Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Avaliação do autocuidado e da saúde mental em pessoas com *diabetes mellitus* na Atenção Primária

Assessment of self-care and mental health in patients with *diabetes mellitus* in Primary Healthcare

Evaluación del autocuidado y de la salud mental en personas con *diabetes mellitus* en Atención Primaria

Kathleen Vilarim Villena[1], Amanda Beatriz de Oliveira Garcia[1], Carla Santiago Fontenele Gomes Guatura[1], Isabella Charabe de Godoi[1], Pedro Bonini Zanatta[1], Nicoli Abrão Fasanella[1], Fernando Antonio de Almeida[1], Maria Valeria Pavan[1].

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pessoas com *diabetes mellitus* (DM) tipo 2 e identificar sua relação com o autocuidado e com fatores individuais e socioeconômicos. **Métodos:** utilizaram-se um questionário sociodemográfico; o questionário *Generalised Anxiety Disorder-7* (GAD-7) para rastrear sintomas de ansiedade; o questionário *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) para avaliar o risco de depressão; e o Questionário de Avaliação de Autocuidado com o Diabetes (QAD). **Resultados**: Foram avaliadas 78 pessoas com DM, acompanhadas na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). Destas, 50,0% apresentavam algum grau de ansiedade e 25,6% ansiedade clinicamente relevante. Em 48,7% dos participantes, identificou-se algum grau de depressão, em 25,6%, depressão clinicamente relevante. O coeficiente de correlação entre os escores dos questionários GAD-7 e PHQ-9 foi alto ($\rho = 0,7110$; $p < 0,0001$). As pontuações dos questionários GAD-7, PHQ-9 e QAD correlacionaram-se com o IMC, o número de comorbidades e a condição geral de saúde autorreferida. **Conclusão:** os questionários utilizados são simples de aplicar e auxiliam no planejamento da atenção integral às pessoas com DM acompanhadas na atenção primária do SUS.

Palavras-chave: Diabetes mellitus, Ansiedade, Depressão, Autocuidado, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence of anxiety and depression symptoms in persons with type 2 *diabetes mellitus* (DM) and to identify their relationship with self-care and individual and socioeconomic factors. **Methods:** A sociodemographic questionnaire, the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) questionnaire to screen for anxiety symptoms, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) to assess the risk of depression, and the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA) were applied. **Results:** Seventy-eight people with DM, followed in primary healthcare by the Brazilian Unified Health System (SUS), were evaluated. Of these, 50.0% presented some degree of anxiety, and 25.6% clinically relevant anxiety. Some degree of depression was identified in 48.7% of the participants, and clinically relevant depression in 25.6%.

[1] Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, Sorocaba – SP.

SUBMETIDO EM: 6/2026 | **ACEITO EM: 7/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

The correlation coefficient between the GAD-7 and PHQ-9 scores was high (ρ = 0.7110; p < 0.0001). The scores of the GAD-7, PHQ-9, and SDSCA questionnaires correlated with BMI, the number of comorbidities, and self-reported general health status. **Conclusion:** The questionnaires used are simple to apply and assist in planning comprehensive care for people with diabetes mellitus who are followed up in primary healthcare within the SUS.

Keywords: Diabetes mellitus, Anxiety, Depression, Self-care, Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas con *diabetes mellitus (*DM) tipo 2 e identificar su relación con el autocuidado y con factores individuales y socioeconómicos. **Métodos:** Se utilizaron un cuestionario sociodemográfico; el Cuestionario de Trastorno de Ansiedad General (GAD-7); el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para evaluar el riesgo de depresión; y el Resumen de su Autocuidado con la Diabetes (SDSCA-Sp). **Resultados:** Se evaluaron 78 personas con DM, seguidas en la atención primaria del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. El 50,0% presentó algún grado de ansiedad y el 25,6% ansiedad clínicamente relevante. Se identificó algún grado de depresión en el 48,7% de los participantes y depresión clínicamente relevante en el 25,6%. El coeficiente de correlación entre las puntuaciones de GAD-7 y PHQ-9 fue alto (ρ = 0,7110; p < 0,0001). Las puntuaciones de GAD-7, PHQ-9 y SDSCA-Sp se correlacionaron con el IMC, el número de comorbilidades y el estado de salud general autoinformado. **Conclusión:** los cuestionarios utilizados son sencillos de aplicar y facilitan la planificación de la atención integral para personas con DM en el SUS.

Palabras clave: Diabetes mellitus**,** Ansiedad, Depresión, Autocuidado, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que acomete 10,5% da população adulta mundial, com maior prevalência nos países em desenvolvimento, onde deverá ocorrer o maior aumento de casos nas próximas décadas, contribuindo de forma importante para a mortalidade e para a piora da qualidade de vida (IDF, 2025; SBD, 2025; ADA, 2026).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, no Brasil, 7,7% da população de 18 anos ou mais referiu diagnóstico médico de DM, com prevalência maior na região Sudeste (8,5%) e nas áreas urbanas (7,9%) (BRASIL, 2020).

O desenvolvimento e a progressão das complicações crônicas do DM, sejam as microvasculares, como retinopatia, nefropatia e neuropatia, ou as macrovasculares, como doença coronariana, acidente vascular cerebral e obstrução arterial periférica, são fortemente influenciados pelo mau controle glicêmico e, inversamente, o controle da glicemia, da hipertensão e da dislipidemia retardam a evolução da doença (SBD, 2025; ADA, 2026).

Além do aumento do risco de mortalidade, o DM tem grande impacto na morbidade (SBD, 2025; ADA, 2026). No Brasil, entre os indivíduos que declaram ter DM, 26,6% relatam outra morbidade associada; 23,2%, duas; 32,0%, três ou mais (RZEWUSKA M, et al., 2017). Entre as comorbidades relacionadas ao DM, devem ser consideradas também as relacionadas à saúde mental, principalmente a depressão e a ansiedade, em função de sua prevalência e do possível impacto sobre o cuidado e o controle glicêmico (YANG K, et al., 2025; HERHAUS B, et al., 2024; BERTO LF, et al., 2022; ALVA ML, 2020).

Além dos riscos impostos pela própria doença, os pacientes com DM também convivem com as dificuldades do cuidado, que impactam o controle glicêmico e a qualidade de vida (GONZALEZ JS, et al., 2023; SCHMITT A, et al., 2021). Entre as dificuldades, as mais importantes referem-se ao uso de vários medicamentos, muitos com efeitos colaterais; às cobranças por mudanças nos hábitos de vida, como

praticar atividade física regularmente e mudar a alimentação; e à automonitorização da glicemia várias vezes ao dia (SBD, 2025; ADA, 2026). Acrescentam-se a esse conjunto de variáveis as questões socioeconômicas, impostas pela redução da capacidade funcional e pelo alto custo do tratamento (SBD, 2025; ADA, 2026).

As ações educativas voltadas ao autocuidado são fundamentais e podem contribuir para a melhora da qualidade de vida e dos parâmetros de controle metabólico e, com isso, reduzir os riscos de morbimortalidade das pessoas com DM, mas exigem trabalho contínuo dos envolvidos no processo (RANASINGHE MP, et al., 2025; CHOWDHURY HA, et al., 2024; BREHMER LCF, et al., 2021; POWELL, RE, et al., 2021).

Considerando a importância da educação para a integralidade do cuidado, esse grupo de trabalho busca analisar a relação entre os dados pessoais e sociodemográficos, o autocuidado e a saúde mental dos pacientes com DM e, a partir das informações obtidas, construir e divulgar um material educativo de apoio ao autocuidado. Neste estudo, apresentamos a análise e a interrelação desses aspectos biopsicossociais por meio da aplicação de dois questionários de triagem para os transtornos mentais mais comuns (ansiedade e depressão) e de um questionário de avaliação do autocuidado, facilmente aplicáveis e que podem contribuir para a atenção integral das pessoas com DM na atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, que avaliou pacientes com DM tipo 2 acompanhados em uma unidade básica de saúde (UBS) de um município de grande porte (centro da área metropolitana) no Estado de São Paulo, para estimar a prevalência de distúrbios de ansiedade e depressão, bem como o comportamento em relação ao autocuidado em uma doença de alta complexidade e com complicações graves, como o DM.

Participantes do Estudo

Foram convidados a participar do estudo, sequencialmente (amostra não probabilística), os pacientes com DM acompanhados regularmente na UBS. Foram considerados elegíveis os pacientes com DM, maiores de 18 anos, que concordaram em participar e, após a leitura e as explicações necessárias, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Considerando o número de usuários do território adstrito de 37.000 pessoas; a prevalência de DM na população adulta, de 8,5%; o erro amostral de 8% e o nível de confiança de 90%, a amostra mínima necessária para a análise dos dados foi estimada em 67 participantes (CALCULADORA AMOSTRAL, 2026).

Procedimentos do Estudo

A coleta de dados foi realizada diretamente com os participantes do estudo e por meio da revisão dos prontuários. Os dados pessoais foram coletados por meio de um questionário construído pelos pesquisadores que procurava caracterizá-los segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, sexo, gênero, cor da pele, estado civil, nível educacional, condição de trabalho, tabagismo, consumo de álcool ou drogas ilícitas, conhecimento sobre as variáveis clínicas como o tempo de diagnóstico de DM, conhecimento sobre complicações do DM como retinopatia, nefropatia, neuropatia, complicações macrovasculares como acidente vascular cerebral, coronariopatia e obstrução arterial periférica e a presença de comorbidades).

Além do questionário sociodemográfico, os participantes responderam 3 outros questionários: 1. O *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) foi utilizado para avaliar o risco de apresentar um episódio depressivo maior, por meio de uma escala com 9 perguntas, já validado para a população brasileira (SANTOS IS, et al. 2013); 2. O *Generalised Anxiety Disorder-7* (GAD-7), utilizado para o rastreamento e avaliação da gravidade dos sintomas de ansiedade, baseado em sete perguntas diretas, é um instrumento já validado para a língua portuguesa (MORENO AL, et. al., 2016; GONÇALVES AP, et al., 2023); 3. O Questionário de Avaliação de Autocuidado com o Diabetes (QAD) avalia a frequência com que os pacientes

realizam as atividades de autocuidado nos sete dias anteriores. O questionário foi validado para o Brasil e tem sido amplamente utilizado (MICHELS MJ, et al., 2010).

O PHQ-9 é um instrumento de rastreamento e quantificação de sintomas depressivos, baseado nos critérios diagnósticos do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) para o episódio depressivo maior. Ele possui 9 itens, cada um corresponde a um domínio sintomático da depressão nas últimas duas semanas. Cada item recebe pontuação conforme frequência dos sintomas (0 = Nenhuma vez; 1 = vários dias; 2 = mais da metade dos dias; 3 = quase todos os dias) e a pontuação final (soma dos 9 itens) gradua a gravidade dos sintomas depressivos em: 0–4 pontos “mínima”; 5–9 “leve”; 10–14 “moderada”; 15–19 “moderadamente grave” e 20–27 “grave”. Quando o escore final for ≥ 10, há maior probabilidade de transtorno depressivo clinicamente relevante.

O GAD-7 é um questionário breve utilizado para rastreamento e avaliação da gravidade dos sintomas de ansiedade, especialmente do transtorno de ansiedade generalizada. É composto por 7 itens e cada item recebe a pontuação de acordo com a frequência dos sintomas nas últimas 2 semanas (0 = Nenhuma vez; 1 = vários dias; 2 = mais da metade dos dias; 3 = quase todos os dias) e a pontuação final (soma dos 7 itens) estabelece a gravidade dos sintomas de ansiedade em: 0–4 pontos “mínima”; 5–9 “leve”; 10–14 “moderada”; 15–21 “grave”. O escore final ≥ 10 é o ponto de corte sugestivo de ansiedade clinicamente relevante.

O QAD possui 15 itens de avaliação do autocuidado com o DM na última semana, distribuídos em 6 dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés e uso da medicação. Cada dimensão é composta por duas a três questões. As respostas variam de 0 a 7 pontos (0 = em nenhum dia da semana realizou o cuidado e 7 = realizou o cuidado todos os dias da semana). Assim, zero é o menos favorável e 7, o mais favorável. A dimensão “alimentação específica” tem duas questões com pontuação invertida, pois são negativas em relação ao cuidado esperado (Em quantos dos últimos sete dias comeu alimentos ricos em gorduras? E em quantos dos últimos sete dias comeu doces?). O questionário também inclui três itens não pontuados para a avaliação do tabagismo. A pontuação total mínima é zero e a máxima é 105.

Os questionários foram aplicados presencialmente, em papel impresso ou em dispositivo eletrônico, do próprio participante ou fornecido pelos pesquisadores. Quando não eram capazes de ler as perguntas, estas eram lidas aos participantes e, nesse caso, acompanhadas por uma testemunha não envolvida no estudo.

Análise Estatística

As variáveis contínuas com distribuição normal (idade, IMC) são apresentadas no texto como média, desvio padrão da média, valores mínimo e máximo. As variáveis categóricas são apresentadas em porcentagens. As respostas numéricas dos questionários (PHQ-9, GAD-7 e QAD) foram avaliadas quanto à distribuição normal pelo teste de Shapiro-Wilk. As correlações entre os resultados individuais dos questionários, entre si e com outras variáveis, foram avaliadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman (Spearman), por se tratar de variáveis expressas em escala ordinal ou sem distribuição normal. As variáveis com distribuição normal foram expressas como média e desvio padrão, e suas associações foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de Pearson (Pearson).

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa, o TCLE e toda a documentação do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, campus Sorocaba-SP (CAAE: 67018123.9.0000.5373, número do parecer: 5894361). Os procedimentos do estudo só tiveram início após a sua aprovação.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 78 participantes que responderam a todos os questionários e cujos dados sociodemográficos puderam ser coletados. A **Tabela 1** apresenta as principais características dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo (n = 78).

	Média	DP[1]	Mínimo	Máximo	>60 anos
Idade (anos)	67,2	12,6	35	87	62 (79,5%)
	Feminino	Masculino			
Sexo/gênero	51 (65,4%)	27 (34,6%)			
	Branca	Preta	Parda	Amarela	
Cor da pele	59 (75,6%)	6 (7,7%)	11 (14,1%)	2 (2,6%)	
	Sem instrução / fundamental incompleto	Fundamental completo	Médio completo	Superior completo	
Escolaridade	27 (34,6%)	23 (29,5%)	21 (26,9%)	7 (9,0)	
	Na força de trabalho (empregado)	Na força de trabalho (desempregado)	Na força de trabalho (aposentado)	Fora da força de trabalho	Fora da força de trabalho (aposentado)
Trabalho	21 (26,9%)	5 (6,4%)	1 (1,3%)	37 (47,4%)	14 (18,0%)
	Até ¼ SM[2]	¼ a 1 SM	1 a 3 SM	3 ou + SM	Sem informações
Rendimento pessoal	13 (16,7%)	13 (16,7%)	29 (37,2%)	6 (7,7%)	17 (21,8%)
	Média	DP	Mínimo	Máximo	>10 anos
Tempo DM[3] (anos)	13,2	10,7	1	43	42 (53,8%)
	Número	Retinopatia	Nefropatia	Neuropatia/ pé diabético	
Complicações do DM conhecidas	0 = 47 (60,3%) 1 = 12 (15,4%) 2 = 10 (12,8%) 3 = 9 (11,5%)	24 (31,8%)	13 (16,7%)	22 (28,2%)	
	Hipertensão	Depressão	Dislipidemia	Ansiedade	Obesidade
Comorbidades conhecidas	51 (65,4%)	14 (17,9%)	13 (16,7%)	12 (15,4%)	11 (14,1%)
	18,0 a 24,9	25,0 a 29,9	30,0 a 34,9	35,0 a 39,9	≥ 40,0
IMC[4]	6 (11,8%)	22 (43,1%)	14 (27,5%)	3 (5,9%)	6 (11,8%)
	Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom
Estado geral da saúde[5]	1 (1,3%)	6 (7,7%)	30 (38,5%)	34 (43,5%)	7 (9,0%)

[1] Desvio padrão da média; [2] Salários-mínimos; [3] *Diabetes Mellitus*; [4] Índice de massa corporal (Kg/m²); [5] Relatado pelo participante.
Fonte: Villena KV, et al., 2026.

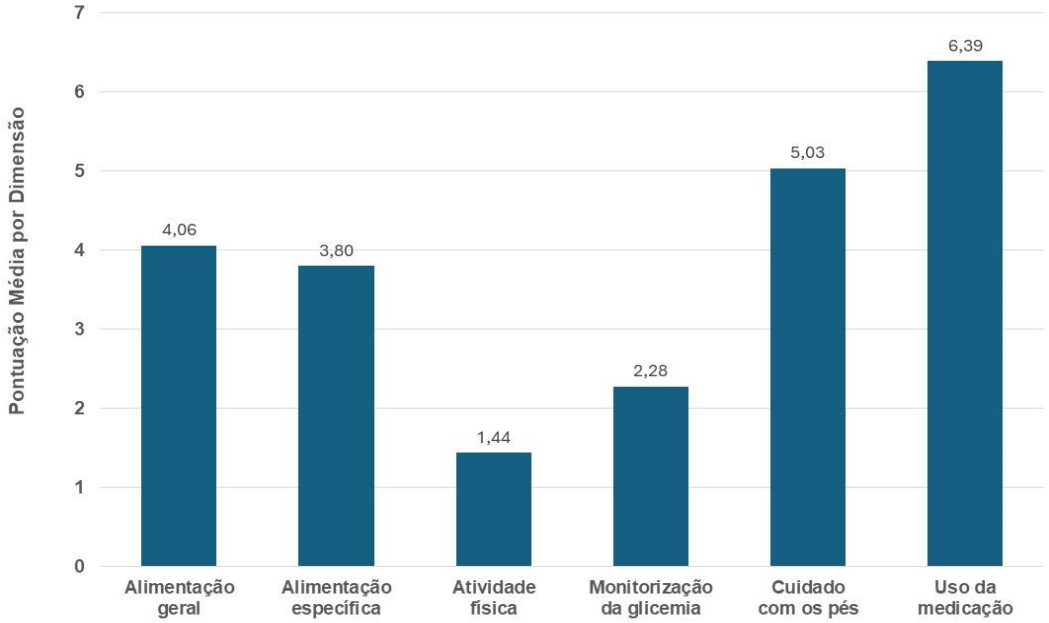
A maioria dos participantes tinha mais de 60 anos, era do gênero feminino, tinha cor da pele relatada como branca, baixa escolaridade (até fundamental completo), não participava da força de trabalho, baixo rendimento pessoal, longo tempo de doença (> 10 anos), muitas comorbidades (hipertensão arterial, a mais frequente), sobrepeso ou obesidade e considerava seu estado geral de saúde bom ou muito bom.

As respostas ao questionário GAD-7 entre os 78 participantes mostraram que 50,0% apresentavam algum grau de ansiedade (pontuação ≥ 5 pontos) e 20 participantes (25,6%) tinham pontuação que indicava ansiedade clinicamente relevante (≥ 10 pontos).

As respostas ao questionário PHQ-9 revelaram que 38 participantes (48,7%) tinham algum grau de depressão (pontuação ≥ 5 pontos) e 20 (25,6%) apresentavam pontuação que indicava depressão clinicamente relevante (≥ 10 pontos).

A distribuição da pontuação segundo as diferentes dimensões do questionário de autocuidados com o diabetes (QAD) é apresentada no **Gráfico 1**. Observe que as dimensões com maior pontuação no QAD foram o uso da medicação para o diabetes e o cuidado com os pés. Já a atividade física e a monitorização da glicemia foram as dimensões com as pontuações mais baixas. As questões relacionadas à alimentação tiveram pontuação intermediária. A pontuação total teve média de 61,1 ± 17,1 (desvio padrão), com valor máximo possível de 105. Entre os 78 participantes, havia 4 fumantes e 25 ex-fumantes.

Gráfico 1 - Pontuação do questionário de avaliação de autocuidado com o diabetes (QAD), n=78.



Fonte: Villena KV, et al., 2026.

A idade dos participantes apresentou correlação negativa com o escore do GAD-7 (Spearman = -0,4039; p<0,001) e com o escore do PHQ-9 (Spearman = -0,3206; p<0,01), ou seja, quanto maior a idade, menor o risco de apresentar escore compatível com ansiedade e depressão. Quanto ao autocuidado, não houve correlação entre a idade e a pontuação total do QAD (Spearman = 0,0520; p = 0,651) nem com qualquer das dimensões do questionário.

Observou-se correlação negativa entre o IMC e o relato da condição geral de saúde (Spearman = -0,4075; p<0,01) e entre o IMC e a pontuação do autocuidado QAD (Pearson = -0,3101; p<0,05), ou seja, quanto maior o IMC, pior a condição geral de saúde referida e menor a pontuação do autocuidado. Não se observou correlação entre o IMC e o GAD-7 (Spearman = 0,2158; p = 0,128) nem entre o IMC e o PHQ-9 (Spearman = 0,2187; p = 0,123).

Como esperado, o número de complicações do DM correlacionou-se com o tempo de conhecimento do DM (Spearman = 0,3838; p<0,001), mas não com a idade, o GAD-7, o PHQ-9 ou o QAD (p>0,05, NS). O tempo de conhecimento do DM não se correlacionou com as demais variáveis (GAD-7, PHQ-9, QAD; p>0,05). O número de comorbidades não se correlacionou com o QAD (Spearman = 0,0520; p = 0,651), mas apresentou correlação positiva com o GAD-7 (Spearman = 0,2881; p<0,01) e com o PHQ-9 (Spearman = 0,2701; p<0,05), sugerindo que, quanto maior o número de comorbidades, maior a chance de apresentar ansiedade e depressão.

A condição geral de saúde (autorreferida) tem correlação negativa com o GAD-7 (Spearman = -0,3694; p<0,001) e com o PHQ-9 (Spearman = -0,2689; p<0,05), ou seja, quanto melhor a condição geral de saúde é avaliada pelos participantes, menor o risco de apresentar pontuação compatível com ansiedade e depressão. Quanto ao autocuidado, a condição geral de saúde não se correlaciona com o QAD (Spearman = 0,1413; p = 0,2174).

O maior coeficiente de correlação foi observado entre as pontuações do GAD-7 e do PHQ-9 (Spearman = 0,7110; p < 0,0001), indicando alta probabilidade de apresentar ansiedade e depressão de forma associada. De fato, observou-se que, entre os 23 participantes com pontuação ≥ 10 em qualquer um dos questionários GAD-7 ou PHQ-9 (indicativa de transtorno clinicamente relevante), 14 (61%) apresentavam pontuação ≥ 10 em ambos. Os escores do autocuidado QAD não tiveram correlação com os escores de ansiedade GAD-7 (Spearman = 0,1674; p = 0,142) ou depressão PHQ-9 (Spearman = 0,1096; p = 0,339)

DISCUSSÃO

Os dados desse estudo realizado na APS do SUS, local de cuidado da grande maioria da população brasileira, são relevantes, pois constituem uma amostra real da nossa realidade. As características dos participantes, quanto à idade, gênero, cor da pele relatada, escolaridade, renda pessoal e condições de trabalho, representam bem a população atendida na APS do SUS. O longo tempo de doença, a presença de várias comorbidades e o sobrepeso ou a obesidade também são características comuns entre as pessoas com DM.

Os dados mostraram que aproximadamente metade dos participantes apresentava algum grau de ansiedade ou depressão e, em um quarto deles, a manifestação era clinicamente relevante, com pontuação ≥ 10. A alta prevalência de ansiedade e depressão em pessoas com DM, avaliada por meio de questionários como os utilizados neste estudo, tem sido relatada há muitos anos em diversos estudos ao redor do mundo, independentemente das condições socioeconômicas (Chang, C. Y. et al., 2026; KUNHI AA, et al., 2026; YANG K, et al., 2025; ALBAI O, et al., 2024; HERHAUS B, et al., 2024). Chang, C. Y. et al. (2026) também encontraram, em pacientes com DM tipo 2, risco elevado de ansiedade e depressão entre aqueles com maior número de comorbidades. Alguns estudos identificaram a associação entre esses distúrbios da saúde mental e piores indicadores de controle metabólico ou de autocuidado (YANG K, et al., 2025; ALBAI O, et al., 2024; GONZALEZ JS, et al., 2023; SCHMITT A, et al., 2021).

Outro fato que chamou a atenção nesse estudo é que os escores de ansiedade e de depressão se associaram. Neste sentido, um grande estudo canadense, o *Montreal Evaluation of Diabetes Treatment (EDIT) Study,* analisou os dados de ansiedade, de depressão e do sofrimento causado pelo diabetes (*diabetes distress*) em 1.796 pessoas com DM tipo 2 e observou que os sintomas de ansiedade, como preocupação excessiva, preocupação incontrolável e dificuldade para relaxar, foram identificados como elos que interligam itens relacionados à ansiedade, à depressão e ao sofrimento causado pelo diabetes (MCINERNEY AM, et al., 2022). A metanálise de Yang K, et al. (2025) também identificou a associação entre ansiedade e depressão. Os participantes mais jovens ou com maior número de comorbidades apresentaram escores que indicam maior risco de ansiedade e depressão. Em contraste com essa observação, há outros relatos na literatura de que as pessoas mais idosas com DM têm maior risco de apresentar ansiedade e depressão e demandam maior apoio psicológico e de autocuidado (ALBAI O, et al., 2024).

Quanto aos autocuidados, o uso regular da medicação é o item com maior adesão ao tratamento. O cuidado com os pés também teve boa adesão dos participantes, a observância à alimentação, adesão intermediária e os itens com pior adesão foram realizar atividade física e monitorar a glicemia de forma regular. Como esperado, o IMC elevado associou-se à pior condição geral de saúde e a piores escores de autocuidado. O questionário QAD foi utilizado em vários estudos realizados com pessoas com DM, com resultados semelhantes, ou seja, boa adesão ao tratamento medicamentoso e baixa adesão às dimensões de adoção de medidas de cuidado relacionadas à alimentação, ao controle da glicemia e à atividade física (KUNHI AA, et al., 2026; McINERNEY AM, et al., 2022). Além disso, há muitas evidências de que a ansiedade e a depressão se associam à piora do controle metabólico e do autocuidado (YANG K, et al., 2025; ALBAI O, et al., 2024; GONZALEZ JS, et al., 2023; SCHMITT A, et al., 2021).

Alguns dados do estudo chamaram a atenção, pois sinalizaram preocupações quanto aos pacientes. Indicadores clínicos, como IMC elevado, maior número de comorbidades e resposta negativa à pergunta “Como está sua condição de saúde?”, associaram-se fortemente à presença de escores elevados de ansiedade, depressão e problemas no autocuidado, e nos orientam a dar especial atenção às necessidades de cuidado das pessoas com diabetes que apresentem essas características. Estudos que envolvem intervenções multiprofissionais e interdisciplinares, como terapia comportamental, orientação nutricional, abordagens educacionais ou atividade física, indicam que tais intervenções podem melhorar os indicadores de ansiedade, depressão, autocuidado, controle glicêmico e risco cardiovascular (MORRISSEY PI, et al., 2026; RANASINGHE MP, et al., 2025; POWELL, RE, et al., 2025; He J, et al., 2024; JIANG L, et al., 2024; FRANQUEZ R, et al., 2023; ABBAS Q, et al., 2023).

Com base nos dados da literatura e na análise preliminar dos resultados do estudo, que evidenciaram as principais necessidades dos pacientes com DM participantes e dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado às pessoas com DM, foi desenvolvido material educativo e de apoio, em forma de cartilhas, vídeos (mp4) e questionários interativos, que estimulam a busca por informações educativas adicionais hospedadas em outras plataformas. O material desenvolvido incluía os seguintes tópicos: estímulo à alimentação saudável (alimentos in natura e processados); estímulo à prática de atividade física; benefícios do exercício físico regular; exercícios aeróbicos; medindo e controlando a glicemia; higiene do sono; cuidados com os pés; como armazenar a insulina; conversa sobre terapia nutricional no *diabetes mellitus* (para profissionais de saúde) e sobre abordagem para cessar o tabagismo (para profissionais de saúde).

CONCLUSÃO

Este estudo observou, em uma amostra representativa de pessoas com DM acompanhadas na APS do SUS e avaliadas por meio de questionários adequados, que a prevalência de sintomas indicativos de ansiedade e depressão é elevada e que o autocuidado com o DM apresenta falhas importantes quanto à alimentação, à atividade física e ao controle glicêmico. Os escores de ansiedade associam-se aos de depressão e correlacionam-se com o IMC, o número de comorbidades e a impressão geral de saúde autorreferida. Os participantes mais jovens têm maior risco de apresentar ansiedade e depressão. O IMC correlacionou-se negativamente com os escores de autocuidado e com a condição geral de saúde autorreferida. Os questionários são facilmente aplicáveis e podem contribuir para a atenção integral às pessoas com DM na APS do SUS.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Os autores do estudo (KVV, ABOG, CSFGG, ICG e PBZ), que participaram na condição de estudantes do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), receberam bolsas de iniciação científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da própria PUC-SP.

REFERÊNCIAS

1. ABBAS Q, et al. Cognitive behavior therapy for diabetes distress, depression, health anxiety, quality of life and treatment adherence among patients with type-II diabetes mellitus: a randomized control trial. BMC Psychiatry, 2023; 23(1): 86.
2. ADA. Standards of Care in Diabetes - 2026. Diabetes Care, 2025; 49(Suppl 1): S1-S371. DOI: https://diabetesjournals.org/care/issue/49/Supplement_1.
3. ALBAI O, et al. Predictive Factors of Anxiety and Depression in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Clinical Medicine, 2024; 13(10): 3006.
4. ALVA ML. Co-occurrence of diabetes and depression in the U.S. PLoS One, 2020; 25;15(6): e0234718.
5. BERTO LF, et al. Increased Prevalence of Depression and Anxiety Among Subjects With Metabolic Syndrome in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry, 2022; 63(6): 529–538.
6. BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/005355051927a647d3b01a5c8f735494.pdf. Acessado em: 07 de junho de 2026.
7. BREHMER LCF, et al. Diabetes mellitus: estratégias de educação em saúde para o autocuidado. Revista de Enfermagem da UFPE, 2021; 15: 246321.
8. CALCULADORA AMOSTRAL. Comentto. Disponível em: https://comentto.com/calculadora-amostral/. Acessado em 07 de junho de 2026.

9. CHANG CY, et al. The status of depression associated with macrovascular and microvascular comorbidities in patients with long-duration type 2 diabetes: A cross-sectional study from the Taiwan diabetes registry. Journal of Psychosomatic Research, 2026; 207: 112662.
10. CHOWDHURY HA, et al. The effectiveness of diabetes self-management education intervention on glycaemic control and cardiometabolic risk in adults with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. PloS One, 2024; 19(2): e0297328.
11. FRANQUEZ R, et al. Interventions for depression and anxiety among people with diabetes mellitus: Review of systematic reviews. PloS One, 2023; 18(2): e0281376.
12. GONÇALVES AP, et al. Evidências de Validade para Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7). Revista Psicologia e Saúde, 2023; 15(1): e15101743.
13. GONZALEZ JS, et al. Emotional distress, self-management, and glycemic control among participants enrolled in the glycemia reduction approaches in diabetes: A comparative effectiveness (GRADE) study. Diabetes Research and Clinical Practice, 2023; 196: 110229.
14. He J, et al. Aerobic Exercise Improves the Overall Outcome of Type 2 Diabetes Mellitus Among People with Mental Disorders. Depression and Anxiety, 2024: 6651804.
15. HERHAUS B, et al. Depression, anxiety, and health-related quality of life in normal weight, overweight and obese individuals with diabetes: a representative study in Germany. Acta Diabetologica, 2024; 61(6): 725–734.
16. IDF-International Diabetes Federation. The Diabetes Atlas. 11th ed. Bruxelas: International Diabetes Federation, 2025. Disponível em: https://diabetesatlas.org/. Acesso em 05 de junho de 2026.
17. JIANG L, et al. Nurse-led follow-up care versus routine health education and follow-up in diabetes patients: An effectiveness analysis. Medicine, 2024; 103(22): e38094.
18. KUNHI AA, et al. Diabetes self-care, psychological distress, and quality of life among people with type 2 diabetes in low-income urban communities: An exploratory mixed-methods study in Hyderabad, India. Archives of Gerontology and Geriatrics Plus, 2026; 3(2): 100262.
19. McINERNEY AM, et al. Diabetes Distress, Depressive Symptoms, and Anxiety Symptoms in People with Type 2 Diabetes: A Network Analysis Approach to Understanding Comorbidity. Diabetes Care, 2022; 45(8): 1715–1723.
20. MICHELS MJ, et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 2010; 54(7): 644-651.
21. MORENO AL, et. al. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. Temas em Psicologia. 2016; 24(1): 367-376.
22. MORRISSEY PI, et al. Nutrition interventions for anxiety, depression, stress and/or diabetes-related distress in individuals with diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Diabetes, Obesity & Metabolism, 2026;28(4): 2697–2712.
23. POWELL, RE, et al. Strategies for overcoming therapeutic inertia in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes, Obesity & Metabolism, 2021; 23(9): 2137–2154.
24. RANASINGHE MP, et al. A structured education program for improving cardiovascular risk and glycaemic control in type 2 diabetes mellitus (the SUGAR study). Primary care diabetes, 2025; 19(6): 592–601
25. RZEWUSKA M, et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). PLoS One, 2017; 12(2): e0171813.
26. SANTOS IS, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cadernos de Saúde Pública, 2013; 29(8): 1533-1543.
27. SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2025. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/. Acesso em 05 de junho de 2026.
28. SCHMITT A, et al. Associations of depression and diabetes distress with self-management behavior and glycemic control. Health Psychology, 2021; 40(2): 113-124.
29. YANG K, et al. Prevalence and risk factors of depression in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Endocrinology, 2025; 16: 1660478.