a depressão, a ansiedade generalizada e alterações no funcionamento social.

No que tange ao quarto objectivo, que visava propor directrizes de intervenção psicológica para mitigar os impactos psicológicos da diabetes em pacientes, contemplou-se que as estratégias de mitigação dos impactos psicológicos da diabetes requer uma actuação clínica fundamentada, voltada ao contexto sociocultural dos pacientes e focada em intervenções integrativas que favoreçam não apenas o bem-estar físico, mas também a saúde mental e a qualidade de vida envolvendo estratégias como psicoeducação estruturada e contínua, apoio psicológico individual e grupal, intervenções cognitivas-comportamentais, acompanhamento psicossocial integrado, promoção da saúde emocional e prevenção de agravamentos de sintomas psicológicos e intervenções focadas na auto-estima e nas relações interpessoais.

Diante disto, conclui-se que a diabetes tem impacto psicológico significativo em adultos entre 45 e 60 anos, afecta o equilíbrio emocional, os comportamentos de saúde como a ansiedade, depressão, tristeza, medo, fobias e ideação paranóide. O enfrentamento da doença está fortemente ligado às condições socioeconómicas, culturais e afectivas dos pacientes, e demanda intervenções integradas, tanto no plano clínico quanto psicossocial.

Deste modo propõem-se as seguintes sugestões:

Aos pacientes diabéticos:

- a) Participar de sessões educativas sobre o que é a diabetes, suas implicações e formas de controlo.
- b) Envolver-se em grupos de apoio para partilhar experiências e reduzir o sentimento de isolamento.
- c) Praticar técnicas de relaxamento, como respiração profunda, meditação ou caminhadas conscientes.
- d) Buscar apoio psicológico sempre que sentir tristeza, medo ou raiva em relação ao diagnóstico.

Aos psicólogos clínicos:

- a) Avaliar o impacto emocional do diagnóstico com ferramentas como entrevistas clínicas, escalas de depressão e ansiedade;

- b) Criar planos terapêuticos focados na aceitação da nova condição de saúde;
- c) Aplicar abordagens como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para ajudar a reestruturar pensamentos disfuncionais relacionados ao diagnóstico;
- d) Trabalhar com estratégias de enfrentamento (coping) e resiliência;

Aos pesquisadores

- a) A realização de mais estudos relacionado a diabetes, no âmbito psicológico com vista a trazer a tona conhecimentos sobre o impacto psicológicos que esta doença causa na vida das pessoas.

Referências bibliográficas

- Anderson, RJ, Freedland, KE, Clouse, RE e Lustman, PJ (2001). *A Prevalência da Depressão Comórbida em Adultos com Diabetes: Uma Meta-Análise*. Diabetes.
- Arruda, GD e Silva, LL (2018). *Sintomatologia Obsessivo-Compulsiva em Universitários*. Revista de Psicologia da UNESP, 17(2), 33–45.
- Associação Americana de Diabetes. (2020). *Padrões de Atendimento Médico em Diabetes*. Cuidados com Diabetes, 43 (Suplemento 1), S1-S212. (pág. 72)
- Associação Americana de Psiquiatria (APA). (2022). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR*.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.)*. Arlington, VA: Publicação Psiquiátrica Americana.
- Assunção, A. F., Lima, R. C. A., & Oliveira, A. C. (2021). *Impacto psicológico do diagnóstico de diabetes mellitus: uma revisão integrativa*. Revista de Psicologia da Saúde.
- Barreto, M. L., & Silva, A. R. (2016). *Psicologia e Doenças Crônicas: Desafios e Possibilidades de Intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (p. 91)
- Becker, Howard S. (2007). *Segredos e Truques da Pesquisa*. Rio: Zahar.
- Beesdo-Baum, K., et al. (2012). *A estrutura Diagnóstica dos Sintomas Específicos da Fobia*. Jornal de Transtornos de Ansiedade, 26(3), 263–270.
- Callahan, M.A.; Bauer, M.S. (1999). *Intervenções Psicossociais para Transtorno Bipolar*. Clínicas Psiquiátricas da América do Norte.
- Carvalho (2004), S. S. T. D., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. (2010). *Consequências psicológicas*. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo (Orgs.), *Idosos e saúde mental* (pp.53-70). Campinas, SP: Papyrus.
- Cervo, A. L. & Bervian, P. A. (2002). *Metodologia científica*. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall.

- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2000). *Depressão e diabetes: impacto dos sintomas depressivos na adesão, função e custos*. Arquivos de Medicina Interna.
- Davis W.K., Hess, G.E. e Hiss, R.G. (1988). *Correlatos Psicológicos da Sobrevivência em Diabetes*. Diabetes Care.
- Eren I, Erdi O, Sahin M. (2008). *O efeito da depressão na qualidade de vida de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo II*. Depressão e Ansiedade.
- Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J., Arean, P., Mohr, D., & Masharani, U. (2010). *Depressão Clínica Versus Sofrimento entre Pacientes com Diabetes Tipo 2: Não Apenas uma Questão de Semântica*.
- Fortin, M.F (2003). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. (3^a ed). Decarie editora. Portugal.
- Freeman, D., et al. (2019). *A psicologia da ideação persecutória*. British Journal of Clinical Psychology, 58(1), 1–20.
- Frei Bernardo, O.P (1998). *Aspectos Psicológicos no Comportamento dos Doentes*. Arquivos de Medicina. Italia.
- Fritschi, C. e Quinn, L. (2010). *Diabetes e suas Complicações: Um Guia Clínico*. Nova York: Springer. (p. 89)
- Gatchel, R.J., Baum, A. e Krantz, D.S. (1989). *Uma Introdução à Psicologia da Saúde*. Nova York: McGraw-Hill International Editions.
- Gil, A. C. (2006) *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas.
- Glasgow, R. (1995): *Um Modelo Prático de Gestão e Educação em Diabetes*. Diabetes Care.
- Graue, M., & Wentzel-Larsen, T. (2006). *O Impacto da Diabetes Tipo 1 na Vida Familiar*. Revista Escandinava de Ciências do Cuidado.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2017). *Tratado de Fisiologia Médica* (13^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier. Efeitos do envelhecimento sobre a insulina e o metabolismo.
- Hirsch, I. B. e Gabbay, R. A. (2014). *Complicações da Diabetes e seu Manejo*. Diabetes Spectrum.

- Holmes, CS (1986): *Perfis Neuropsicológicos em Homens com Diabetes Insulino-Dependente*. Revista de Consultoria e Psicologia Clínica.
- Hu, FB (2011). *Epidemiologia da Obesidade (2ª ed.)*. Imprensa da Universidade de Oxford. Página 4: Relação entre Histórico Familiar e Risco de Diabetes Tipo 2.
- Jeammet P, Reynaud M, Consoli S(1989). *Manual de Psicologia Médica*. São Paulo: Editora Masson do Brasil.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (2017) *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Kumar, V.; Day, G. S.(2004). *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas.
- Laville, C.; Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMG.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M., Carney, R. M. e Clouse, R. E. (2000). *Depressão e Controle Glicêmico Inadequado: Uma Revisão Meta-Analítica da Literatura*. Diabetes Care.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S. e Clouse, R.E. (1997). *Depressão em Adultos com Diabetes: Resultado de um estudo de acompanhamento de 5 anos*. Diabetes Care.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2018). *Anatomia e Fisiologia (9ª ed.)*. São Paulo: Pearson. Página 1035: Efeitos da obesidade visceral na resistência à insulina.
- Méndez, F. X.; Olivares, J.; & Ros, M. C. (2005). *Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência*. In V. E. Caballo & M. A. Simón, Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos gerais. São Paulo, SP: Santos.
- Metelo (2009). *A intervenção e Avaliação Psicológica Desenvolvida na Unidade de Desabilitação do Alegre*. Brasil.
- Mikilincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Apego na Vida Adulta: Estrutura, Dinâmica e Mudança*. Guilford Press.
- Nascimento, E. R. (2018). *Saberes populares sobre o diabetes mellitus: significados e cuidados*. Revista de Enfermagem.

- OMS. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10*. Editora Artmed, Porto Alegre.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2004). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. 10. ed. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2016). *Relatório Global sobre Diabetes*. Genebra: Imprensa da OMS.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2023). *Relatório Global sobre Diabetes*. Genebra: OMS. Influência da dieta e do estilo de vida urbano na prevalência da diabetes.
- Peres DS, Santos MA, Zanetti ML, et al. *Dificuldades de pacientes diabéticos no controle da doença: sentimentos e comportamentos*. Rev Lat Am Enfermagem.
- Rodrigues, FJC, Costa, FG, Moura, LS, Pinto, B, Gomes, L, Carvalheiro, M & Ruas (1997). *Incidência de Diabetes Tipo 1 (Insulino-Dependente) na Infância em Coimbra, Portugal*. Diabetes Nutrition & Metabolism.
- Rodrigues, T. M., Santos, M. C., & Almeida, R. M. (2017). *Intervenções Psicológicas no Cuidado ao Paciente com Diabetes: Revisão Sistemática*. Psicologia em Revista.
- Selltiz, C.; Wrightsman, L. S.; Cook, S. W. (1965). *Métodos de Pesquisa das Relações Sociais*. São Paulo: Herder.
- Silva, A. F., Gomes, M. M. F., & Lima, L. M. (2015). *Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicada ao Tratamento de Doenças Crônicas*. Revista Psicologia e Saúde
- Silva, G. F., Ramos, J. A., & Nogueira, B. T. (2020). *Sintomas persistentes e adesão ao autocuidado em pacientes com doenças crônicas*. Cadernos de Saúde Coletiva.
- Silva, I. L. (2010). *Psicologia da Diabetes* (2ª ed.). Placebo Editora. Stevenson (1981:52), *Métodos e Universo*. Styl América.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2019). *Directrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. São Paulo: A.C. Farmacêutica. (p. 45)
- Triola, M.F. (1999) *Introdução a Estatística e Amostra*. 7ª. Ed. Rio de Janeiro. LTC.

Wallander, J, Varni, J & Col. (1988): *Crianças com Distúrbios Físicos Crônicos: Relatos Maternos de Seu Ajustamento Psicológico*. Revista de Psicologia Pediátrica.

Wright, L. (1967): *O Psicólogo Pediátrico: Um Modelo a Seguir*. Psicólogo americano.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman.

Sites Acessados

Equipe Editorial de Conceito.de. (3 de Fevereiro de 2011). Atualizado em 23 de Março de 2020. *Diagnóstico - O que é, conceito e definição*. Conceito.de. <https://conceito.de/diagnostico>.

Filipe, V. M. F. (2016). *Satisfação das crianças / jovens na consulta de diabetes: influência das variáveis clínicas* [Dissertação de Mestrado, Instituto superior politécnico de Viseu]. Repositóriodoinstitutopolitécnicodeviseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3171/1/VeraMonicaFerrazFilipe%20DM.pdf>.

Lourenzo, E. J. (2018). *Lidando com o Diabetes - Aspectos psicológicos*. Revista Saúde. <https://rsaude.com.br/bauru/matéria/lidando-com- aspectos psicológicos/1657>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2023). *Depressão*. Recuperado de <https://www.who.int>

Apêndices

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu, _____, abaixo, assinado, declaro que aceito à participar no estudo cujo título é “Impacto Psicológico do Diagnóstico da Diabetes em Pacientes de 45 à 60 Anos de Idade no Hospital Geral de Quelimane I Semestre de 2025, Zambézia”, Como sujeito. Declaro também que fui explicado (a) sobre os procedimentos do estudo e como deverá ser feita a minha participação, informações que contribuíram para minha ponderação e posterior decisão em integrar o presente estudo.

Fui devidamente explicado (a) que sou livre de participar ou não da investigação ou ainda, se eu pretender desistir a qualquer momento se assim o deseja, não haverá nenhum constrangimento e a minha identidade será preservada.

Fui informado (a) que se desejar qualquer outro esclarecimento, poderei contactar a e investigadora pelo número.

Sendo assim, aceito por minha livre espontânea vontade participara na pesquisa e concedo a investigadora o direito de me entrevistar.

Foram também explicados os objectivos, os riscos e benefícios, voluntariedade da minha participação e foram me dadas garantias de confidencialidade que obriga a pesquisadora a manter sigilo sobre a minha identidade. Assim, declaro que concordo voluntariamente em participar deste estudo, contudo, salvaguardando a possibilidade de retirar o meu consentimento a qualquer altura, antes, ou durante o mesmo, sem penalidades.

Pesquisadora

O/A participante

Maria Luísa Joaquim Mulando

Quelimane aos ____/____ de 2025

Apêndice 2

Guião de Entrevista Semi-Estrutura Somente para Pacientes de 45 à 60 Anos de Idade Diagnosticado com a Diabete no Hospital Geral de Quelimane

Código _____

Dados Demográficos

1. Idade _____ (anos) 2. Sexo _____ 3. Estado Civil _____
3. Nível de escolaridade _____ 4. Religião _____
5. Renda Familiar _____ 6. Ocupação _____

Questões de Conhecimento

1. O que entende sobre a diabete?

2. Quando é que você descobriu que é diabético/a?

3. Após ser diagnosticado diabético (a) como você se sentiu?

4. Após você descobrir a doença o que mudou na sua vida?

5. O que você pensa sobre a diabetes?

6. O que você tem feito para lidar com o diabete?

7. Quais são as dificuldades relacionadas a doença que você enfrenta no dia-a-dia?

8. Tem algo que não foi abordado e achas importante partilhar com nós?

= Fim =

Obrigada pelo tempo reservado

Anexos

SCL-90-R

Questionário de 90 sintomas

O presente questionário faz parte da sua história clínica e está sujeito a estrito sigilo

INSTRUÇÕES

Leia atentamente a lista que apresentamos nas seguintes páginas. São problemas e incómodos que quase todas as pessoas sofrem alguma vez. Pense se a si lhe aconteceram nas últimas semanas, incluindo hoje.

Na sua Folha de Respostas rodeie com um círculo o **zero (0)** se não teve esse incómodo; o **um (1)** se esteve um pouco presente; o **dois (2)** se esteve moderadamente; o **três (3)** se esteve bastante e o **quatro (4)** se esteve muito ou extremamente.

SCL-90-R Symptom Checklist-90-R

1	Dores de cabeça
2	Nervosismo ou agitação interior
3	Pensamentos, palavras ou ideias não desejadas que não saem da sua mente
4	Sensações de desmaio ou enjoo
5	Perda de desejo ou de prazer sexual
6	Ver as outras pessoas de maneira negativa, encontrar sempre falhas
7	A ideia de que outra pessoa possa controlar os seus pensamentos
8	A impressão de que a maioria dos seus problemas são culpa dos outros
9	A dificuldade para recordar as coisas
10	Preocupação acerca da falta de azeio, descuido ou desorganização
11	Sentir-se facilmente incomodado, irritado ou zangado
12	Dores no coração ou no peito
13	Sentir medo dos espaços abertos ou na rua
14	Sentir-se com falta de energia ou em baixo
15	Pensamentos suicidas, ou ideias de acabar com a sua vida
16	Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem
17	Tremores
18	A ideia de que não se pode confiar nas outras pessoas
19	Falta de apetite
20	Chorar facilmente
21	Timidez ou desconforto perante o sexo oposto
22	Sensação de estar preso ou encerrado
23	Ter medo de repente e sem razão
24	Acessos de cólera ou ataques de fúria que não consegue controlar
25	Medo de sair de casa sozinho
26	Culpar-se a si mesmo de tudo o que acontece
27	Dores na parte de baixo das costas
28	Sentir-se incapaz de fazer as coisas ou terminar as tarefas
29	Sentir-se sozinho
30	Sentir-se triste
31	Preocupar-se demasiado com tudo
32	Não sentir interesse por nada
33	Sentir-se receoso
34	Ser demasiado sensível ou sentir-se magoado com facilidade
35	A impressão de que os outros se dão conta do que está a pensar
36	A sensação de que os outros não o compreendem ou não lhe dão importância
37	A impressão de que as outras pessoas são pouco amigáveis ou que não gostam de si
38	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter a certeza de que as faz bem
39	Que o seu coração palpita ou bata muito depressa
40	Náuseas ou mal-estar no estômago
41	Sentir-se inferior aos outros
42	Dores musculares
43	Sensação de que as outras pessoas olham para si ou falam de si
44	Dificuldade para conciliar o sono
45	Ter que verificar uma e outra vez tudo o que faz
46	Dificuldade para tomar decisões

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE

Versão exclusivamente para investigação. Adaptação de Pagere Pagere – Laboratório de Psicologia
Universidade Politécnica – A POLITÉCNICA – Quelimane – Moçambique

SCL-90-R *Symptom Checklist-90-R*

47	Sentir medo de viajar de carro, autocarro, chapa ou comboio
48	Falta de ar ou dificuldade para respirar
49	Calafrios, sentir calor ou frio de repente
50	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe metem medo
51	Ficar com a mente em branco
52	Entorpecimento ou formigueiro em alguma parte do corpo
53	Sentir um nó na garganta
54	Sentir-se sem esperança em relação ao futuro
55	Ter dificuldades para concentrar-se
56	Sentir-se fraco em alguma parte do corpo
57	Sentir-se tenso ou com os nervos à flor da pele
58	Sentir os braços ou as pernas pesadas
59	Ideias sobre a morte ou sobre morrer
60	Comer demasiado
61	Sentir-se incomodado quando as pessoas olham para si ou falam de si
62	Ter pensamentos que não são seus
63	Sentir o impulso de bater, brigar ou fazer mal a alguém
64	Acordar de madrugada
65	Impulsos de ter que fazer as coisas de maneira repetida (tocar algo, lavar-se...)
66	Sono inquieto ou perturbado...
67	Ter vontade de partir ou atirar com as coisas
68	Ter ideias ou crenças não partilhadas pelos outros
69	Sentir-se muito coibido ou envergonhado entre outras pessoas
70	Sentir-se incomodado entre muita gente, por exemplo, no cinema, nas lojas, etc
71	Sentir que tudo exige um grande esforço
72	Ataques de terror ou pânico
73	Sentir-se incomodado quando come ou bebe em público
74	Ter discussões frequentes
75	Sentir-se nervoso quando fica sozinho
76	Que os outros não reconheçam adequadamente os seus méritos
77	Sentir-se sozinho ainda que esteja com mais pessoas
78	Sentir-se tão inquieto que não consegue estar sentado tranquilamente
79	A sensação de ser inútil ou não valer nada
80	Pressentimentos de que vai acontecer algo de mau
81	Gritar ou atirar coisas
82	Ter medo de desmaiar em público
83	A impressão de que as pessoas tentariam aproveitar-se de si, se o permitisse
84	Ter pensamentos sobre sexo que o inquietam bastante
85	A ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou pelos seus erros
86	Pensamentos ou imagens assustadoras ou que metem medo
87	A ideia de que algo grave está mal no seu corpo
88	Sentir-se sempre distante, sem sensação de intimidade com nada
89	Sentimentos de culpa
90	A ideia de que alguma coisa anda mal na sua mente

FIM DA PROVA. VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS.