

Lócus de controle em saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus tipo 2

LOCUS OF CONTROL IN HEALTH AND SELF-ESTEEM IN TYPE-2 DIABETIC PATIENTS

LOCUS DE CONTROL EN SALUD Y AUTOESTIMA EN PACIENTES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Fernanda Silva Fuscaldi¹, Alessandra Cristina Sartore Balsanelli², Sonia Aurora Alves Grossi³

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo relacionar os escores obtidos pela aplicação das escalas de lócus de controle da saúde e autoestima com variáveis sócio-demográficas, clínicas, fatores de risco e complicações crônicas em 65 portadores de diabetes mellitus do tipo 2. Trata-se de um estudo descritivo transversal onde foram utilizados, para a análise estatística, os testes de Qui-quadrado de Pearson, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e de Correlação de Spearman. Em relação ao lócus de controle, os pacientes apresentaram, em média, maiores escores na dimensão interna, sendo que as mulheres demonstraram maior externalidade-ao acaso para a saúde. Relações estatisticamente significativas foram encontradas entre internalidade com tempo de diagnóstico e atividade física; entre externalidade-outras poderosas com hemoglobina glicada e atividade física e entre externalidade-ao acaso com a prática de atividade física. A autoestima foi alta na maioria dos indivíduos, porém não se relacionou estatisticamente a nenhuma variável.

DESCRIPTORIOS

Diabetes mellitus tipo 2
Escalas
Controle
Autoimagem

ABSTRACT

The objective of this study was to relate the scores obtained with the application of the scales of locus of control of health and self esteem with socio-demographic and clinical variables, risk factors and chronic complications in 65 patients with type-2 diabetes mellitus. This is a descriptive cross-sectional study. Statistical analysis was performed using Pearson's chi-square, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Spearman's Correlations tests. Regarding the locus of control, in average, patients presented higher scores in the internal dimension, and women showed more externality-at random for health. Statistically significant relationships were found between internality with time of diagnosis and physical activity; between externality-other powerful entities with glycated hemoglobin and physical activity; and between externality-at random with practice of physical activity. Most individuals has high self-esteem, but no variable was statistically related.

DESCRIPTORS

Diabetes mellitus, type 2
Scales
Control
Self-concept

RESUMEN

El estudio objetivó relacionar los puntajes obtenidos por aplicación de escalas de locus de control de salud y autoestima con variables sociodemográficas, clínicas, factores de riesgo y complicaciones crónicas en 65 pacientes de diabetes mellitus tipo 2. Estudio descriptivo transversal, fueron utilizados para el análisis estadístico las pruebas de Qui-cuadrado de Pearson, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y de Correlación de Spearman. En relación al locus de control, los pacientes presentaron en promedio mayores puntajes en la dimensión interna, siendo las mujeres quienes demostraron mayor externalidad al acaso para la salud. Relaciones estadísticamente significativas fueron encontradas entre internalidad con tiempo de diagnóstico y actividad física, entre externalidad-otros poderosos con hemoglobina glicosilada y actividad física y entre externalidad al acaso con práctica de actividad física. La autoestima fue alta en la mayoría de los individuos, sin embargo no se relacionó estadísticamente a ninguna variable.

DESCRIPTORIOS

Diabetes mellitus tipo 2
Escalas
Control
Autoimagen

¹ Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. fefuscaldi@usp.br ² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. alesartore@usp.br ³ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. sogrossi@usp.br

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença crônica não transmissível, que apresenta crescentes taxas de prevalência e incidência no Brasil e no mundo e por isso tornou-se uma grave questão de saúde pública⁽¹⁾. A doença caracteriza-se por uma hiperglicemia crônica, decorrente da produção diminuída ou ausente da secreção de insulina pelo pâncreas e/ou da resistência periférica à ação da insulina⁽²⁾.

A classificação etiológica da doença é definida em quatro subgrupos: o Diabetes Mellitus tipo1 (DM1), o Diabetes Mellitus tipo2 (DM2), outros tipos de diabetes e Diabetes Mellitus Gestacional⁽³⁻⁴⁾.

O DM2 apresenta-se de forma lenta e progressiva, ocorre geralmente em adultos e é referido como diabetes latente auto-imune do adulto⁽⁴⁾. Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina⁽²⁾. A maioria dos pacientes tem excesso de peso⁽³⁾. O diagnóstico, em 85% a 90%, é feito a partir dos 40 anos de idade, embora possa ocorrer mais cedo e raramente em adolescentes⁽⁴⁾. O controle glicêmico inadequado ao longo da vida precipita o aparecimento e agravamento das complicações crônicas da doença que incluem a macroangiopatia, a microangiopatia e as neuropatias periféricas e autonômicas.

Os controles adequados da glicemia e da pressão arterial reduzem o custo médico-social em virtude do alto índice de hospitalizações e do risco para futuras complicações como doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, insuficiência vascular periférica, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, insuficiência renal crônica e acidente vascular cerebral⁽⁵⁻⁶⁾.

O controle metabólico ao longo da vida não é fácil, pois o diabetes é uma doença imprevisível e cada pessoa responde de maneira diferente ao tratamento⁽⁷⁾. A educação na assistência em diabetes se constitui um importante recurso para o controle da doença, mas não garante e nem sempre contribui para melhora nos níveis glicêmicos dos pacientes⁽⁸⁾. Educar pessoas para conviver com uma doença crônica implica na avaliação de aspectos psicossociais (crenças, auto-eficácia, locus de controle, autoestima, prontidão para mudanças, entre outros), na busca de suporte social e no ensino de habilidades de enfrentamento necessárias para o manejo do diabetes nas mais variadas situações.

Dentre os aspectos psicossociais envolvidos no manejo de doenças crônicas, o construto locus de controle vem sendo estudado há muitos anos. O estudo de locus de controle foi inicialmente formulado por Rotter ao longo dos anos 50 na teoria de aprendizagem social. O autor

afirma que a probabilidade de um comportamento específico ocorrer numa dada situação é função da expectativa desse comportamento levar à obtenção de um reforço (estímulo comportamental), bem como, do valor do reforço para o sujeito.

Locus de controle é um conceito dinâmico que explica e descreve as crenças, mais ou menos estáveis, a partir das quais o indivíduo estabelece a fonte de controle dos eventos e do seu próprio comportamento⁽⁹⁾.

Essas fontes incluem externalidade/sorte, externalidade/outros e internalidade. A partir do processo de aprendizagem social os indivíduos tornam-se capazes de perceber a fonte de origem e controle dos acontecimentos que vivenciam. Esta percepção é denominada locus de controle⁽⁹⁾.

Quando um reforço é percebido pelo sujeito como não sendo contingente às suas ações, então, é atribuído ao acaso, à sorte, ao destino ou dependente do poder de outros poderosos, ou ainda como imprevisível, devido à grande complexidade dos fatores envolvidos. Quando um acontecimento é interpretado desta forma por uma pessoa, designa-se como uma crença num controle externo. Se a pessoa percebe que este acontecimento (reforço) é contingente ao seu comportamento ou depende de características suas estáveis, então se designa esta crença como controle interno⁽¹⁰⁾.

O conceito de locus de controle foi aplicado à saúde na década de 90 por Wallston, o qual desenvolveu instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde ou a sua doença como controlados por eles próprios, pelo acaso ou por outros significativos.

O construto locus de controle é concebido como uma variável multidimensional. As crenças externas podem dividir-se em expectativas de acaso (o reforço seria determinado pela sorte, pelo destino) e expectativas que os reforços seriam dependentes da ação de *outros poderosos* (como a família, os professores ou os médicos). Os sujeitos que acreditam que *outros poderosos* controlam as suas vidas podem agir de forma diferente dos que acreditam que os acontecimentos das suas vidas surgem de forma caótica e imprevisível⁽¹¹⁾.

O conceito de locus de controle foi aplicado à saúde na década de 90 por Wallston, o qual desenvolveu instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde ou a sua doença como controlados por eles próprios, pelo acaso ou por outros significativos⁽¹²⁾.

Observa-se na prática clínica que, em relação a outros aspectos psicossociais, os pacientes que apresentam autoconfiança são mais facilmente convencidos a adotarem comportamentos saudáveis.

A autoestima é considerada uma associação entre autoconfiança e autorespeito e reflete a capacidade das pessoas em entender e lidar com os desafios da vida, e é revelada por meio dos sentimentos e comportamentos.

Avaliar tal característica em portadores de DM pode esclarecer para a equipe de saúde o quanto esse indivíduo está preparado para lidar com o diagnóstico e o tratamento de uma doença que lhe é explicada como sendo sem cura e degenerativa. A informação sobre a autoestima do paciente pode se tornar um instrumento para a equipe, na educação para o diabetes, já que a maior parte do tempo o tratamento é realizado pelo próprio paciente⁽¹³⁾.

Atualmente, não se encontram trabalhos acerca do tema, envolvendo indivíduos portadores de DM, locus de controle em saúde e autoestima. Assim, justifica-se este estudo que pretende não só relacionar características clínicas do portador de DM, mas levar em consideração a subjetividade em relação ao manejo da doença, pois a avaliação do locus de controle da saúde e da autoestima podem se tornar instrumentos fundamentais na orientação das ações em saúde nos portadores de DM pois podem fornecer subsídios importante para melhor entendimento dos fatores psicossociais envolvidos com as dificuldades no manejo dessa doença crônica.

OBJETIVOS

- Verificar o locus de controle da saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus do tipo 2;
- Avaliar as relações entre as variáveis sócio demográficas, clínicas, fatores de risco e complicações crônicas do diabetes mellitus do tipo 2 com os escores obtidos nas escalas de locus de controle da saúde e autoestima.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal que foi realizado no Ambulatório da Liga de Controle do Diabetes da Disciplina de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Uma amostra de conveniência foi composta por 65 pacientes em tratamento para DM2, que foram entrevistados no período de abril a agosto de 2005.

As variáveis estudadas foram:

- Sócio-demográficas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação.
- Clínicas e Fatores de Risco: tempo de diagnóstico do DM, tratamento utilizado (dieta, medicação via oral e medicação injetável), resultado do último exame de hemoglobina glicada, uso de fumo, ingestão de álcool, realização de atividade física, índice de massa corporal (IMC), presença de hipertensão arterial e dislipidemia.
- Complicações crônicas do DM: presença de complicações macro e microangiopáticas.
- Variáveis psicossociais obtidas pelos escores nas três dimensões da escala de locus de controle de saúde e pelo escore da escala de sentimento de autoestima.

Os dados deste estudo foram obtidos a partir de três instrumentos. O primeiro trata-se de um formulário para coleta de dados sócio-demográficos, clínicos, fatores de risco e complicações crônicas.

O segundo instrumento foi a *Escala para locus de controle da saúde*, traduzida e validada para a língua portuguesa⁽⁹⁾. A validação do instrumento, após aplicação em quatro amostras, foi verificada pela confiabilidade (consistência interna) através do alfa de Cronbach, encontrando-se os valores para a sub-escalas: *internalidade para a saúde* de 0,62 a 0,71; *externalidade-acaso para a saúde* 0,51 a 0,78 e *externalidade-outros poderosos* valores entre 0,62 a 0,67. Essa escala é composta por três sub-escalas, cada uma contendo seis itens, referentes às dimensões: *internalidade para saúde* (itens 1, 6, 8, 12, 13 e 17), onde os escores fornecem o grau em que o sujeito acredita que ele próprio controla o seu estado de saúde; *externalidade – outros poderosos para saúde* (itens 3, 5, 7, 10, 14 e 18) em que os escores fornecem o quanto o indivíduo acredita que outras pessoas ou entidades (médico, enfermeiro, amigos, familiares, Deus, etc.) podem controlar seu estado de saúde e *externalidade – acaso para saúde*, (itens 2, 4, 9, 11, 15 e 16) onde os escores indicam o quanto a pessoa acredita que sua saúde é controlada ao acaso, sem interferência de pessoas ou própria⁽⁹⁾. Os escores para cada dimensão variam de 1 a 5, sendo que para as alternativas de resposta, concordo totalmente soma-se 5, concordo parcialmente soma-se 4, indeciso soma-se 3, discordo parcialmente soma-se 2 e discordo totalmente soma-se 1. O escore obtido nas dimensões será a soma dos itens da sub-escala em questão. A soma dos valores dos itens pertencentes a cada uma das três sub-escalas, representam os escores totais em relação à dimensão de locus da saúde em questão. O valor total obtido de cada sub-escala pode variar entre 6 e 30 e indica que, quanto maior o valor, maior a crença nesta dimensão. A escala é apresentada como única, onde os itens das sub-escalas se intercalaram⁽⁹⁾.

O terceiro instrumento foi a *Escala de sentimento de autoestima* criada a partir de um conjunto de itens originados de várias escalas tradicionalmente utilizadas para medida de autoestima. Essa escala, após tratamentos estatísticos, deu origem a uma versão final composta por 15 itens que apresentaram os maiores coeficientes de correlação e que mais se adaptavam ao objetivo do estudo do autor⁽¹⁴⁾. As possibilidades de respostas do instrumento consistem em *concordo* ou *não concordo* em cada sentença. Para a resposta *concordo* é atribuído um ponto e para a resposta *não concordo* é atribuído zero ponto. Os valores das respostas são somados, sendo que o máximo de pontos possíveis é 15 e o mínimo zero. Quanto maior o escore total, maior o sentimento de autoestima.

A coleta de dados foi realizada a partir do preenchimento dos instrumentos acima descritos. A aplicação dos mesmos foi feita pela pesquisadora, por meio de abordagem dos pacientes que estavam com consultas agendadas

nos dias de coleta, antes ou após as consultas. Os dados clínicos foram obtidos por meio de consulta ao prontuário médico.

Após leitura, o termo de consentimento livre esclarecido foi preenchido e assinado pelos participantes. Foi assumido o compromisso de devolução dos resultados analisados aos participantes e à instituição envolvida. O presente estudo teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº 427/2005).

Para a análise dos dados obtidos foram utilizados os seguintes testes estatísticos. Para distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%), foi aplicado o Teste de Qui-quadrado de Pearson que determinou se a distribuição foi diferente de 5% , ou seja, $p \leq 0,05$. A comparação entre dois grupos realizada através do teste de Mann-Whitney e quando houve mais de dois grupos foi usado o teste de Kruskal-Wallis. Para a correlação de variáveis contínua com semi-contínuas foi utilizado o teste de correlação de Spearman.

RESULTADOS

As características sócio-demográficas da amostra estudada amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas da amostra estudada - São Paulo - 2005

Características	N(%)
Idade	
Média (DP)	61(10,6)
Sexo	
Masculino	24(37)
Feminino	41(63)
Estado civil	
Casado	40(61,5)
Viúvo	10(15,4)
Divorciado	1(1,6)
Solteiro	14(21,5)
Escolaridade	
Analfabeto	6(9,2)
Fundamental incompleto	36(55,4)
Fundamental completo	8(12,4)
Médio incompleto	3(4,6)
Médio completo	6(9,2)
Superior completo	6(9,2)
Atividade profissional	
Sim	43(66,2)
Não	22(33,8)
Renda Familiar	
0 a 3 salários mínimos	29(44,6)
4 a 7 salários mínimos	14(21,6)
Mais que 10 salários mínimos	4(6,1)
Ignorado	18(27,7)

Hábitos de vida e fatores de risco que podem influenciar no estado de saúde dos indivíduos, tais como uso de fumo, etilismo, prática de atividades físicas e a intensidade com que praticam, também foram verificados. Como mostra a Tabela 2, a maioria dos entrevistados não tinha o hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas. A prática de atividade física não era realizada pela maioria, mas um percentual expressivo praticava atividades classificadas como leve (cerca de 30 minutos diários). Além de serem portadores DM, tinham hipertensão arterial sistêmica 49/75, 4% dos pacientes e dislipidemia que foi constatada em 39/60%. Apresentavam complicações crônicas decorrentes da doença 34/52, 3% pacientes, sendo que a frequência de macroangiopatias na amostra foi de 26,1% e de microangiopatias 38,4%.

Tabela 2 - Características clínicas da amostra estudada - São Paulo - 2005

Características	N(%)
Tempo de diagnóstico	
0 a 10 anos	24(36,9)
11 a 20 anos	27(41,6)
>20anos	22(21,5)
Tratamento	
Dieta	1(1,5)
Medicação oral	30(46,1)
Insulina	1(1,5)
Medicação oral e insulina	33(50,7)
HbA1c	
Média (DP)	8,4(9,5)
Fumo	
Não	60(92,4)
Sim	5(7,6)
Álcool	
Não	4(6,2)
Sim	61(93,8)
Atividade física	
Não	31(47,7)
Leve	28(43,1)
Moderada	6(9,2)
IMC	27(4,4)
Média (DP)	
Hipertensão	
Não	16(24,6)
Sim	49(75,4)
Dislipidemia	
Não	26(40)
Sim	39(60)
Complicações crônicas	
Não	31(47,7)
Sim	34(52,3)

A escala de autoestima apresenta escores variando de 0 a 15 e quanto maior o escore, maior a autoestima do indivíduo. Na amostra estudada, 70,8% dos indivíduos apresentaram altos escores de autoestima.

Foram realizadas as comparações dos valores de cada escala com as variáveis de interesse.

A Tabela 3 apresenta os valores da significância entre as variáveis de interesse.

Tabela 3 - Relação entre as variáveis do estudo e o lócus de controle - São Paulo - 2005

Características	Lócus de Controle (p)			Autoestima (p)
	Internalidade	Externalidade Outros Poderosos	Externalidade Acaso	
Sexo	0,11	0,37	0,01	0,052
Estado civil	0,64	0,92	0,36	0,23
Escolaridade	0,14	0,66	0,12	0,34
Renda Per capita	0,14	0,79	0,09	0,35
IMC	0,87	0,38	0,33	0,32
Terapia Medicamentosa	0,67	0,78	0,07	0,50
Fumo	0,52	0,78	0,19	0,06
Etilismo	0,50	0,33	0,28	0,20
Atividade Física	0,02	0,01	0,004	0,18
Hipertensão Arterial	0,99	0,25	0,35	0,44
Dislipidemia	0,78	0,66	0,80	0,71
Complicações Crônicas	0,26	0,55	0,44	0,95

Na comparação da Internalidade para Saúde com a variável sexo, o teste de Mann-Whitney não mostrou diferença entre os grupos com $p=0,11$. O mesmo ocorreu com a dimensão externalidade - outros poderosos ($p=0,37$). Na dimensão externa - acaso para a saúde houve relação estatisticamente significativa em relação ao sexo, ou seja, os indivíduos do sexo feminino apresentaram escores maiores para essa dimensão do que os homens, o que mostra que as mulheres atribuíram uma maior percepção de controle dos eventos que vivenciam como sendo dependente do acaso.

Quanto ao estado civil dos participantes, não foi encontrada relação significativa com as dimensões da escala de lócus de controle e autoestima.

A comparação da escolaridade com a autoestima, também não apresentou significância estatística, apesar de ter sido observado que o aumento da autoestima foi proporcional ao aumento da escolaridade.

Não foram encontradas associações significativas em relação ao tipo de tratamento que os portadores de DM vinham utilizando e a sua percepção sobre o controle da saúde. Observou-se que os pacientes que utilizavam associação de medicação oral e injetável apresentaram escores elevados para internalidade e acaso, porém esse resultado não foi significativo. A autoestima quando comparada ao tratamento utilizado pelos pacientes também não apresentou significância estatística.

Ainda que não tenha sido encontrada significância estatística, percebeu-se que os fumantes apresentaram escores menores para a dimensão externalidade - acaso e os não fumantes apresentaram maiores escores na dimensão interna. Os portadores de DM tipo 2, fumantes, apresentaram autoestima mais elevada do que os não fumantes ($p=0,06$).

Os etilistas apresentaram maiores escores nas dimensões interna e outros poderosos, ainda que as relações não tenham sido significativas. Assim como os fumantes, os etilistas apresentaram autoestima um pouco mais elevada do que os não etilistas.

Em relação à prática de atividade física observou-se que os indivíduos que praticavam atividade física apresentaram maiores escores de internalidade e externalidade - outros poderosos ($p=0,02$ e $p=0,01$ respectivamente), enquanto os que não praticavam apresentaram maiores escores na dimensão externa - acaso para saúde ($p=0,004$), resultados esses significantes. A autoestima das pessoas que praticavam ou não atividade física não apresentou valores muito diferentes. Houve uma pequena elevação nos indivíduos que realizavam atividade física, sem significância estatística.

Em relação à presença de hipertensão arterial portadores de diabetes mellitus tipo 2, observou-se que tanto os hipertensos como os não hipertensos apresentaram valores maiores nos escores de internalidade, embora os resultados não tenham tido significância estatística. Também não foram encontradas relações significantes entre presença de hipertensão arterial e autoestima nessa amostra.

A dislipidemia também não se relacionou com o lócus de controle da saúde e autoestima.

Os pacientes portadores de complicações crônicas apresentaram escores menores na dimensão externa - acaso para saúde. As complicações crônicas não apresentaram associações com a autoestima dos pacientes.

Quanto ao tempo de diagnóstico referido pelos pacientes encontrou-se uma boa correlação em relação à dimensão interna do lócus de controle, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico, maior a percepção de internalidade no controle das vivências desses indivíduos.

Tabela 4 - Comparação entre os escores das escalas e tempo de diagnóstico - São Paulo - 2005

Tempo de Diagnóstico	Dimensão Interna	Dim. Externa Out. Poderosos	Dim. Externa Acaso	Autoestima
Coefficiente "r"	0.33463	0.138	0.181	-0.185
Valor de P	0.00662	0.273	0.149	0.139
Casos	65	65	65	65

A comparação realizada entre o último resultado de hemoglobina glicada e as dimensões do locus de controle demonstraram uma relação negativa entre a dimensão externa - outros poderosos e o valor de HbA1c. Assim,

pode-se dizer que quanto pior o controle glicêmico do paciente menos os pacientes atribuem o controle de sua saúde a outros indivíduos ou divindades.

Tabela 5 - Comparação entre os escores das escalas e HbA1c - São Paulo - 2005

Hemoglobina Glicada	Dimensão Interna	Dim. Externa Out. Poderosos	Dim. Externa Acaso	Autoestima
Coefficiente "r"	-0.104	-0.2668	0.0555	-0.0446
Valor de P	0.411	0.0318	0.6595	0.7232
Casos	65	65	65	65

DISCUSSÃO

Dos 65 pacientes ambulatoriais portadores de diabetes mellitus tipo 2, que constituíram a amostra neste estudo, a maioria foi composta por mulheres (63,1%), 41 pacientes que apresentaram média de idade 61 anos. Sabe-se que em pessoas idosas a prevalência de doenças crônicas, entre elas o DM, é alta⁽¹⁵⁾.

Os escores de autoestima apresentados pela amostra do estudo são similares a outro estudo, no qual foram encontrados altos escores de autoestima como resultado de um programa de incentivo de exercício físico para diabéticos do tipo 2⁽¹⁶⁾.

As mulheres apresentaram uma maior percepção externa ao acaso para saúde, portanto, atribuíram o maior controle de sua doença ao acaso, o que poderia trazer influências negativas no manejo do controle do DM.

Não foram encontradas relações entre as características sócio-demográficas ou clínicas com o locus de controle tanto nas mulheres, como nos homens, diferente de outro estudo que encontrou maior internalidade em mulheres quando relacionou gênero à doença, aos múltiplos papéis sociais e à depressão⁽¹⁷⁾. Mulheres internas têm maior predisposição à felicidade e aumento do amor-próprio, mesmo que possuam vários papéis sociais como mãe e trabalhadora⁽¹⁷⁾.

A maioria dos entrevistados era casada (61%) e exercia atividade profissional (66,1%), tendo como escolaridade o ensino fundamental incompleto (55,4%). A escolaridade da maioria dos entrevistados era baixa. Não se encontrou associação significativa entre escolaridade e locus de controle.

Em relação à prática de atividade física, os indivíduos que o fazem apresentam maiores escores de internalidade e os que não praticam tem maiores escores na dimensão outros poderosos.

A comparação realizada entre o último resultado de hemoglobina glicada e as dimensões do locus de controle demonstraram uma relação negativa entre a dimensão externa outros poderosos e o valor de HbA1c. Assim, pode-se afirmar que quanto maior for o resultado da HbA1c, denotando pior controle glicêmico, menos os pacientes atribuem o controle de sua saúde a outros indivíduos ou divindades.

O tempo de diagnóstico da doença nos pacientes tem média de 15 anos, com mais de 70% dos pacientes apresentando hemoglobina glicada de 8% ou mais. A maioria dos pacientes utiliza como terapêutica associação de medicação oral e injetável, o que indica que essa população apresenta déficit no manejo de sua doença, uma vez que apresentam controles acima do esperado para evitar complicações⁽¹⁶⁾.

Quanto ao tempo de diagnóstico referido pelos pacientes, encontrou-se boa correlação em relação à dimensão interna do locus de controle, ou seja, quanto maior foi o tempo de diagnóstico, maior é a percepção de internalidade no controle das vivências desses indivíduos.

Relações estatisticamente significativas foram encontradas entre internalidade com tempo de diagnóstico e atividade física; entre externalidade - outros poderosos com hemoglobina glicada e atividade física e entre externalidade - ao acaso com a prática de atividade física.

CONCLUSÃO

A avaliação do locus de controle da saúde e da autoestima podem se tornar instrumentos fundamentais na orientação das ações em saúde nos portadores de diabetes mellitus, pois fornecem subsídios para melhor entendimento dos fatores psicossociais envolvidos com as dificuldades no manejo dessa doença crônica.

Os resultados desse estudo permitem afirmar que os participantes apresentaram altos escores na escala de autoestima apesar dos agravos de saúde apresentados e das condições desfavoráveis relacionadas às condições sócio-demográficas e clínicas.

Em relação ao locus de controle encontraram-se relações estatisticamente significativas, entre internalidade com tempo de diagnóstico e atividade física, entre exter-

nalidade - outros poderosos com hemoglobina glicada e atividade física e entre externalidade - ao acaso com a prática de atividade física.

A limitação da amostra pode ter contribuído para a significância reduzida na maioria das comparações. Ainda assim, encontraram-se resultados que vão de encontro à literatura, mesmo que escassa, sobre o tema em questão. Sugere-se a replicação deste estudo com maior número de participantes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. Rev Saúde Pública. 2001;35(5):490-3.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização Brasileira sobre Diabetes [Internet]. Rio de Janeiro; 2006 [citado 2008 dez. 8]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tudo sobre diabetes [Internet]. Rio de Janeiro; 2008 [citado 2008 dez. 8]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>
4. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2010;33 Suppl 1:S62-9.
5. The Diabetes Control and Complications Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993;329(14):977-86.
6. UKPDS Prospective Diabetes Study Group. Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type 2 diabetes. BMJ. 1998;317(7160):720-6.
7. Grossi SAA. Educação para o controle do diabetes mellitus. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto de Desenvolvimento Social; Universidade de São Paulo. Programa de Saúde da Família. Manual de enfermagem. São Paulo; 2001. p.155-67.
8. Grossi SAA. Avaliação de dois esquemas de monitorização domiciliar em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1 [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
9. DeLa Coleta JA, DeLa Coleta MF. Escala para Locus de Controle em Saúde. Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1996.
10. Rotter JB. Internal versus external control reinforcement: a case history of a variable. Am Psychol. 1990;45(4):489-93.
11. Levenson H. Activism and powerful others: distinctions within the concept of internal-external control. J Pers Assess. 1974;38(4):377-83.
12. Wallston KA. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: rotter's social learning theory modified for health. Cogn Ther Res. 1992;16(2):183-99.
13. Rodrigues ACS, Vieira GLC, Torres HC. A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2010 Apr 15];44(2):531-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_41.pdf
14. DeLa Coleta JA, DeLa Coleta MF. Escala para medida do sentimento de autoestima. Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1996.
15. Costa AA, Almeida Neto JS. Manual de diabetes. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 2004.
16. Martins DM, Duarte MFS. Efeito do exercício físico sobre o comportamento da glicemia em indivíduos diabéticos. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 1998;3(3):32-44.
17. Shah ZC, Huffman FG. Depression among Hispanic women with type 2 diabetes. Ethn Dis. 2005;15(4):685-90.