

# PSICOLOGIA DA DIABETES

ISABEL LOPES DA SILVA



ISABEL LOPES DA SILVA

**PSICOLOGIA DA DIABETES**

Titulo: *Psicologia da Diabetes*. 2ª Edição. Outubro de 2010.

ISBN: 978-989-8463-05-0

Capa: Ricardo Romão

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

## ÍNDICE

PREÂMBULO	1
INTRODUÇÃO	
DIABETES MELLITUS	2
<b>Taxas de incidência da diabetes mellitus</b>	<b>2</b>
<i>A dimensão do problema a nível mundial</i>	<i>2</i>
<i>A dimensão do problema em Portugal</i>	<i>4</i>
<b>Classificação da diabetes mellitus</b>	<b>4</b>
<i>A diabetes mellitus tipo 1</i>	<i>5</i>
<i>A diabetes mellitus tipo 2</i>	<i>5</i>
<i>O tratamento da diabetes mellitus</i>	<i>7</i>
<b>Mortalidade e diabetes</b>	<b>9</b>
<i>Complicações crónicas da diabetes</i>	<i>10</i>
<b>Reacções ao diagnóstico da diabetes</b>	<b>11</b>
<i>Aspectos psicossociais e diabetes</i>	<i>12</i>
CAPÍTULO 1	
ADESÃO A O TRATAMENTO E DIABETES MELLITUS	13
<b>Adesão ao tratamento na diabetes</b>	<b>14</b>
<i>Não adesão ao tratamento da diabetes: A dimensão do problema</i>	<i>16</i>
<b>Avaliação da adesão ao tratamento na diabetes</b>	<b>17</b>

<i>Dificuldades metodológicas no estudo da adesão ao tratamento na diabetes</i>	17
<i>Instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento na diabetes</i>	19
<b>Factores associados à adesão ao tratamento na diabetes</b>	<b>22</b>
<i>As variáveis do indivíduo</i>	22
<i>Aspectos relacionados com o sistema de cuidados de saúde</i>	29
<i>As variáveis relacionadas com a doença e com o tratamento</i>	31
<b>A falaciosa associação entre adesão aos auto-cuidados da diabetes e hemoglobina A1C</b>	<b>33</b>
<b>Relação entre conhecimento e adesão ao tratamento</b>	<b>34</b>
<b>Controlo glicémico e qualidade de vida</b>	<b>35</b>
<b>Adesão aos auto-cuidados da diabetes e qualidade de vida</b>	<b>38</b>
<b>Limitações da investigação acerca da adesão ao tratamento da diabetes</b>	<b>39</b>
 CAPÍTULO 2	
<b>APOIO SOCIAL E DIABETES</b>	<b>40</b>
 <b>Apoio social e diabetes</b>	<b>42</b>
<b>Apoio social e qualidade de vida na diabetes mellitus</b>	<b>46</b>
<b>Limitações da investigação sobre apoio social e diabetes</b>	<b>47</b>
 CAPÍTULO 3	
<b>STRESS E DIABETES</b>	<b>48</b>
 <b>Stress e diabetes</b>	<b>50</b>
<i>O papel do stress no início da diabetes</i>	50
<i>Os efeitos directos do stress na diabetes</i>	52

<i>Os efeitos indirectos do stress na diabetes</i>	55
<i>O papel das diferenças individuais na relação entre stress e diabetes</i>	56
<i>As características dos stressores e gestão da diabetes</i>	57
<i>Efeito mediador das variáveis relacionadas com a diabetes</i>	59
<i>As técnicas de gestão do stress na diabetes</i>	61
<i>Instrumentos de avaliação do stress específicos para a diabetes</i>	63
<b>Stress e qualidade de vida na diabetes mellitus</b>	<b>64</b>
<b>Limitações da investigação sobre stress e diabetes</b>	<b>64</b>
 CAPÍTULO 4	
ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> E DIABETES	66
<b>Estratégias de coping e diabetes</b>	<b>69</b>
<b>Coping e qualidade de vida na diabetes mellitus</b>	<b>76</b>
<b>Limitações da investigação sobre coping e diabetes</b>	<b>77</b>
 CAPÍTULO 5	
HUMOR NEGATIVO E DIABETES	79
<b>Humor negativo em indivíduos com diabetes</b>	<b>81</b>
<i>A prevalência da ansiedade e da depressão na diabetes</i>	81
<i>Dificuldade no diagnóstico da depressão e da ansiedade na diabetes mellitus</i>	84
<i>O curso da depressão na população diabética</i>	84
<i>Hipóteses explicativas da elevada prevalência da depressão e ansiedade na população com diabetes</i>	87
<i>Repercussões da ansiedade e da depressão na diabetes</i>	92
<i>O tratamento da depressão e ansiedade na diabetes</i>	94
<i>Por quê e como avaliar a ansiedade e depressão nos indivíduos com diabetes?</i>	96

<b>Humor negativo e qualidade de vida na diabetes</b>	<b>97</b>
<b>Limitações da investigação sobre humor negativo e diabetes</b>	<b>98</b>
 CAPÍTULO 6	
<b>INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA DIABETES MELLITUS</b>	<b>99</b>
 <b>A psicoterapia de apoio e reacções ao diagnóstico e ao tratamento da diabetes</b>	<b>101</b>
 <b>Entrevista motivacional e modificação do comportamento em indivíduos com diabetes</b>	<b>105</b>
 <b>Intervenção psicológica em grupo com indivíduos com diabetes</b>	<b>110</b>
<i>Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças e adolescentes com diabetes</i>	<i>112</i>
<i>Grupo de apoio com diabéticos em cuidados de saúde primários</i>	<i>114</i>
<i>Programa de intervenção psicológica num grupo de indivíduos com pé diabético</i>	<i>114</i>
 <b>Intervenção psicológica com os profissionais de saúde que trabalham na área da diabetes</b>	<b>119</b>
 BIBLIOGRAFIA	<b>123</b>

## PREÂMBULO

A diabetes e suas sequelas constituem um verdadeiro flagelo no mundo actual, flagelo esse que ameaça aumentar em flecha ao longo do presente século. Ainda que não contagiosas e não associadas a estigmas sociais particulares, as complicações crónicas da diabetes podem conduzir a um “corrupção” progressiva e irreparável do corpo, e a uma gradual perda da dignidade do doente.

Neste livro propomo-nos abordar as variáveis psicológicas associadas à qualidade de vida das pessoas com diabetes, reflectindo sobre a forma como aquelas se relacionam com a doença e com o seu tratamento, destacando particularmente a sua importância na gestão dos auto-cuidados e no desenvolvimento de complicações crónicas.

Num primeiro momento, apresenta-se uma análise sobre os aspectos psicossociais que têm revelado ser importantes na gestão da diabetes, designadamente adesão ao tratamento, apoio social, stress, estratégias para lidar com a doença e humor negativo.

Num segundo momento, apresenta-se uma reflexão sobre possíveis linhas de intervenção psicológica que se poderão revelar úteis com a população com diabetes, designadamente a psicoterapia de apoio, a entrevista motivacional e prevenção da recaída, e a intervenção em grupo, bem como sobre a intervenção psicológica com profissionais de saúde que trabalham nesta área.



## INTRODUÇÃO

### DIABETES MELLITUS

O desenvolvimento do modelo biomédico e a sua aplicação ao domínio da saúde pública, assim como as mudanças nos meios sociais, ambientais e culturais, nomeadamente as mudanças nas condições de vida, permitiram diminuir significativamente a incidência das doenças infecciosas, agudas, que eram responsáveis por uma elevada taxa de mortalidade entre os mais jovens, aumentando a esperança de vida das populações.

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

A diabetes mellitus (D.M.), doença crónica grave conhecida há, pelo menos, 3500 anos, passou de doença rara a verdadeira pandemia, que ameaça aumentar em flecha ao longo deste século, sendo hoje uma causa comum de admissão hospitalar e estando associada a grave morbilidade e a mortalidade prematura (Graça, 2000).

#### **Taxas de incidência da diabetes mellitus**

As taxas de incidência permitem-nos tomar consciência da verdadeira dimensão da “epidemia” da diabetes.

#### *A dimensão do problema a nível mundial*

A diabetes afecta cerca de 2% da população mundial, prevendo-se que ultrapasse os 3% desta na próxima década (Surgenor, Horn, Hudson, Lunt, & Tennent, 2000).

Em comunicado aos meios de comunicação social, em 1998, a World Health Organization (WHO), declarou que se prevê que o número de

adultos afectados pela diabetes mellitus nos países em vias de desenvolvimento aumente, entre 1995 e 2025, 170%, isto é de 84 milhões de pessoas para 228 milhões. No ano de 2025, esses países abrigarão 76% de todas as pessoas com diabetes, quando em 1995 contribuíam para 62% dessa população. No mesmo período, prevê-se que o mundo desenvolvido assista a um aumento de 41% de pessoas com diabetes, população que passará de 51 para 72 milhões de pessoas.

A nível mundial, a WHO (1998) prevê, nesse período de tempo, um aumento de 122% na população com diabetes, que de um total de 135 milhões de doentes passará para 300 milhões, atribuindo esse aumento ao envelhecimento e crescimento da população, assim como à obesidade, dietas pouco saudáveis e a estilos de vida sedentários, factores associados à urbanização e industrialização.

Em 1995, os países em que existia maior número de pessoas com diabetes, e que se prevê que em 2025 ainda o sejam, eram a Índia (19 e 57 milhões, respectivamente), a China (16 e 38 milhões) e os EUA (14 e 22 milhões). Em 1995, entre os 10 países com maior prevalência de diabetes encontravam-se a Rússia (9 milhões), Japão (6 milhões), Brasil (5 milhões), Indonésia (5 milhões), Paquistão (4 milhões), México (4 milhões) e Ucrânia (4 milhões) (WHO, 1998). Em 2025, prevê-se que entre os 10 países com maior prevalência de diabetes se encontrem o Paquistão (15 milhões), Indonésia (12 milhões), Rússia (cerca de 11 milhões), Egipto (9 milhões) e Japão (cerca de 9 milhões) (WHO, 1998).

A WHO (1998) apresenta, ainda, uma reflexão sobre as diferenças entre sexos, idade e zona de residência (urbana/rural) na população com diabetes. Em 1995, a nível mundial, existiam mais mulheres do que homens com diabetes (73 milhões *versus* 62 milhões), sendo que, nos países desenvolvidos, essa discrepância entre homens e mulheres era ainda mais evidente (31 milhões *versus* 20 milhões). Todavia, nos países em desenvolvimento, a percentagem de doentes com diabetes era, surpreendentemente, igual entre os dois sexos (42 milhões em cada caso). A WHO (1998) prevê que, em 2025, a diferença entre mulheres e homens vá diminuir (159 milhões *versus* 141 milhões) e que, nos países em desenvolvimento, considerados globalmente, ocorra um aumento das pessoas com diabetes sobretudo nas áreas urbanas.

A WHO (1998) adianta, também, que, a manter-se a tendência em relação à estrutura etária da população com diabetes, em 2025 a maioria das pessoas com esta doença nos países desenvolvidos terá 65 ou mais anos de idade, enquanto que nos países em desenvolvimento se situará na faixa etária entre os 45 e os 64 anos. Tal significa que cerca de 170 milhões de

mulheres e homens que vivem em partes do mundo em desenvolvimento, em menos de trinta anos, estarão a sofrer de diabetes em anos da sua vida que deveriam ser dos mais produtivos. Estes factos levaram a WHO, em 1998, a estimular o desenvolvimento de estratégias com vista a diminuir a morbilidade e mortalidade prematuras relacionadas com esta doença.

### *A dimensão do problema em Portugal*

Em 1996, M.B. Serra considerava que, em Portugal, existia meio milhão de pessoas com diabetes, o que significava que, em cada 20 pessoas, uma teria esta doença. Mais recentemente, Catarino (2001), ao apresentar os dados epidemiológicos relativos às taxas de mortalidade por diabetes mellitus no Continente e Regiões Autónomas, no ano de 1999, refere que a taxa total é de 25,0 por 100000 habitantes, sendo de 26,4 por 100000 habitantes para os homens e de 23,8 por 100000 habitantes para as mulheres. Estes dados parecem contrariar o padrão mundial referido pela WHO (1998), no seu comunicado.

A diabetes constitui uma das principais causas de morte em Portugal e é uma das doenças que, quando mal geridas, parece provocar mais sequelas. Todavia, embora situados abaixo do limiar da esperança média de vida, a maioria dos indivíduos com diabetes atinge ou ultrapassa a década dos 60 anos (M.B. Serra, 1996). Desta forma, quanto mais precoce for o diagnóstico da diabetes, mais anos a pessoa terá de gerir a doença. Assim, uma pessoa cujo diagnóstico tenha sido feito quando tinha apenas 3 ou 4 anos de idade, poderá ter de viver cerca de 60 a 70 anos sujeita diariamente ao tratamento, isto é, praticamente desde o seu nascimento até à sua morte. Mesmo quando o diagnóstico é feito por volta dos 40 anos (o que é comum na diabetes tipo 2), o doente terá de fazer essa gestão durante cerca de 20 ou 30 anos.

### **Classificação da diabetes mellitus**

A diabetes mellitus constitui um conjunto heterogéneo de situações clínicas, de etiologias múltiplas, caracterizado por hiperglicemia crónica com alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, resultante de defeitos na secreção de insulina, na sua acção ou de ambos (Ruas, 1997; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000; 2003). Actualmente, adopta-se a

nomenclatura diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 para classificar a diabetes. Esta classificação indica que as perturbações agrupadas sob o termo diabetes diferem marcadamente na patogénese, história natural, resposta à terapêutica e prevenção.

### *A diabetes mellitus tipo 1*

A Diabetes Mellitus tipo 1 surge, geralmente, antes dos 30 anos (sobretudo na infância e adolescência), devendo-se a uma secreção de insulina baixa ou indetectável com propensão para a cetoacidose. Este tipo de diabetes resulta, na maioria dos casos, de um processo imunomediado, que conduz à destruição progressiva das células- $\beta$  do pâncreas, o que leva, normalmente, a deficiência absoluta de insulina (denominada diabetes tipo 1 autoimune). Todavia, em alguns casos, não se consegue documentar a existência de um processo imune, denominando-se diabetes tipo 1 idiopática. Na sua origem encontram-se factores como hereditariedade, infecções virais e doença auto-imune, que coexistem frequentemente, não parecendo determinantes isoladamente (American Diabetes Association, s.d.; Direcção Geral da Saúde, 2002; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000; 2003).

A diabetes tipo 1 constitui um dos problemas de saúde mais prevalente e grave nos jovens, sendo que a sua incidência parece variar, conforme o país, entre 0,013% e 4,59% nos jovens dos zero aos 29 anos. A investigação aponta para um aumento dessa incidência, até ao ano 2020, em cerca de 45% a 60% (Pickup & Williams, 1997).

Na diabetes mellitus tipo 1 é possível, ainda, distinguir a diabetes tipo LADA (*Latent autoimmune diabetes in adults*), que é uma forma de diabetes insulino dependente, cujo aparecimento ocorre, geralmente, depois dos 35 anos e que resulta de um processo imunomediado. A diabetes tipo LADA manifesta-se como a D.M. tipo 2, apesar de não estar relacionada com a obesidade, e é controlada inicialmente por dieta e anti-diabéticos orais, embora os doentes acabem por necessitar de tratamento com insulina (Pickup & Williams, 1997).

### *A diabetes mellitus tipo 2*

A D.M. tipo 2 caracteriza-se pela combinação da resistência à insulina (insulinoresistência) e da deficiência de insulina (insulinopenia), sendo esta última menos grave do que na D.M. tipo 1, e pelos níveis de insulina

permanecerem suficientemente elevados para prevenir a lipólise e a cetoacidose espontânea (American Diabetes Association, 2000b,d; Direcção Geral da Saúde, 2002; Pickup & Williams, 1997; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000; 2003).

Os doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 não necessitam de tratamento insulínico para permanecerem vivos, apesar de cerca de 20% desses doentes serem tratados com insulina para controlar os níveis de glicose (Pickup & Williams, 1997).

A D.M. tipo 2 representa, na maioria dos países, 85% da população diabética, e afecta provavelmente 5 a 7 % da população ocidental e 10% das pessoas com mais do que 70 anos (Pickup & Williams, 1997). Este tipo de diabetes tem-se tornado cada vez mais comum em vários países, quer em grupos mais idosos, quer em grupos jovens.

O pico mais elevado de aparecimento da D.M. tipo 2 ocorre aos 60 anos de idade, mas muitos dos indivíduos são diagnosticados como tendo D.M. tipo 2 após os 40 anos (Pickup & Williams, 1997).

Sabe-se que a sua origem é genética (associada a aspectos multigenéticos ainda não totalmente estudados) e associada a alterações ambientais, estando frequentemente relacionada com estilos de vida, atitudes e comportamentos, que conduzem, muitas vezes, à obesidade. A concordância em gémeos idênticos é superior a 60% e a sua prevalência tem aumentado nos grupos mais idosos, mas também nos mais jovens (American Diabetes Association, s.d.; Pickup & Williams, 1997; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000).

Os factores genéticos parecem determinar a maior parte da susceptibilidade à D.M. tipo 2. Todavia, outros factores podem contribuir para este tipo de diabetes, incluindo a ingestão calórica excessiva e a inactividade física, que predispõem para a obesidade, a má nutrição *in utero* e na infância, que pode afectar o desenvolvimento das células- $\beta$ , medicamentos diabetogénicos, gravidez e o excesso de hormonas contra-reguladoras (Pickup & Williams, 1997).

A obesidade está presente em cerca de 50% dos homens e 70% das mulheres com D.M. tipo 2 e predispõe fortemente para a doença (Pickup & Williams, 1997). A obesidade central, com deposição de gordura visceral, é particularmente importante na indução da resistência à insulina e está associada à intolerância à glicose, hipertensão arterial e hipertrigliceridemia (“síndrome X”) (Boyko, Fujimoto, Leonetti, & Newell-Morris, 2000;

M.H.C.P. Silva, 1999; Pickup & Williams, 1997; Samaras & Campbell, 2000; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000).

A diabetes tipo 2 surge quando, à resistência à insulina, se associa a insulinoopenia absoluta ou relativa, isto é, quando o aumento da secreção de insulina já não compensa a resistência.

Cerca de 50% dos doentes com D.M. tipo 2 apresentam sintomas clássicos de hiperglicemia, mas muitos são diagnosticados casualmente ou mais tarde, quando já sofrem de complicações relacionadas com a diabetes, nomeadamente de retinopatia. A D.M. tipo 2 é insidiosa e está frequentemente presente vários anos antes do diagnóstico (Pickup et al., 1997; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000).

### *O tratamento da diabetes mellitus*

Em geral, o que leva o indivíduo a procurar o médico é a hiperglicemia, que se manifesta, frequentemente, através de sintomas como poliúria (motivo pelo qual a diabetes mellitus é conhecida desde a antiguidade como a doença na qual a robustez do corpo se dissolvia na urina), polidipsia, polifagia, perda de peso, modificações no apetite, fadiga, visão embaçada (American Diabetes Association, s.d.; Eiser, 1985; Ferreira, 1998; Genuth, 1982; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003).

Os objectivos essenciais do tratamento da diabetes são a compensação ou controlo metabólico e consequente prevenção das complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia) e prevenção ou atraso no desenvolvimento das complicações crónicas, que constituem respectivamente um perigo imediato para a vida do doente e uma ameaça lenta e progressiva à sua saúde. O tratamento visa a compensação metabólica e a normalização dos valores glicémicos ao longo do dia. Contudo, é quase impossível, com as metodologias de tratamento actualmente disponíveis, obter um controlo glicémico óptimo (American Diabetes Association, 2000d, 2003a,b; Pádua, 1998; Ruas, 1992b).

Como não existem duas pessoas exactamente iguais, o regime de tratamento para cada doente é, necessariamente, individualizado. Ainda assim, podem distinguir-se algumas regras gerais no tratamento dos diferentes tipos de diabetes (American Diabetes Association, s.d.).

O tratamento da diabetes requer um cuidadoso equilíbrio entre alimentação, exercício físico e injeções de insulina e/ou anti-diabéticos orais, assim como uma frequente auto-monitorização do nível de glicose no sangue, auto-cuidados que variam com o tipo de diabetes e de doente para doente (Cox, Gonder-Frederick, & Saunders, 1991; Pádua, 1998; Wing, Epstein, Nowalk, & Lamparski, 1986).

A alimentação deve ser equilibrada e racional, pouco diferindo da que deverá fazer uma pessoa que não tenha diabetes, não consistindo da mítica “dieta de couves”, nem numa alimentação sujeita a uma restrição severa (American Diabetes Association, 2000f; Ruas, 1992a).

A insulino-terapia é utilizada, principalmente, no tratamento da diabetes tipo 1, podendo, contudo, ser também utilizada na diabetes tipo 2, quando os anti-diabéticos orais e o regime alimentar, com emagrecimento, não permitem controlar a situação metabólica. As doses de insulina são ajustadas com base na auto-monitorização glicémica, para a realização da qual o doente recorre a um pequeno aparelho, que permite avaliar o nível de glicose no sangue rapidamente, através do sangue capilar obtido por picada no dedo (American Diabetes Association 2000f; Carvalho & Pádua, 1998; Ruas, 1992a).

Os anti-diabéticos orais que podem ser usados no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 dividem-se em sensibilizadores à insulina com acção primária no fígado (metformina), sensibilizadores à insulina com acção primária nos tecidos periféricos (glitazonas), insulina secretagogos (sulfonilureias e glinidas) e agentes que atrasam a absorção de hidratos de carbono (inibidores de  $\alpha$ -glucosidase).

O exercício físico constitui um dos principais componentes do tratamento da diabetes. No entanto, e particularmente na diabetes tipo 1, é importante que sejam tomadas as precauções necessárias para evitar episódios de hipoglicemia ou para actuar o mais rapidamente possível se esta ocorrer e que se evite realizar exercícios físicos sozinho ou que representem um perigo em caso de crise hipoglicémica (como, por exemplo, mergulho ou alpinismo) (American Diabetes Association, 2000a; Vinha & Medina, 1988). Em caso de complicações tardias da diabetes, o exercício físico pode ser contra-indicado.

É exigido à pessoa com diabetes que se envolva totalmente no seu tratamento e se assuma como um agente activo na gestão da sua doença. O equilíbrio entre alimentação, medicação e actividade física, necessário ao tratamento da diabetes, afecta toda a vida diária, implicando, muitas vezes, profundas alterações no estilo de vida. O tratamento da diabetes é

extremamente exigente, complexo e implica grande responsabilidade por parte do doente, durante toda a sua vida a partir do momento do diagnóstico (Amaral, 1997; Cox & Gonder-Frederick, 1992; Cox et al., 1991; Dorchy, 1996; Seabra, 1997; Vinha & Medina, 1988).

## **Mortalidade e diabetes**

As pessoas com diabetes não só correm o risco de desenvolver complicações crónicas da doença, como também de ver a sua esperança de vida diminuída (American Diabetes Association, 2000e; Biderman et al., 2000; Brun et al., 2000; Gu, Cowie & Harris, 1998; Morgan, Currie, & Peters, 2000; Rajala, Pajunpää, Koskela, & Keinänen-Kiukaanniemi, 2000; Sochett & Daneman, 1999; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000).

Em relação à esperança de vida, a investigação sugere que esta é reduzida em cinco a dez anos nos doentes com diabetes, quando comparados com a população em geral (American Diabetes Association, 2000c; Pickup & Williams, 1997).

Morgan et al. (2000) verificaram a existência de diferenças entre os dois sexos, constatando que a diminuição da esperança de vida é de cerca de sete anos para os homens e de sete anos e meio para as mulheres com diabetes. Por seu lado, Brun et al. (2000) concluíram que a taxa de mortalidade nos doentes com D.M. tipo 2 é três vezes superior à da população em geral.

Rajala et al. (2000) constataram que, se na D.M. tipo 2, a elevada mortalidade está associada, sobretudo, à doença cardiovascular, na D.M. tipo 1, para além de estar associada à doença cardiovascular, também parece estar associada às complicações agudas da diabetes, nomeadamente às crises hiperglicémicas e hipoglicémicas, assim como à doença renal.

Segundo Brun et al. (2000), a mortalidade está fortemente associada à duração da diabetes e as doenças cardiovasculares lideram as causas de morte nos doentes com diabetes tipo 2. A morte por doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no sexo masculino, ainda que, entre as mulheres, a morte por doença cardiovascular seja mais frequentemente atribuída a outras causas que não a isquemia (Brun et al., 2000).



## *Complicações crónicas da diabetes*

A diabetes é uma doença ainda sem tratamento absolutamente satisfatório, cujo principal problema clínico reside nas suas complicações crónicas, que têm um espectro espantosamente alargado. Não existe praticamente nenhum órgão ou sistema orgânico que não possa ser afectado por esta doença.

Apesar do reconhecimento da importância da manutenção de um bom controlo metabólico e dos esforços dos doentes e dos profissionais de saúde, não é possível evitar totalmente as perdas de visão, problemas renais, cardíacos, nas artérias e nos nervos periféricos, nem a diminuição de 5 a 10 anos na esperança de vida destes doentes. O desenvolvimento de complicações deve-se, em parte, às limitações da terapia insulínica, ainda que intensiva, e dos outros tratamentos disponíveis actualmente, na manutenção de um controlo óptimo nos indivíduos com diabetes tipo 1, e à dificuldade de perda de peso e alteração do estilo de vida nos indivíduos com diabetes tipo 2.

Nos últimos 20 anos, tem-se assistido a um aumento do interesse em relação aos aspectos psicossociais e à qualidade de vida das pessoas com diabetes. Porém, o impacto da doença, do tratamento e, especialmente, das complicações (agudas e/ou crónicas) na qualidade de vida em adultos com diabetes tem sido pouco estudado e as investigações têm conduzido a resultados inconclusivos, não consensuais e, mesmo, antagónicos.

A Declaração de St. Vincent, manifesto aceite pela Europa, que apela a um esforço no sentido de controlar e diminuir a existência de complicações crónicas da diabetes e de melhorar a qualidade de vida e bem-estar destes doentes, data já de 1990. Todavia, se a nível da Medicina se têm multiplicado os esforços para cumprir os objectivos traçados nesta Declaração, a nível da Psicologia o mesmo não parece acontecer, permanecendo uma área pobremente explorada.

As complicações microvasculares e macrovasculares da diabetes são praticamente desconhecidas nas crianças muito jovens e são extremamente raras nos adolescentes, mesmo que estes sofram de diabetes há vários anos (Sochett & Daneman, 1999), sendo que o maior impacto das complicações crónicas se faz sentir 15 a 20 anos após o início da doença (Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group, 1999).

Entre as complicações crónicas da diabetes contam-se a microangiopatia (retinopatia, nefropatia e pé diabético), a macroangiopatia (nomeadamente a doença cardíaca coronária, a cardiomiopatia diabética e o acidente

vascular cerebral) e a neuropatia autonómica (designadamente alterações digestivas, como alterações do peristaltismo, gastroparesia e diarreia diabética; disfunção sexual, como insuficiente lubrificação vaginal, diminuição da libido, disfunção eréctil secundária, modificação do padrão ejaculatório; incontinência urinária e hipotensão ortostática).

## **Reacções ao diagnóstico da diabetes**

O impacto da diabetes e a adaptação à doença tem início com o diagnóstico. Após o diagnóstico de diabetes mellitus, 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 (Casalenuovo, 2002; Jacobson, 1996; Rubin & Peyrot, 1996; Surwit, Feinglos & Scovern, 1983). Contudo, após o primeiro ano, a maioria destes doentes recupera desse impacto inicial (Holmes, 1985; Jacobson, 1996; Kovacs, Brent, Steinberg, Paulauskas, & Reid, 1986).

A negação da doença é uma resposta comum ao confronto com o diagnóstico da diabetes, especialmente na diabetes tipo 2. Se esta estratégia para lidar com a situação (estratégia de *coping*), inicialmente, pode contribuir para integrar esta nova realidade progressivamente, mantendo o equilíbrio emocional, também poderá interferir significativamente com a adesão ao tratamento, tornando-a impossível (Frei Bernardo, 1998; Goldbeck, 1997; Rubin & Peyrot, 1996). Não raramente ocorre, também, a reacção oposta, de catastrofização da situação ou de ênfase dos piores aspectos da doença.

Ao longo do período de progressão da doença, parecem predominar reacções de medo relacionado com as complicações a curto prazo, nomeadamente crises hipoglicémicas e hiperglicémicas (Casalenuovo, 2002).

O aparecimento da diabetes num membro da família não só constitui uma importante e crónica fonte de stress para o doente, como também o pode ser para toda a sua estrutura familiar. Imediatamente após o diagnóstico, os membros da família necessitam de começar a adquirir nova informação e competências básicas para a gestão da doença, que, muitas vezes, implica mudanças pouco desejadas nas rotinas familiares e no estilo de vida da família. A carga económica, a ansiedade em relação ao desenvolvimento de complicações, à redução da esperança de vida e às crises médicas (como,

por exemplo, as crises de hipoglicemia e hiperglicemia) são também fontes de stress que poderão afectar toda a família.

Grant (2001) analisou a literatura sobre o efeito da diabetes na vida doméstica e nas relações familiares, tendo verificado a existência de níveis elevados de stress no sistema familiar. Esse efeito parece ser ainda mais forte na relação conjugal ou entre companheiros, sobretudo se o indivíduo com diabetes for portador de complicações crónicas.

À medida que a doença vai chegando ao final da sua progressão e as complicações crónicas vão progredindo podem desenvolver-se sentimentos de impotência, desespero e desânimo (Casalenuovo, 2002).

### *Aspectos psicossociais e diabetes*

A diabetes mellitus constitui uma das doenças crónicas mais exigentes, quer do ponto de vista físico, quer 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, Hess, & Hiss, 1988).

Nos últimos 20 anos, tem-se assistido a um aumento do interesse em relação à qualidade de vida e aos aspectos psicossociais das pessoas com diabetes. Porém, as investigações têm conduzido a resultados inconclusivos, não consensuais e, mesmo, antagónicos.

## CAPÍTULO 1

### ADESÃO AO TRATAMENTO E DIABETES MELLITUS

A preocupação com a adesão das pessoas com doença aos tratamentos despontou, no século IV a.C., com os trabalhos de Hipócrates, que verificou que os doentes frequentemente mentiam quando diziam que tomavam os medicamentos.

O problema da não adesão é considerado por muitos autores como um dos maiores problemas com que a Medicina se confronta actualmente, sendo esta uma das maiores causas do fracasso dos tratamentos, a par da questão da eficácia destes, e uma das principais responsáveis pela morte prematura e incapacidade dos indivíduos (Cluss & Epstein, 1983; DiNicola & DiMatteo, 1984; Janis, 1984; Vázquez, Rodríguez, & Álvarez, 1998).

Este é um problema que tem sido examinado extensivamente, quer a nível teórico, quer a nível empírico. Nos anos 70, o problema do não seguimento dos conselhos médicos passou a ser conceptualizado como um problema científico, passível de ser estudado e resolvido (Lutfey & Wishner, 1999).

O conhecimento acerca dos determinantes da adesão às recomendações médicas começou a acumular-se lentamente, mas permanece, ainda assim, num estágio que podemos considerar primitivo. Kubeck (2001) considera a qualidade da maior parte dos estudos desenvolvidos na área da adesão ao tratamento como sendo questionável, acusando os autores de não definirem o construto e de utilizarem formas de avaliação não replicáveis. Por outro lado, a maioria dos estudos científicos realizados até à data é de natureza correlacional, pelo que pouca informação existe sobre o papel causal dos seus determinantes (Janis, 1984).

Também na década de 70, nasceu o termo concordância (“*compliance*”) como uma alternativa à forma como o comportamento do doente era, até então, compreendido. O comportamento de não cumprimento das recomendações médicas deixou de ser considerado como simples resultado da teimosia e insensibilidade do doente, procurando afirmar-se como conceito isento de julgamentos pessoais.

Uma revisão atenta da literatura revela a evolução do conceito de adesão ao tratamento ao longo dos tempos.

Sackett e Haynes (1976), na sua primeira grande revisão da literatura acerca da adesão, definiram concordância (“*compliance*”) como a extensão em que o comportamento da pessoa (tomar a medicação, seguir uma dieta, fazer mudanças no estilo de vida) coincide com a prescrição clínica. Estes autores consideravam que, para um indivíduo ser qualificado como não aderente, teria de (propositadamente ou não) ignorar, esquecer ou não compreender a recomendação clínica. O termo não aderente estava, assim, intimamente associado a um julgamento negativo do doente, uma vez que a ele estava subjacente a valorização do papel de obediência que deveria ser desempenhado por este e a sua conceptualização enquanto mero recipiente passivo dos cuidados médicos (Eiser, 1985; Leventhal & Cameron, 1987; Myers & Midence, 1998; Ward-Collins, 1998).

Numa outra revisão mais tardia, Haynes, Taylor e Sackett (1979) optaram por alterar o termo “prescrição clínica”, substituindo-o por “conselho médico ou de saúde” e passaram, também, a considerar os termos “*compliance*” (concordância) e “*adherence*” (adesão) como equivalentes.

Esta aproximação dos dois termos, segundo Kristeller e Rodin (1984), diluiu uma importante distinção, pelo que estes dois autores propuseram uma diferenciação. O termo concordância (*compliance*) foi associado à descrição da extensão com que o indivíduo aceita e segue fielmente o conselho e orientações do profissional, partindo do princípio de que o indivíduo é subserviente à posição autoritária do médico, enquanto o termo adesão (*adherence*) foi associado a um envolvimento mais activo e voluntário do doente no curso de um tratamento que foi mutuamente aceite (Kristeller & Rodin, 1984; Meichenbaum & Turk, 1987; Myers & Midence, 1998).

Alguns autores encaram o uso dos termos concordância e adesão contra-producente, considerando que a ambos está implícita a ideia de que o problema se encontra no comportamento do doente, propondo como alternativa os termos *auto-cuidado* ou *auto-gestão* da doença (Glasgow & Anderson, 1999).

Não há acordo na literatura em relação a quando um doente deve ser rotulado de não aderente, dado a adesão não significar apenas o cumprimento absoluto ou total do regime de tratamento, podendo ser apenas parcial, e depender do tipo de doença, do regime de tratamento e da metodologia utilizada para a avaliar (Myers & Midence, 1998).

## **Adesão ao tratamento na diabetes**

É esperado que os doentes com diabetes sigam um complexo conjunto de acções comportamentais de cuidados numa base diária, desde o momento

em que é feito o diagnóstico da doença e ao longo de toda a sua vida. Essas acções envolvem o estilo de vida, medicação (insulina ou anti-diabéticos orais), monitorização dos níveis de glicemia capilar, resposta a sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia, cuidados com os pés e procura de cuidados de saúde adequados para a diabetes ou para outros problemas de saúde. O regime é, ainda, complicado pela responsabilidade que o doente tem de integrar e sequenciar todas estas tarefas comportamentais na rotina do dia-a-dia, isto é, pela exigência que lhe é feita para que tome constantemente decisões complexas relativamente ao tratamento. Os doentes podem ter de modificar os seus comportamentos de auto-cuidado de situação para situação, não havendo, frequentemente, uma prescrição comportamental estandardizada que lhe possa ser dada e que se mantenha válida através de todas as situações (McNabb, 1997).

Parece haver consenso quanto a considerar que se trata de um tratamento extremamente desafiante pelo grau de envolvimento activo fora do comum que exige ao doente e que a adesão a este deve ser percebida como se desenrolando num *continuum* e não segundo uma dicotomia de sucesso/insucesso (Basco, 1998; Cox et al., 1991; Eiser, 1985; Fisher, Delamater, Bertelson, & Kirkley, 1982; Glasgow & Anderson, 1999; Lutfey & Wishner, 1999; McNabb, 1997; Ryan, 1997; Warren & Hixenbaugh, 1998).

A definição de adesão ao tratamento da diabetes constitui um difícil desafio. De facto, na *10th Annual Conference of Behaviour Research on Diabetes Mellitus*, realizada na Florida, em Fevereiro de 1996, um grupo internacional de investigadores foi incapaz de chegar a acordo quanto a uma definição única de adesão, e também não foi capaz de identificar um instrumento estandardizado para a avaliação deste construto (McNabb, 1997).

Dadas as características do tratamento da diabetes e a responsabilidade do próprio doente ou dos seus familiares, alguns investigadores abandonaram o termo “adesão”, que identificam com o grau em que o doente segue um conjunto pré-determinado de comportamentos ou acções de cuidados com a diabetes estabelecidos em cooperação com o profissional, e passaram a adoptar termos como “auto-gestão” (*self-management*) ou actividades de “auto-cuidados da diabetes” (*diabetes self-care activities*). O termo auto-gestão refere-se um conjunto de competências comportamentais que visam gerir a própria doença, enquanto o termo auto-cuidados da diabetes pretende reflectir quer a frequência absoluta com que os comportamentos de auto-cuidados são realizados, quer o seu nível de implementação (Glasgow & Anderson, 1999; McNabb, 1997; Toobert & Glasgow, 1994).

### *Não adesão ao tratamento da diabetes: a dimensão do problema*

Em relação aos doentes com diabetes, a revisão da literatura permite verificar que, à semelhança do que sucede com as doenças crónicas em geral, também em relação a esta doença os resultados não são conclusivos, apontando, no entanto, para uma falta de adesão generalizada e para o facto dos indivíduos com diabetes constituírem um grupo ampla e assustadoramente não aderente.

Cerkonet e Hart (1980) realizaram um estudo com doentes diabéticos, tendo concluído que apenas 7% destes podiam ser considerados totalmente aderentes em todos os aspectos do tratamento. Um outro estudo realizado por Buckalew e Sallis, em 1986, nos E.U.A. e em Inglaterra, permitiu, também, verificar que apenas 7% dos diabéticos aderiam a todos os passos necessários para um bom controlo. O mesmo valor é referido por Lutfey e Wishner (1999).

Num estudo realizado por Kovacs, Goldston, Obrosky e Iyengar (1992), os autores analisaram a não adesão ao tratamento médico, tendo demonstrado que um em cada dois doentes diabéticos se torna não aderente a ponto de fazer a sua saúde correr riscos.

Alguns estudos têm-se debruçado sobre os componentes individuais do regime de tratamento da diabetes, apresentando resultados muito variados.

Quanto à adesão ao regime alimentar entre os doentes com diabetes considerada de uma forma geral, são muito discrepantes os valores de adesão encontrados, variando fortemente de acordo com o estudo em causa. Encontram-se, na literatura, valores de adesão aos cuidados alimentares que vão desde os 20% (Watkins, Williams, Martin, Hogan, & Anderson, 1967), passando pelos 65% (Lutfey & Wishner, 1999), e os 73% (Meichenbaum & Turk, 1987), até aos 80% (Cerkoney & Hart, 1980). Outros estudos apontam para que um terço dos doentes a quem são recomendadas dietas não as cumpra (Holland, 1968; Tunbridge, 1970).

Em relação à adesão à auto-monitorização da glicemia capilar, esta também varia de acordo com os estudos, oscilando entre os 57% e os 70% (Cerkoney & Hart, 1980; Lutfey & Wishner, 1999).

Em estudos realizados entre os anos 60 e 70 observou-se que 40 a 80% das pessoas com diabetes cometiam erros ao testar a glicose na urina ou na administração da insulina (Shenfield & Steel, 1977; Watkins et al., 1967). Os resultados apresentados por Meichenbaum e Turk (1987) também

demonstraram que 80% dos doentes administravam a insulina de forma incorrecta e que 45% não testavam correctamente a urina.

Nos anos 90, Lutfey e Wishner (1999) referiam que a adesão ao regime de insulina variava entre os 20% e os 80%, enquanto que entre os anos 60 e 80 a investigação apontava para que a não adesão à técnica de administração de insulina fosse de cerca de 80% e que a não adesão à combinação adequada de insulinas, cuidados com os pés e auto-monitorização da glicemia é de cerca de 93% (Cerkoney & Hart, 1980; Williams, Anderson, Watkins, & Coyle, 1967).

Lutfey e Wishner (1999) sugerem, também, que a adesão ao exercício físico oscila entre os 19% e os 30%, sendo que a revisão da literatura realizada por McNabb (1997) poucos anos antes aponta para os mesmos valores.

No que diz respeito aos cuidados com os pés, Meichenbaum e Turk (1987) verificaram que cerca de 50% dos doentes com diabetes tinham cuidados insuficientes.

## **Avaliação da adesão ao tratamento na diabetes**

### *Dificuldades metodológicas no estudo da adesão ao tratamento na diabetes*

A maioria dos estudos realizados na área da adesão é de natureza meramente descritiva, analisando um único grupo de doentes num dado momento do tempo e estabelecendo comparações entre os indivíduos considerados como aderentes e não aderentes (Cluss & Epstein, 1983).

Apesar dos numerosos estudos realizados na área da diabetes, os investigadores e clínicos deparam-se com dificuldades metodológicas, que não têm sido fáceis de ultrapassar.

A ausência de índices fiéis e válidos para avaliar os auto-cuidados nas pessoas com diabetes, que se prolongou até muito recentemente, torna difícil determinar se os resultados a que a investigação conduziu são resultado do comportamento actual de auto-cuidados ou se constituem um artefacto resultante do procedimento de avaliação. Com esta delonga na criação de meios para determinar cuidadosamente a frequência e consistência dos comportamentos de adesão ao tratamento, tornou-se difícil formular, com base na investigação, estratégias de intervenção com vista a



melhorar essa adesão, bem como se tornou praticamente impossível a comparação entre diferentes estudos realizados (Toobert & Glasgow, 1994).

Para além dessa inexistência de instrumentos estandardizados para avaliar a adesão ao tratamento da diabetes, os investigadores têm-se confrontado com outros obstáculos ao desenrolar do seu trabalho. Um desses obstáculos é a dificuldade de avaliação da extensão em que o indivíduo segue os conselhos médicos acerca do tratamento da diabetes. Sendo o factor crítico da avaliação da adesão ao tratamento a comparação do comportamento actual com um padrão conhecido, várias são as questões que poderemos colocar, nomeadamente a dos doentes poderem nunca ter recebido a recomendação que está a ser avaliada e de, no caso de a terem recebido, esta poder não ter sido específica (ex: “faça exercício físico”), ou a de, frequentemente, as medidas usadas para avaliar a adesão (ex: percentagem de calorias de gordura saturada) e as instruções do regime diferirem (ex: diminuir o consumo de carne vermelha) (Ryan, 1997; Toobert & Glasgow, 1994).

Uma outra limitação resulta da dificuldade do investigador distinguir os erros da pessoa com diabetes que são devidos a défices nas competências desta ou à fraca precisão e clareza com que o tratamento é formulado e comunicado ao doente, e os erros atribuíveis à não adesão (Cox & Gonder-Frederick, 1992; McNabb, 1997; Toobert & Glasgow, 1994).

Também é difícil quantificar a adesão de doentes que excedem as recomendações médicas, por exemplo, testando a glicemia capilar mais vezes do que as aconselhadas (Toobert & Glasgow, 1994).

Um outro aspecto complexo é a multidimensionalidade do construto de adesão ao tratamento e a relativa independência dos diferentes componentes do regime de tratamento da diabetes. Tem sido demonstrado repetidamente que a adesão a um dado aspecto do tratamento não está fortemente correlacionada com os outros aspectos desse regime. Este fenómeno, caracterizado pela falta de consistência na adesão às diferentes tarefas dos auto-cuidados, é denominado por Cummings, Becker, Kirscht e Levin (1981) como “*crazy quilt*” (como se o tratamento de uma manta de retalhos se tratasse, em que cada retalho ou auto-cuidado faz parte de um todo, mas pode ser considerado e cumprido individualmente).

Uma única medida simples global da adesão ao tratamento da diabetes não consegue captar a complexidade dos comportamentos de adesão, nem permite a investigação dos efeitos isolados e combinados da adesão a diferentes áreas do regime. Alguns autores sugerem que talvez devessem

ser desenvolvidas múltiplas medidas de adesão para diferentes componentes do regime (comportamento alimentar, uso de medicação, monitorização da glicose, comportamentos preventivos ou de segurança, e integração e articulação de todas estas actividades) e, mesmo, para diferentes dimensões dentro da mesma área do regime, para diferentes pontos ao longo do curso da doença, para diferentes tipos de diabetes e para diferentes estádios de desenvolvimento humano (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Ryan, 1997; Toobert & Glasgow, 1994).

Também outras características do tratamento da diabetes, como a sua complexidade, o facto de ser individualizado, variando de doente para doente, e de não ser estático, variando no mesmo doente de situação para situação, parecendo mais ser uma série de “se... então...” do que uma prescrição médica estandardizada, dificultam a avaliação da adesão (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2002c).

Um problema resulta, pois, da variação dos regimes entre indivíduos e das mudanças na adesão do doente ao longo do tempo, de que é exemplo a deterioração da adesão ao longo do tempo nas crianças e nos adultos (Cox & Gonder-Frederick, 1992; McNabb, 1997).

De uma perspectiva metodológica, estes aspectos apontam para a necessidade de recorrer a múltiplas medidas para comportamentos específicos de adesão aos auto-cuidados.

### *Instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento na diabetes*

De uma forma geral, os instrumentos utilizados em investigação sobre a diabetes e referidos na literatura não são aceites pela maioria dos investigadores e não apresentam propriedades psicométricas adequadas.

A avaliação psicológica depara-se, na área da adesão ao tratamento da diabetes, com o problema da ausência de uma abordagem comum para quantificar os níveis de adesão. Enquanto alguns investigadores avaliam a adesão em termos de frequência relativa com que os comportamentos são desempenhados (por exemplo, se não o são nunca, às vezes, frequentemente ou sempre), outros usam instrumentos absolutos, com itens que avaliam, por exemplo, o número de vezes que o doente fez a monitorização num determinado período de tempo. Outros, ainda, calculam a percentagem de tempo em que o doente adere ao regime prescrito, ponderando a percentagem de injeções de insulina prescritas que foram realmente administradas. Apesar deste último método permitir que as variações no regime do doente sejam consideradas, tal não é feito sem

problemas. Por exemplo, quando o doente declara que injectou a insulina o número de vezes por dia recomendado pelo médico, tal pode não significar que a adesão foi de 100%, uma vez que esta pode ter sido mal administrada ou numa dose errada. Assim, o uso de percentagens pode não ser adequado à avaliação de um tratamento tão complexo (McNabb, 1997).

Parece unânime a opinião de que qualquer instrumento que pretenda avaliar a adesão ao tratamento deve permitir obter múltiplos resultados e não valores únicos, uma vez que cada aspecto do regime de tratamento implica diferentes competências e requer níveis muito diferentes de motivação por parte do doente para a sua implementação (McNabb, 1997).

Parece, também, consensual a ideia de que é importante que o instrumento seja capaz de avaliar se as diferenças nos tratamentos se devem a variações no comportamento actual exigidas ao doente na gestão da diabetes ou se se devem a erros na avaliação.

As medidas de adesão e de auto-cuidados da diabetes descritas na literatura variam amplamente, não havendo medidas universalmente aceites. Distinguem-se os estudos que se baseiam na auto-avaliação do doente; trabalhos assentes na auto-monitorização realizada por este; baseados em índices gerais; em índices fisiológicos; na avaliação de outros informadores, como médicos, enfermeiros e outros significativos; e na confirmação objectiva do auto-relato. Cada uma dessas estratégias de avaliação tem as suas limitações e a sua mais valia (Toobert & Glasgow, 1994).

Wagner, Schnoll e Gipson (1998) apontam alguns inconvenientes que podem estar associados à utilização dos instrumentos de auto-monitorização relacionados com a diabetes, nomeadamente o esquecimento de efectuar o registo, a falta de compreensão em relação a como o realizar e a possibilidade de compreender os resultados da auto-monitorização como punição. Em relação aos auto-relatos, estes autores atribuem a sua baixa fidelidade ao facto da adesão ser, frequentemente, avaliada por um item único. A utilização de um conjunto de itens possibilita a sua análise no conjunto, assim como das correlações que se estabelecem entre eles.

McNabb (1997) sugere o desenvolvimento de múltiplos instrumentos de adesão, não apoiando a valorização de um único método. No mesmo sentido, Toobert e Glasgow (1994) defendem o uso de múltiplos tipos de medidas de auto-cuidado para cada um dos aspectos do regime de tratamento da diabetes, alertando, porém, para o facto de que, para que a avaliação seja passível de ser realizada na prática, muitas vezes, a solução passa pela utilização exclusiva de auto-relato.

Um dos instrumentos de auto-relato que tem merecido a atenção da literatura nos últimos anos é o *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA), desenvolvido por Toobert e Glasgow (1994). O SDSCA constitui uma medida de auto-relato da frequência com que o doente completou diferentes actividades de auto-cuidados nos últimos sete dias. As áreas do regime avaliadas são a alimentação, exercício, auto-monitorização da glicose e a toma/injecção de medicamentos. A maioria das questões baseou-se no projecto a larga escala desenvolvido pela Rand Corporation para identificar e desenvolver medidas aceitáveis do ponto de vista psicométrico. A primeira versão da SDSCA consiste em 12 questões. Para cada área do regime, os itens foram construídos para avaliar, quer o nível absoluto de comportamentos de auto-cuidado, quer a adesão do doente às prescrições (a partir da comparação entre o comportamento de auto-cuidado com a prescrição percebida).

Neste questionário, os autores optaram pela evocação dos auto-cuidados nos últimos sete dias, porque é esperado que os auto-cuidados variem com o tempo e se pretende obter uma estimativa estável, e porque pedir aos doentes que se lembrem de detalhes por longos intervalos de tempo pode resultar num aumento das imprecisões.

Segundo Toobert e Glasgow (1994), o estudo do questionário original permitiu concluir que este apresenta validade e fidelidade na avaliação dos auto-cuidados em diferentes áreas do regime da diabetes. Apesar das dificuldades na avaliação da adesão auto-relatada, os resultados do estudo da escala indicam que as suas subescalas são moderadamente estáveis ao longo do tempo (com excepção da monitorização da glicemia). O questionário demonstrou possuir consistência interna, ainda que não se trate de um instrumento unidimensional. É sugerido que o questionário SDSCA não seja usado como um valor da adesão/nível de auto-cuidado total, mas como um sumário de resultados para cada área do regime. Os autores verificaram que o SDSCA apresenta validade concorrente e que se trata de um questionário sensível a intervenções com vista a influenciar o comportamento alimentar e a testar a glicose. Segundo Toobert e Glasgow (1994), o questionário também pode ser usado com vista a identificar doentes com diabetes que sentem dificuldade em lidar com uma ou mais áreas do tratamento da doença.

Toobert, Hampson e Glasgow (2000) apontam algumas limitações ao SDSCA, nomeadamente não avaliar todos os aspectos da adesão/auto-cuidados, como os cuidados com os pés, segurança, auto-regulação da insulina e parecer ser relativamente sensível à influência da desejabilidade social. Numa versão posterior, o questionário passou a abranger os seguintes auto-cuidados: dieta geral, dieta específica, exercício, auto-

monitorização da glicemia, cuidados com os pés e comportamento tabágico (Toobert et al., 2000). Esta última versão é constituída por 11 itens gerais e 14 itens adicionais.

Um outro instrumento criado com o objectivo de avaliar a adesão ao auto-tratamento da diabetes tipo 1 é o *Diabetes Self-Management Profile* (DSMP). Este instrumento, desenvolvido por M.A. Harris et al. (2000), consiste numa entrevista semi-estruturada que inclui os seguintes componentes do regime: exercício, tratamento da hipoglicemia, alimentação, teste de glicemia capilar, e administração e ajuste das doses de insulina. O DSMP demonstrou ser uma medida válida e fiel de avaliação do auto-tratamento, estando mais fortemente correlacionado com a hemoglobina A1c do que outros instrumentos idênticos.

### **Factores associados à adesão ao tratamento na diabetes**

A investigação tem procurado identificar, por um lado, variáveis relacionadas com o indivíduo e, por outro, variáveis relacionadas com a doença e com o tratamento que possam ser relevantes para a adesão aos auto-cuidados da diabetes.

#### *As variáveis do indivíduo*

Warren e Hixenbaugh (1998) referem que a investigação tem demonstrado que as variáveis demográficas predizem fracamente a adesão aos auto-cuidados gerais da diabetes e verificaram que, de acordo com a idade, diferentes são as formas de não adesão. Por exemplo, entre os mais jovens é mais frequente, ao efectuar o registo da auto-monitorização, a alteração intencional dos valores de glicemia para valores mais aceitáveis, enquanto que, nos mais idosos, é mais frequente a omissão desses valores.

Brooks (2002) constatou que, apesar da idade e a escolaridade demonstrarem estar relacionadas com a adesão à dieta, essas características demográficas estão apenas fracamente relacionadas com a percepção das barreiras e a adesão ao tratamento em mulheres afro-americanas grávidas.

A investigação tem demonstrado que os adolescentes com diabetes tipo 1 tipicamente aderem menos ao tratamento do que as crianças mais pequenas, nomeadamente em relação à regularidade das injeções de insulina,

exercício físico, cuidados alimentares e auto-monitorização da glicemia capilar (Hirschberg, 2001).

Warren e Hixenbaugh (1998) analisaram os efeitos combinados da idade e apoio social, tendo verificado que os doentes com idades compreendidas entre 18 e 50 anos apresentavam uma menor probabilidade de aderir ao tratamento na presença dos colegas de trabalho, enquanto os indivíduos diabéticos com mais de 50 anos tinham uma maior probabilidade de não adesão na presença de amigos. Estes autores analisaram, ainda, os efeitos do sexo combinados com o apoio social na adesão aos auto-cuidados, tendo constatado que os homens apresentam uma menor adesão ao tratamento da diabetes na presença de colegas de trabalho do que as mulheres (Warren & Hixenbaugh, 1998).

Uma revisão dos estudos publicados nesta área levou Lutfey e Wishner (1999) a afirmar que, se alguns estudos encontram uma correlação entre classe social, educação, isolamento social e estado civil com o comportamento de não adesão, outros estudos obtêm resultados antagónicos, não encontrando qualquer relação entre a adesão e estas variáveis.

Uma das variáveis psicológicas que tem sido alvo de estudo no domínio da adesão ao tratamento é o humor negativo. A literatura sugere que, nas crianças e nos adultos, a presença de perturbações psicológicas, como depressão e ansiedade, está associada a uma má gestão da diabetes, apesar de nem todos os estudos replicarem essa relação (Kovacs & Feinberg, 1982; Nagasawa, Smith, Barnes, & Fincham, 1990).

Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo e Kravitz (1992) verificaram que os doentes que sentiam maior *distress* com a sua saúde ou que apresentavam pior funcionamento físico e pior desempenho físico tinham, de uma forma geral, menor probabilidade de aderir aos auto-cuidados da diabetes. Também Ryan (1997) considera que os estados emocionais podem influenciar o controlo metabólico directamente, interferindo via sistema nervoso autónómico, ou indirectamente, interferindo com a capacidade da pessoa gerir a sua doença.

Os traços de personalidade também têm sido associados à adesão ao tratamento da diabetes. A investigação tem sugerido que as características da personalidade predizem o controlo metabólico em adultos. Segundo Ryan (1997), os indivíduos com forte necessidade de realização e níveis elevados de resposta às exigências sociais têm maior probabilidade de apresentar bom controlo metabólico. Em contraste, o controlo tende a ser pior em personalidades dependentes, caracterizadas pela dificuldade em

manter relações interpessoais, com pobre controlo do impulso e comportamentos que tendem para a autodestruição (Ryan, 1997).

Um dos estudos realizados neste domínio permitiu constatar que os indivíduos “com temperamentos alienados, oportunistas e explosivos” apresentavam um pior controlo glicémico (Lustman, Frank, & McGill, 1991) e um outro demonstrou que os indivíduos perfeccionistas, que conceptualizam a adesão em termos de tudo ou nada, quando não conseguem atingir um bom controlo glicémico, sentem que fracassaram, o que gera emoções negativas, como tristeza, frustração e raiva, que diminuem a motivação (Basco, 1998). Basco (1998) conclui, a partir do seu estudo, que é importante ajudar os doentes com diabetes a conceptualizarem o tratamento como um *continuum* e não em termos de tudo ou nada/ sucesso ou insucesso e ajudá-los a compreender que existem várias opções entre o cumprir tudo e o não cumprir nada, bem como que o tratamento da diabetes não deve ser percebido em termos de resultado, mas como um processo, em que o doente deve procurar fazer o melhor possível.

As competências de *coping* dos doentes, quer em termos de resolução de problemas específicos da diabetes, quer de capacidade para lidar com o stress da vida, podem influenciar os auto-cuidados e o resultado do tratamento (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Ryan, 1997). Por exemplo, Sherbourne et al. (1992) constataram que os doentes mais jovens e que usam estratégias de *coping* de evitamento tendem a seguir menos as recomendações específicas dos médicos em relação ao tratamento da diabetes.

Também o *locus* de controlo tem sido analisado enquanto variável psicológica susceptível de influenciar a adesão. Ryan (1997) verificou que os doentes com diabetes com um *locus* de controlo interno, isto é, que crêem que são responsáveis pela sua saúde, tendem a apresentar uma melhor adesão ao tratamento e um melhor controlo metabólico do que os doentes com um *locus* de controlo externo, que crêem estar à mercê do destino ou de qualquer outra força exterior.

Se, nos anos 80, Schlenk e Hart (1984) consideravam que a relação entre crenças de saúde e adesão ao tratamento da diabetes ainda não tinha sido suficientemente demonstrada de forma a fornecer um preditor clínico útil, nos anos 90, as dúvidas parecem ter-se dissipado. As crenças de saúde, a percepção de susceptibilidade, percepção de controlo, auto-eficácia e a expectativa de resultados (benefícios/barreiras) têm demonstrado estar correlacionadas com a adopção e manutenção de comportamentos específicos de adesão aos auto-cuidados em adultos com diabetes e os procedimentos utilizados para a mudança destas variáveis têm demonstrado

ser úteis para aumentar a adesão ao tratamento (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Cox et al., 1991; Johnston-Brooks, Lewis & Garg, 2002; Kovacs & Feinberg, 1982; Watts, 1980).

Watts (1980) salienta que a adesão é superior quando o doente vê a sua doença como sendo grave e quando este se considera como estando pessoalmente em risco e Lutfey e Wishner (1999) enfatizam que as crenças de saúde do doente em relação aos benefícios do controlo da diabetes a longo prazo são particularmente determinantes para a compreensão da implementação dos auto-cuidados.

A representação cognitiva que o doente tem dos sintomas, causas da diabetes, duração e consequências da doença, do seu tratamento e da possibilidade de controlo parece ser fundamental para a compreensão do processo de adesão aos cuidados da diabetes.

A investigação sugere que, entre os doentes com diabetes, ainda que seja comum a percepção de que se é capaz de detectar alterações no valor da glicemia no sangue através dos sintomas associados a essas oscilações, tais avaliações são pouco exactas e os doentes parecem ir perdendo sensibilidade a esses sintomas à medida que a duração da doença se vai tornando maior. Wagner et al. (1998) salientam a importância das crenças do doente em relação às pistas corporais, que se mostram muito prevalentes, apesar de nem sempre estarem correctas, bem como das expectativas de resultado, que considera poderem quer inibir a auto-monitorização, quer promovê-la (o que acontece, neste último caso, sobretudo quando o doente pensa que os resultados esperados são normais).

A forma como o doente percebe e interpreta os seus sintomas é determinante para a adesão. Não raro parece ser o receio que os doentes têm de sofrer de episódios de hipoglicemia (que podem ser considerados embaraçosos, provocar acidentes e, inclusive, coma), receio esse que, geralmente, resulta em ansiedade em relação à diminuição da glicemia e num esforço deliberado para a manter acima dos valores desejáveis (Hampson, 1998).

Por outro lado, os doentes que durante um longo período de tempo sofreram de hiperglicemia podem sentir-se pior quando o valor de glicemia se aproxima rapidamente do valor considerado desejável para os profissionais de saúde, o que poderá funcionar como um reforço da tendência do doente para manter o nível de glicemia elevado (Hampson, 1998).

Frequentemente, o aparecimento da diabetes é associado pelos doentes a sentimentos de auto-culpabilização, que se reflectem na adesão ao



tratamento. Mesmo quando existe história familiar de diabetes, não é raro os doentes atribuírem o diagnóstico desta doença ao facto de haver períodos em que comiam quantidades exageradas ou alimentos açucarados, ainda que se saiba que outros factores, como hereditariedade, stress, choque emocional ou físico, entre outros, se podem encontrar na génese desta doença. A investigação e a experiência clínica sugerem que um elevado número de doentes acredita ter, de alguma forma, contribuído para o desenvolvimento da doença (Hampson, 1998).

Também as crenças relacionadas com a duração ou curso da doença demonstram ser preditores importantes da adesão ao tratamento na diabetes, destacando-se dois tipos de percepção: por um lado, a percepção da doença como um problema agudo, que está associada ao abandono do tratamento; e, por outro, as interpretações fatalistas da diabetes. Quando a doença é atribuída ao destino, percebida como não controlável e com uma evolução definida *a priori*, o tratamento é mais facilmente negligenciado (Hampson, 1998). Em geral, uma mais forte percepção de controlo sobre a diabetes parece estar associada à presença de um melhor controlo glicémico, o que se desconhece se será causa ou/e consequência deste (Hampson, 1998).

Ryan (1997) encontrou diferenças significativas quanto à relação idade do doente e crenças determinantes da adesão aos auto-cuidados. Enquanto que para os mais novos, o traço mais crítico parece ser a percepção da gravidade e da susceptibilidade, para os mais velhos, parecem mais determinantes os benefícios percebidos da adesão ao tratamento.

Zgibor e Simmons (2002) verificaram que os indivíduos com diabetes apontam como barreiras à auto-monitorização da glicemia aspectos relacionados com a percepção de auto-eficácia e aspectos psicossociais.

Brooks (2002) desenvolveu um estudo com o intuito de identificar as barreiras à adesão ao tratamento em mulheres afro-americanas com diabetes que estavam grávidas, que lhe permitiu verificar que o maior número desses obstáculos estava associado à adesão à dieta e à auto-monitorização da glicemia capilar e que, apesar das dificuldades percebidas e dessa experiência das barreiras, estas conseguiam superá-las parte das vezes, mantendo um controlo glicémico moderado.

Skinner, Hampson e Fife-Schaw (2002) desenvolveram um estudo com o objectivo de analisar a relação entre personalidade, crenças pessoais e os auto-cuidados em indivíduos com diabetes tipo 1, tendo concluído que os efeitos da personalidade nos auto-cuidados são mediados pelas crenças do

doente, nomeadamente pelas expectativas de resultado e pela percepção de susceptibilidade ao desenvolvimento de complicações crónicas.

O auto-conceito e a auto-estima também têm sido relacionados com a adesão, nomeadamente com a adesão à auto-monitorização da glicemia (Wagner et al., 1998).

Alguns estudos têm confirmado a importância da auto-eficácia na adesão ao tratamento na diabetes. Senécal, Nouwen e White (2000) referem que a revisão da literatura demonstra que a elevada auto-eficácia está associada a uma maior satisfação com o tratamento e com um melhor controlo metabólico e que as intervenções que aumentam a auto-eficácia ao nível da alimentação resultam num aumento da adesão aos cuidados alimentares e numa maior capacidade para superar os obstáculos à implementação dos auto-cuidados que vão surgindo. No seu estudo, Senécal et al. (2000) concluem que uma elevada auto-eficácia contribui para a manutenção da adesão e, logo, para um melhor controlo da diabetes, bem como para que os doentes apresentem menos sintomas relacionados com a doença, o que, por sua vez, conduz a uma percepção de menor interferência da diabetes na vida quotidiana e de uma maior satisfação com a vida. Todavia, outros estudos não encontram qualquer relação significativa entre a auto-eficácia e a adesão a comportamentos de auto-cuidados em indivíduos com diabetes tipo 2 (Chlebowy, 2002).

Um outro aspecto do doente com diabetes que tem sido alvo de estudo, sobretudo na última década, é a presença de perturbações do comportamento alimentar, que, nesta população, têm consequências ainda mais graves do que na população em geral. A investigação demonstrou que as raparigas diabéticas com perturbação do comportamento alimentar omitem, frequentemente, injeções de insulina, com o objectivo de produzirem hiperglicemia e diminuição do peso, sendo essa omissão intencional de injeções de insulina considerada, nesses casos, como equivalente a um comportamento compensatório. Estas jovens apresentam uma menor adesão ao tratamento, pior controlo metabólico e mais complicações secundárias à diabetes do que as outras jovens com diabetes (Crow, Keel, & Kendall, 1998; Rodin, Craven, Littlefield, Murray, & Daneman, 1991; Rodin et al., 2002; Schwartz, Weissberg-Benchell, & Perlmutter, 2002).

Também a fobia ou medo a injeções ou picadas se tem revelado um fenómeno que poderá prejudicar a adesão ao tratamento insulínico e à auto-monitorização da glicemia capilar, aumentar o *distress* associado à diabetes, diminuir a qualidade de vida e aumentar a co-morbilidade psicológica (Mollema, Snoek, Heine, & van der Ploeg, 2001).

O papel do apoio social como preditor da adesão aos auto-cuidados da diabetes tem, igualmente, sido alvo de interesse dos investigadores. A complexidade das relações entre as interações familiares e a adesão ao tratamento nos adultos ainda está muito pouco estudada, tendo a maioria dos estudos realizados até à data se debruçado sobre a criança ou adolescente com diabetes e a sua família.

Os resultados da investigação neste domínio são contraditórios. Alguns autores não encontram qualquer relação significativa entre o apoio social e a adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2 (Chlebowy, 2002). Todavia, outros estudos sugerem que a relação conjugal parece funcionar, quer como uma importante fonte de apoio social, quer como uma potencial origem de stress e que a inclusão de outros significativos em programas de cuidados de saúde tem demonstrado melhorar significativamente a adesão ao tratamento da diabetes. Quando a comunicação familiar é praticamente inexistente, é provável que o apoio (como, por exemplo, lembrar que são horas da medicação, que deve comer uma menor quantidade ou comer em determinado horário) não seja esperado, sendo percebido como criticismo, gerando ressentimento e conduzindo directa e indirectamente à não adesão, depressão, ansiedade e stress (Warren & Hixenbaugh, 1998).

Apesar do ambiente social ter demonstrado ser importante para o controlo da diabetes, o papel dos outros significativos fora da família continua pouco claro. Warren e Hixenbaugh (1998) destacam, dos estudos por eles anteriormente realizados, o facto de, quando usada uma medida geral de apoio social, os homens com bom apoio social dos amigos, ao contrário das mulheres, apresentarem mau controlo metabólico. Porém, quando utilizada uma escala de apoio social específica para a diabetes, a percepção de que se dispõe de bom apoio social parece estar relacionada com uma menor adesão quer nos homens quer nas mulheres. Consideram, ainda, que a função de apoio social dos colegas de trabalho nos homens e mulheres com diabetes é desconhecida, bem como o impacto da diabetes nas suas carreiras.

Cox e Gonder-Frederick (1992) consideram que não é surpreendente que as relações e interações familiares possam aumentar ou diminuir a adesão ao tratamento da diabetes. Alguns estudos têm sugerido que o conflito e disfunção familiar predizem uma pior adesão ao tratamento, enquanto níveis elevados de apoio social, coesão e organização estão associados a uma melhor adesão aos auto-cuidados e melhor controlo metabólico (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Sherbourne et al., 1992).

Garay-Sevilla et al. (1995) constataram que o apoio social é o preditor mais forte e consistente dos diferentes comportamentos de auto-cuidados, nomeadamente da adesão à medicação, nos indivíduos com diabetes tipo 2.

Nestes doentes, o apoio social está também associado a uma maior adesão à dieta, auto-cuidado que beneficia de um maior apoio dos familiares, uma vez que, frequentemente, família e doente partilham as refeições.

Estes investigadores verificaram que os doentes com famílias que exercem um controlo mais rígido apresentam uma menor adesão à medicação e uma diminuição da adaptação à mudança, em particular às mudanças negativas. O controlo rígido promove, também, o desenvolvimento de conflitos com a autoridade, aumentando a negação da doença, aspectos que se reflectem na não adesão ao tratamento. Por outro lado, o desenvolvimento de uma doença com forte carga genética tem um grande impacto na família, podendo alterar a capacidade de adaptação desta e levando-a a adoptar formas de controlo mais rígidas em resposta à ameaça da sua desintegração. Este estudo sugere que um ambiente de controlo mais flexível está associado a uma maior adesão ao tratamento e à percepção de um maior apoio social (Garay-Sevilla et al., 1995).

Garay-Sevilla et al. (1995) verificaram, ainda, que ter cônjuges com idades mais avançadas está associado a uma melhor adesão à medicação, o que pensam poder indicar que o tempo pode melhorar os factores associados à aceitação da doença e do tratamento, e às condições das famílias destes indivíduos.

#### *Aspectos relacionados com o sistema de cuidados de saúde*

Segundo Warren e Hixenbaugh (1998), desconhece-se, ainda, se a satisfação do doente, juntamente com outros factores, conduz a uma melhor adesão ao tratamento da diabetes.

Uma outra influência social que tem sido negligenciada empiricamente é a relação médico-doente. A falta de interesse em negociar ou discutir os conselhos médicos mostra ser um factor mais determinante da não adesão ao tratamento da diabetes e da falta às consultas médicas do que a distância a percorrer para ir à consulta ou o pagamento desta (Jacobson, Adler, Derby, Anderson, & Wolfsdorf, 1991).

O tratamento adequado da diabetes requer uma abordagem de verdadeira colaboração, em que esteja implícito o pressuposto de que o doente e os profissionais de saúde se relacionam como iguais, não se encontrando em níveis diferentes de hierarquia. Se o que se pretende é a responsabilização do doente pelo seu tratamento, é fundamental que o profissional de saúde reconheça a importância de considerar o ponto de vista daquele e avalie a sua compreensão e aceitação dos auto-cuidados propostos. Os doentes com

diabetes têm necessidade de uma abordagem individual do tratamento, que tenha em conta as suas necessidades em constante mudança ao longo do curso da vida, pelo que a negociação dos objectivos do tratamento entre médico e doente é essencial (Glasgow & Anderson, 1999; Schillinger et al., 2003; Warren & Hixenbaugh, 1998).

A investigação sugere que os adolescentes com diabetes classificam o comportamento dos profissionais de saúde em três ou quatro categorias. Duas dessas categorias parecem ser comuns a médicos e enfermeiros: a dos “motivadores” – profissionais que perguntam, ouvem e têm em consideração as opiniões dos adolescentes, para os quais as decisões devem ser tomadas juntamente e cujas acções são influenciadas pelos próprios adolescentes; e os “rotineiros” – profissionais que actuam de acordo com os seus próprios objectivos, que fazem sempre as mesmas perguntas em todas as visitas e que ignoram as respostas dos adolescentes. Em relação aos médicos, os adolescentes referem, ainda, outras duas categorias: a dos “autoritários” e a dos “negligentes”. Para os enfermeiros, apontam uma outra: a dos que “se comportam de acordo com as instruções dos médicos”. É importante notar que os adolescentes que descrevem os profissionais de saúde que os acompanham como sendo “motivadores” são os que mais aderem ao tratamento e que apresentam melhor controlo metabólico. Também a interacção com enfermeiros avaliados pelos doentes como sendo mais controladores e directivos demonstrou estar associada a pior controlo metabólico (Anderson et al., 2000).

As características das consultas médicas têm, também, sido relacionadas com a adesão ao tratamento. A investigação sugere que as consultas médicas irregulares estão associadas a problemas no controlo metabólico e a um risco aumentado de complicações (A.M. Jacobson, 1996) e que uma maior supervisão e monitorização estão associadas a uma melhor adesão do doente diabético ao tratamento (Watts, 1980).

Por outro lado, a adesão parece aumentar à medida que a consulta médica se aproxima. Por exemplo, a adesão à auto-monitorização da glicemia capilar no dia anterior à consulta aumenta para 79%, enquanto que nos trinta dias anteriores é de apenas 30% (Wagner et al., 1998).

A forma como as instruções são transmitidas ao doente pode ser determinante para os seus auto-cuidados. Os estudos sugerem que as instruções verbais aumentam a adesão ao tratamento da diabetes e à medicação em geral (Wagner et al., 1998).

Tendo por base a literatura que sugere que o reforço e *follow-up* podem melhorar a adesão ao tratamento, Hoyson (2001) desenvolveu um

programa, baseado no Modelo de Crenças de Saúde, que consistia numa entrevista estruturada breve e mensal, realizada por telefone, a indivíduos idosos com diabetes. Todavia, a análise dos resultados sugere que não existiu nenhuma diferença significativa nos comportamentos de autocuidados ou no controlo glicémico entre os doentes submetidos ao programa e os do grupo de controlo.

Nem todos os obstáculos que dificultam a adesão ao tratamento da diabetes são facilmente resolúveis. Um factor que tem demonstrado ser determinante é a percepção de barreiras ambientais à realização dos autocuidados, sendo frequente os doentes queixarem-se de dificuldades económicas (Cox et al., 1991; Garay-Sevilla et al., 1995; Kovacs & Feinberg, 1982; Lutfey & Wishner, 1999; Zgibor & Simmons, 2002), ainda que, em Portugal, estas tenham sido atenuadas pelo novo sistema de comparticipação dos medicamentos e dos instrumentos necessários ao tratamento da diabetes.

#### *As variáveis relacionadas com a doença e com o tratamento*

A literatura tem comprovado que os tratamentos médicos de longa duração, como o da diabetes, estão associados a baixos níveis de adesão (Ryan, 1997; Watts, 1980).

A.M. Jacobson et al. (1990) desenvolveram um estudo longitudinal, que revelou que os padrões de adesão estabelecidos no primeiro ano se mantêm ao longo do tempo, ainda que possa ocorrer uma deterioração da adesão à medida que a duração da doença aumenta. Os resultados do estudo realizado por A.M. Jacobson et al. (1990) vão ao encontro dos obtidos em estudos anteriores, que sugerem a ocorrência de maior deterioração da adesão nos doentes entre os 13 e os 15 anos de idade, bem como o estabelecimento precoce de um padrão de regularidade de manutenção das consultas médicas.

O trabalho desenvolvido por estudo A.M. Jacobson et al. (1990) demonstrou, ainda, que os jovens com diabetes tipo 1 com melhor controlo glicémico nos primeiros 4 anos e que mantêm consultas regulares de *follow-up* apresentam menor incidência de retinopatia 10 a 12 anos após o diagnóstico. Os autores constataram que, logo após o diagnóstico e ao longo dos dois primeiros anos pós-diagnóstico, decorre um período de dificuldade de adaptação à diabetes e que os padrões de adesão ao tratamento se estabelecem nos primeiros 2 a 4 anos. Verificaram, ainda, que os padrões de adesão estabelecidos precocemente tendem a persistir no curso da doença.

B.J. Anderson e Laffel (1997) verificaram que a não adesão emerge, em média, 3,5 anos após o diagnóstico e numa idade média de 15 anos, indicando que o terceiro e quarto anos após o diagnóstico da diabetes tipo 1, assim como a adolescência são períodos de risco para a não adesão.

Sherbourne et al. (1992) desenvolveram um estudo longitudinal com doentes crónicos (com hipertensão, diabetes e doença cardíaca) com o objectivo de identificar os antecedentes da adesão às recomendações médicas, tendo constatado que a não adesão no início do estudo era o maior preditor da não adesão dois anos depois.

Kovacs, Iyengar, Goldston, Obrosky e Marsh (1990) verificaram que, à medida que a duração da diabetes tipo 1 aumenta, também aumenta o *distress* emocional do doente em relação à gestão da doença, o que se poderá reflectir numa diminuição da adesão ao tratamento.

Contrariamente, Garay-Sevilla et al. (1995) observaram que o número de anos após o diagnóstico da diabetes é o maior determinante da adesão à dieta, o que consideram poder indicar que, após anos a viver com a doença, as atitudes de negação são reduzidas e os doentes progressivamente aceitam o tratamento. No mesmo sentido apontam os resultados por nós encontrados num estudo anteriormente realizado, em que se verificou que quanto maior a duração da diabetes maior é, também, a adesão aos cuidados alimentares (Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2002b).

A fraca adesão aos auto-cuidados da diabetes parece resultar da combinação de várias características da doença e do seu tratamento, nomeadamente (Vázquez et al., 1998; Warren & Hixenbaugh, 1998; Wagner et al., 1998): (a) tratar-se de uma doença crónica sem desconforto imediato, nem risco evidente (em que um cumprimento moderado permite alcançar um estado assintomático); (b) o tratamento implicar mudanças no estilo de vida (muitas vezes, de hábitos de vida bem consolidados e considerados, pelo doente, como gratificantes); (c) o tratamento ser complexo, intrusivo e inconveniente; (d) não haver uma supervisão directa dos comportamentos; (e) o objectivo do tratamento ser a prevenção (das complicações agudas e crónicas) e não a cura; (f) e o doente poder associar o comportamento de adesão a punição ou prémio (por exemplo, fazer pequenas refeições para aliviar os sintomas de uma crise hipoglicémica pode ser percebido como prémio, aumentando a frequência da ocorrência dessas crises; fazer a auto-monitorização da glicemia pode ser percebido como algo desagradável, o que pode diminuir a frequência desse comportamento).

Frequentemente, as consequências imediatas da adesão ao tratamento são mais aversivas ou punitivas do que as do não cumprimento dos conselhos médicos (Vázquez et al., 1998).

K.W. Watkins et al. (2000) consideram que existe uma relação curvilínea negativa entre dieta e percepção do fardo da diabetes, o que sugere que a percepção desse fardo é menor para os indivíduos que apresentam uma muito fraca ou muito boa adesão ao regime de alimentação. Os autores alertam, também, para o facto do relato de uma elevada adesão à dieta poder ter significados muito diferentes, podendo reflectir facetas tão distintas como um relato deliberadamente errado ou uma incorporação bem sucedida do regime alimentar no estilo de vida do doente.

A mudança no tratamento da diabetes (de anti-diabéticos orais para insulina ou de dieta para dieta conjugada com anti-diabéticos orais) parece ser associada pelos doentes à crença de que se tornou mais difícil aderir ao regime, pelo que Warren e Hixenbaugh (1998) consideram ser importante avaliar até que ponto a mudança no tratamento é stressante para o doente e investigar se há um determinado momento de evolução da doença a partir do qual a pessoa se torna mais resistente às exigências que uma mudança no tratamento implica.

Quanto à presença de complicações crónicas da doença, esta parece estar associada a uma maior adesão ao tratamento, nomeadamente à dieta e toma de anti-diabéticos orais (I. Silva, Ribeiro et al., 2002b).

Warren e Hixenbaugh (1998) alertam para o facto de não podermos presumir que os obstáculos à adesão permanecem constantes ao longo do tempo e para a necessidade de se prestar atenção à evolução dessas barreiras.

### **A falaciosa associação entre adesão aos auto-cuidados da diabetes e hemoglobina A1C**

A literatura parece unânime em assumir que não existe uma relação directa entre uma única variável psicológica e o controlo metabólico e que, pelo contrário, os resultados de saúde são determinados por relações recíprocas e complexas entre variáveis comportamentais, psicológicas e fisiológicas.

Numerosos estudos utilizam como medida da adesão ao tratamento o valor de hemoglobina glicosilada (HbA1), o que introduz um viés nos resultados, dado que esse valor não tem uma relação directa com a adesão, não dependendo apenas desta, mas também de uma série de outras variáveis, como a adequação do tratamento recomendado, a sensibilidade à insulina, características fisiológicas do indivíduo, incapacidade do médico para estabelecer uma comunicação eficaz ou falta de compreensão pelo doente em relação ao que o médico comunicou (Cox & Gonder-Frederick, 1992;



McNabb, 1997; Ryan, 1997). Actualmente é consensual considerar a hemoglobina glicosilada como não sendo um bom indicador da adesão ao tratamento (Grant, 2001; Ryan, 1997; Silva, Ribeiro, et al., 2002b).

É necessário investigar a relação entre as variáveis fisiológicas, ambientais e específicas do regime que possam contribuir para alguma da variância do controlo metabólico.

Existem vários factores, para além da adesão do doente, que podem influenciar o controlo metabólico. Um dos mais óbvios é o regime de tratamento da diabetes. Se o regime não for adequado, muito pouco do que o que doente possa fazer no sentido de aderir levará a um bom controlo metabólico. Outros factores que podem influenciar o controlo glicémico são os psicológicos, factores sobre os quais o doente, frequentemente, tem pouco controlo. Claro que uma outra explicação para a falta de correlação estatisticamente significativa entre adesão e controlo metabólico é que os nossos esforços para avaliar a adesão não são suficientemente precisos (McNabb, 1997).

A investigação revela que não só não há uma relação directa entre adesão e hemoglobina A1c, como também é muito fraca a relação entre a hemoglobina A1c e a motivação do doente para implementar o tratamento (Trigwell, Grant, & House 1997).

### **Relação entre conhecimento e adesão ao tratamento**

A investigação e a prática clínica têm conduzido a resultados curiosos quanto à relação entre conhecimento e adesão ao tratamento. Os resultados confirmam que a educação do doente com diabetes aumenta o conhecimento, mas não há evidência que confirme que essa educação tem impacto na adesão ao tratamento ou no controlo metabólico (Fisher et al., 1982).

A análise dos estudos focados em programas de educação intensivos permite concluir que a melhoria significativa do conhecimento em relação à doença e seu tratamento não parece afectar o controlo metabólico a longo prazo, nem diminuir o número de hospitalizações do doente (Vileikyte, 2000; Warren & Hixenbaugh, 1998; Watts, 1980).

Presentemente aceita-se de forma generalizada que o conhecimento e as competências são condições necessárias, mas não suficientes para garantir a adesão aos auto-cuidados da diabetes (Hirschberg, 2001).

## **Controlo glicémico e qualidade de vida**

A investigação sobre a relação entre controlo metabólico e qualidade de vida tem conduzido a resultados divergentes e, mesmo, antagónicos (Golden, 1998; Snoek, 2000).

Se, em alguns estudos, os autores concluem que não existe uma relação estatisticamente significativa entre qualidade de vida e controlo metabólico, avaliado através da hemoglobina A1c, isto é, concluem que a qualidade de vida e o controlo glicémico constituem resultados distintos e independentes ou fracamente relacionados (Aalto et al., 1997; Ahroni, Boyko, Davignon, & Pecoraro, 1994; Bagne, Luscombe, & Damiano, 1995; Bott et al., 1998; Grey, Boland, Yu, et al., 1998; Petterson et al., 1998; Sonnaville et al., 1998; Weinberger et al., 1994), outros sugerem o oposto (Elbagir et al., 1999; Ferreira, Amaral, Pais-Ribeiro, & Coelho-Moos, 2002; Guttman-Bauman Strugger, Flaherty, & McEvoy, 1998; Hanestad, 1993; Hanestad, Hörnquist, & Albrektsen, 1991; Nerenz, Repasky, Whitehouse, & Kahkonen, 1992; Saudek, Duckworth, & Giobbie-Hurder, 1996; Silva, Ribeiro et al., 2002b; Testa & Simonson, 1996, 1998; Testa et al., 1998; United Kingdom Prospective Diabetes Study Group, 1999; Wikblad et al., 1996; Wikby et al., 1993).

Segundo Snoek (2000), a relação entre qualidade de vida e controlo glicémico é recíproca e extremamente complexa. Se alguns doentes experimentam uma boa qualidade de vida juntamente com o bom controlo glicémico, outros apresentam uma boa qualidade de vida apesar de terem mau controlo. De acordo com este autor, alguns doentes, para atingirem uma boa qualidade de vida, têm necessidade de não se preocupar demasiado com a sua diabetes. Snoek (2000) adianta, ainda, que o mau controlo glicémico e a má qualidade de vida podem, também, coexistir, podendo esta constituir quer causa, quer efeito do mau controlo.

Guttman-Bauman, et al. (1998) estudaram um grupo de adolescentes com diabetes tipo 1, tendo concluído que existe uma correlação significativa entre a qualidade de vida e o controlo glicémico. Também constataram que existe uma relação entre a idade no momento do diagnóstico e a média de hemoglobina A1c, sendo que quanto mais velho o doente aquando do diagnóstico, melhor controlo glicémico apresenta, o que poderá estar relacionado com o facto de existir uma maior reserva pancreática. Os resultados indicam, ainda, que os valores do controlo metabólico a longo prazo (média dos valores de hemoglobina A1c controlados ao longo de um ano) estão mais fortemente correlacionados com a qualidade de vida do que um único valor de hemoglobina A1c.

Ferreira et al. (2002) constataram que os indivíduos com diabetes tipo 1 com melhor controlo metabólico apresentam melhores índices de qualidade de vida, nomeadamente ao nível do desempenho físico e emocional, saúde mental, saúde geral e da vitalidade. Os autores concluem que, por um lado, o controlo metabólico poderá contribuir para uma melhor qualidade de vida, mas, por outro, o relato de uma melhor saúde a nível físico também poderá contribuir para uma maior adesão à auto-vigilância da diabetes.

Alguns dos estudos que concluem a existência de uma correlação positiva entre a qualidade de vida e o controlo glicémico em doentes com diabetes tipo 2, sugerem que, em parte, a melhoria da qualidade de vida se deve a uma diminuição dos sintomas adversos associados à hiperglicemia e hipoglicemia (Testa & Simonson, 1998, 1999). A melhoria do controlo metabólico em doentes com diabetes mellitus tipo 2 demonstrou estar associada a benefícios na qualidade de vida e a benefícios económicos no sistema de cuidados de saúde e o mau controlo revelou estar correlacionado com uma progressiva deterioração da qualidade de vida (Testa & Simonson, 1999; Testa et al., 1998).

O estudo realizado pelo United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (1999) constatou que a diminuição dos valores de glicemia e de tensão arterial para valores normais em indivíduos com diabetes tipo 2 pode aumentar o bem-estar, particularmente através da diminuição da fadiga.

Hanestad et al. (1991) verificaram que os indivíduos com diabetes tipo 1 com melhores resultados ao nível dos domínios da qualidade de vida saúde somática, actividades/comportamental e de saúde mental apresentam melhor controlo metabólico, todavia a hemoglobina A1c não parece estar relacionada com o domínio social.

Num estudo por nós realizado (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2002a) com indivíduos com diabetes tipo 1 e tipo 2, os resultados não apoiaram a ideia de que a adesão ao tratamento diminui a qualidade de vida, limitando a possibilidade do doente agir espontaneamente. Muito pelo contrário, reforçaram a perspectiva de que um bom controlo metabólico pode ter um efeito positivo ao nível da qualidade de vida, nomeadamente no domínio físico, e de que quanto maior a adesão ao tratamento da diabetes, maior revela ser a qualidade de vida dos doentes.

No mesmo sentido parecem apontar os resultados de um outro estudo, que confirmam a hipótese de que quanto melhor é o controlo glicémico, melhor é a qualidade de vida apresentada pelos doentes (Silva, 2003).

Por sua vez, Wikby et al. (1993) encontraram uma associação positiva entre o controlo metabólico em indivíduos com diabetes tipo 1 e os domínios da saúde física e mental da qualidade de vida, mas também verificaram que o mau controlo estava associado a uma qualidade de vida global mais elevada.

Bott et al. (1998) afirmam que a relação entre hemoglobina A1c e a qualidade de vida em indivíduos com diabetes tipo 1 é muito fraca.

K. Wikblad et al. (1996) observaram que os doentes com diabetes tipo 1 com controlo metabólico aceitável apresentaram valores mais elevados de qualidade de vida e um menor número de complicações crónicas quando comparados com os indivíduos com mau controlo metabólico. Porém, quando o regime de tratamento é demasiado rigoroso, a qualidade de vida também se pode deteriorar, uma vez que parece existir uma relação de “U invertido” entre o nível de controlo metabólico e a auto-avaliação do nível de saúde.

Por outro lado, outros estudos têm demonstrado que o bom controlo metabólico está associado a atitudes em relação à doença mais negativas, uma menor qualidade de vida, menor bem-estar e a problemas de integração social (Elbagir et al., 1999; Hanestad et al., 1991; Nerenz, Repasky, Whitehouse, & Kahkonen, 1992; Wikby et al., 1993).

No estudo realizado por Aalto et al. (1997), os autores verificaram que, ainda que a hemoglobina glicosilada não estivesse significativamente relacionada, do ponto de vista estatístico, com qualquer das dimensões da qualidade de vida, os indivíduos com diabetes tipo 1 com mau controlo ou com um controlo demasiado rigoroso apresentavam mais problemas a nível de desempenho emocional do que os indivíduos com este tipo de diabetes que apresentavam um controlo metabólico moderado.

K.W. Watkins et al. (2000) consideram que, intuitivamente, poderá parecer que uma maior adesão ao tratamento, para além de estar relacionada com uma melhoria do controlo glicémico e com a diminuição das complicações da diabetes, também estará relacionada com uma melhoria da qualidade de vida. De facto, a melhoria da qualidade de vida é frequentemente citada como sendo um benefício da adesão ao tratamento, mesmo quando essa relação não é avaliada.

Estes autores verificaram que, quer na D.M. tipo 1, quer na D.M. tipo 2, a melhoria do controlo glicémico associado aos comportamentos de saúde específicos da diabetes demonstrou não estar consistentemente relacionada com a qualidade de vida.

## **Adesão aos auto-cuidados da diabetes e qualidade de vida**

Aparentemente, ao longo das últimas décadas, apesar de ter havido uma grande preocupação com o estudo da relação entre o controlo glicémico e a presença de complicações crónicas, não parece ter havido essa preocupação em relação à relação entre estas e a adesão ao tratamento. Raros são os resultados apresentados na literatura e, mesmo esses, são-no sempre no contexto de outras investigações, pelo que os dados disponíveis são sempre muito pouco aprofundados.

A literatura pareceu ser omissa, até muito recentemente, em relação ao estudo da associação entre a adesão aos auto-cuidados da diabetes e a qualidade de vida dos doentes, ainda que numerosas sejam as investigações que se debruçam sobre a relação entre controlo glicémico e qualidade de vida em doentes com diabetes e que assumem aquela variável como uma forma indirecta de avaliação da adesão ao tratamento.

Num estudo realizado por K.W. Watkins et al. (2000) com os doentes com D.M. tipo 1 e com D.M. tipo 2, constatou-se que os comportamentos de adesão aos cuidados de saúde específicos da diabetes têm efeitos negativos na qualidade de vida. O seu estudo sugere que a adesão à alimentação pode afectar negativamente a qualidade de vida, aumentando o nível com que a diabetes é percebida como intrusiva. Os autores consideram que as pessoas com diabetes devem cumprir determinadas restrições em relação à quantidade, tipo e horário de consumo de alimentos, o que pode afectar negativamente a percepção que têm da sua qualidade de vida e da sua interacção com os outros e que esta situação acontece mais frequentemente quando os comportamentos de saúde são complicados, difíceis de manter ou não fornecem resultados evidentes de imediato. Por exemplo, apesar da adesão ao tratamento da diabetes ser preditora de um melhor controlo metabólico, os benefícios clínicos da auto-gestão são obtidos frequentemente a longo prazo e não são observáveis pelos doentes, pelo que estes podem não ver qualquer relação entre controlo glicémico e qualidade de vida (Watkins et al., 2000).

O facto dos comportamentos de saúde relacionados com a diabetes poderem ser subjectivamente associados a nenhuma melhoria ou, até, pioria da qualidade de vida, demonstra que existe uma falácia nas intervenções baseadas na suposição de que o aumento dos comportamentos de saúde relacionados com a diabetes irão necessariamente melhorar a qualidade de vida (Watkins et al., 2000).

No seu estudo, K.W. Watkins et al. (2000) verificaram a existência de uma relação curvilínea entre o comportamento de dieta e a percepção de fardo associada à diabetes. Os autores constataram que a percepção de fardo é

menor nos indivíduos que apresentam a menor e a máxima adesão aos cuidados alimentares. Por outro lado, observaram, ainda, que a não adesão pode estar associada com a negação do impacto da doença e com o facto de, para as pessoas que não cumprem esses cuidados, poder haver uma menor percepção de fardo associada ao estilo de vida.

K.W. Watkins et al. (2000) também estudaram a relação entre exercício físico e qualidade de vida em doentes com diabetes, tendo concluído que existe um nível óptimo de comportamento de exercício, além do qual os efeitos na qualidade de vida se tornam negativos. O exercício realizado acima desse nível óptimo parece deixar de estar associado à sensação de prazer e à percepção de actividade relacionada com objectivos, para passar a ser percebido como uma tarefa que deve ser realizada de forma contínua para manter a glicemia bem controlada.

Um estudo por nós realizado sugere que a adesão aos auto-cuidados da diabetes, de uma forma geral, não está correlacionada com a qualidade de vida, com excepção da adesão aos cuidados alimentares que está associada a uma melhor saúde mental e da adesão ao tratamento insulínico que revelou estar associada a uma maior satisfação (Silva, 2003). O facto dos comportamentos relacionados com a saúde específicos dos doentes com diabetes poderem ser subjectivamente associados à não melhoria ou, até, à pioria da qualidade de vida denuncia a falácia inerente às intervenções que se baseiam no pressuposto de que aumentar os comportamentos de saúde específicos desta doença irá necessária ou automaticamente melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com diabetes.

Num outro estudo, Silva, Pais-Ribeiro, et al. (2002a) verificaram que, quanto maior é a adesão ao tratamento da diabetes, melhor é a qualidade de vida dos doentes.

Em síntese, alguns estudos observaram que os efeitos da adesão aos auto-cuidados na qualidade de vida são desprezíveis (Glasgow et al., 1997; Nuttall & Chasuk, 1998), outros, ainda, sugerem que a adesão aos cuidados pode afectar negativamente o bem-estar subjectivo, dado aumentar a percepção de fardo associada à diabetes, bem como poder afectar a relação com as outras pessoas (Watkins et al., 2000) e, finalmente, outros estudos sugerem que quanto maior a adesão aos auto-cuidados da diabetes, melhor será a qualidade de vida do doente.

### **Limitações da investigação acerca da adesão ao tratamento da diabetes**

Em resumo, a investigação psicológica já identificou numerosas variáveis que influenciam os auto-cuidados do doente, mas muitos desses factores

potencialmente importantes ainda não foram analisados exhaustivamente. A maioria dos estudos realizados é de natureza correlacional, dizendo muito pouco acerca da forma como estes factores se relacionam entre si para afectar a adesão e sobre a alteração dos auto-cuidados da diabetes ao longo do tempo (Cox & Gonder-Frederick, 1992), e o facto de serem adoptadas diferentes definições de adesão ao tratamento nas várias investigações tem contribuído para a dificuldade em comparar os diferentes estudos publicados (Cluss & Epstein, 1983).

## CAPÍTULO 2

### APOIO SOCIAL E DIABETES

Assistimos a uma preocupação crescente em relação à forma como os factores psicossociais e biológicos interagem na história natural e nos resultados dos tratamentos das doenças. Um destes aspectos que tem sido alvo de atenção pela investigação na área da diabetes é o apoio social.

Embora o apoio social tenha vindo a ser alvo de amplo debate na literatura, durante várias décadas não existiu consenso em relação à forma como este conceito deveria ser definido, carecendo-se de conceptualizações mais precisas e sistemáticas do construto (Kessler, Price, & Wortman, 1985). Pinheiro e Ferreira (2002) consideram que, apesar das sucessivas definições dos modelos conceptuais acerca do apoio social nem sempre se terem mostrado consistentes e interrelacionadas, um olhar sobre a sua história permite-nos constatar o aumento progressivo do consenso entre os diversos estudos e da forma como se complementaram.

A multiplicidade de concepções de apoio social existentes reflecte, sem dúvida, as suas diversas origens.

O apoio social tem sido descrito, de uma forma geral, como a presença ou ausência de recursos psicossociais de apoio, caracterizados pelos laços sociais que os indivíduos criam com outras pessoas significativas (familiares, colegas de trabalho, amigos), grupos ou comunidades, que desempenham funções úteis para a pessoa.

A literatura sugere que o apoio social pode ser concebido como resultante de três tipos de informação: (1) informação que leva a pessoa a acreditar que é amada e que os outros se preocupam com ela; (2) informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; e (3) informação que conduz a pessoa a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas (Cobb, 1976; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983).

O apoio social é, pois, definido, na maioria dos estudos, em termos de conteúdo funcional das relações, abrangendo o grau de envolvimento afectivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação.



Parece ser consensual que o apoio social deve ser compreendido como uma experiência pessoal e não como um conjunto objectivo de interações e trocas, sendo reconhecido o papel fulcral do grau com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido. Subjacente a este pressuposto encontra-se a distinção entre apoio social e recursos sociais, reconhecidos como dois conceitos distintos, que merecem ser analisados separadamente. Assim, a abordagem global do apoio social deve considerar não só a quantidade de relações sociais, mas também a sua estrutura formal (densidade e reciprocidade), bem como o conteúdo dessas relações.

### **Apoio social e diabetes**

Na Medicina existe um reconhecimento cada vez maior da importância do contexto social dos doentes na capacidade para estes gerirem a sua doença crónica de forma eficaz.

A investigação sobre o apoio social na diabetes tem-se centrado essencialmente sobre os seus efeitos na adesão ao tratamento e no controlo glicémico.

Trief, Grant, Elbert e Weinstock (1998) consideram que os resultados dos estudos têm sido contraditórios. Vários estudos transversais sugerem que o mau controlo metabólico está associado a mau funcionamento familiar, nomeadamente à presença de conflitos e à fraca coesão familiar, enquanto outros não encontram qualquer relação.

Aparentemente, quando são examinadas correlações simples, verifica-se que o bom controlo glicémico está associado a uma elevada coesão familiar, flexibilidade e satisfação conjugal. Porém, quando a duração da doença é controlada, essas relações parecem diminuir significativamente e apenas se mantêm nos doentes com uma curta duração da doença (Trief et al., 1998).

Poucos estudos se debruçaram sobre a relação entre o ambiente familiar e o controlo metabólico em adultos com diabetes e, para além disso, mesmo esses poucos estudos, apresentam limitações a nível metodológico, pelo que é necessário efectuar novas investigações com esta população.

Trief et al. (1998) estudaram um grupo de 150 adultos diabéticos, não tendo encontrado uma relação significativa entre controlo glicémico e variáveis do sistema familiar desses doentes, como comportamentos da família ou coesão familiar. Todavia, também verificaram que, quando os membros da família se comportam de forma a apoiar o regime de tratamento, o doente sente-se mais satisfeito com os vários aspectos da sua adaptação à doença (como, por exemplo, o tratamento, aparência e

actividades) e que os comportamentos familiares positivos, comportamentos de apoio e uma maior coesão familiar, ainda que não estejam directamente relacionados com o controlo glicémico, predizem uma menor percepção de dor, menor *distress* emocional, melhor desempenho e melhor funcionamento físico, maior adaptação emocional e menor impacto da doença, enquanto os comportamentos familiares de não apoio predizem uma saúde mental geral mais debilitada. Estes autores consideram que o apoio psicológico à família implementado com o objectivo de diminuir o *distress* emocional e melhor funcionamento pode contribuir para um melhor controlo glicémico do doente.

I. Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003) verificaram que a percepção de apoio social desempenha um papel importante no controlo glicémico e na qualidade de vida de indivíduos com diabetes e que, entre estes doentes, os que sofrem de complicações crónicas da doença revelam uma menor satisfação com o apoio social fornecido pelos amigos.

E.B. Fisher et al. (1982) referem que a presença de menos conflitos familiares, de maior estabilidade, boa definição das fronteiras entre os vários subsistemas familiares, maior coesão, incentivo à independência dos filhos e padrões de comunicação mais ricos estão positivamente relacionados com um bom controlo glicémico em jovens com diabetes.

Por sua vez, Griffiths, Field e Lustman (1990) demonstraram que, quando o stress é elevado, os indivíduos diabéticos com bom apoio social mantêm um controlo glicémico significativamente melhor do que os indivíduos diabéticos com fraco apoio social.

No mesmo sentido, verifica-se que, em indivíduos com diabetes, a percepção de que se tem um fraco apoio social prediz um agravamento do controlo glicémico e uma pior adesão aos auto-cuidados (Fukunishi, Akimoto, Horikawa, Shirasaka & Yamazaki 1998). Fukunishi et al. (1998) sugerem que o apoio social percebido e o apoio social disponível influenciam o comportamento e/ou os resultados relacionados com o tratamento da diabetes, provavelmente devido ao facto dos auto-cuidados serem particularmente complexos e do apoio emocional e tranquilização fornecidos no contexto de uma relação interpessoal poderem melhorar os sentimentos negativos associados ao stress relacionado com a saúde, proteger a auto-estima e aumentar a percepção de controlo sobre a situação.

Wilson et al. (1986) constataram que, de todas as variáveis por eles avaliadas – depressão, ansiedade, stress, apoio social, conhecimento relacionado com a diabetes e crenças de saúde –, o apoio social e as crenças

de saúde demonstravam estar mais fortemente relacionados com a adesão ao regime de tratamento e com o controlo glicémico.

C.L. Hanson, Henggeler e Burghen (1987) afirmam que, quando se analisa especificamente o apoio social fornecido pelos pais a adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, constata-se que o apoio dos pais está positivamente associado com a adesão ao tratamento, mas não está associado com o controlo metabólico. Estes investigadores concluem que, ainda que este tipo de apoio específico tenha um efeito directo na adesão, o que poderá ter que ver com a supervisão e monitorização que os pais fazem do tratamento do adolescente, o apoio dos pais para lidar com a diabetes nem sempre é desejado pelo adolescente, que, muitas vezes, prefere resolver as dificuldades sozinho ou com a ajuda dos amigos.

Segundo Miller-Johnson et al. (1994), os conflitos familiares aumentam o risco de não adesão ao tratamento da diabetes e de mau controlo glicémico em crianças, o que poderá contribuir para a compreensão da baixa adesão ao tratamento na adolescência.

Segundo alguns autores, não só a investigação tem demonstrado que os factores psicossociais relacionados com a família são importantes para o controlo metabólico de crianças e adolescentes com diabetes, como também tem sugerido que os rapazes com diabetes tipo 1 são particularmente sensíveis às variações na coesão e conflitos familiares (A.M. Jacobson, Hauser et al., 1994).

C.L. Hanson et al. (1992) constataram que as relações com os irmãos, especialmente os conflitos entre estes, estão associados a várias dimensões da adaptação dos jovens com diabetes tipo 1. Os resultados sugerem que, em conjunto com o sistema familiar alargado, os irmãos contribuem como uma fonte de variância independente para a predição da adaptação específica à doença e da adaptação geral em jovens com diabetes tipo 1, podendo constituir uma fonte de apoio emocional e instrumental. Todavia, estes autores também constataram que as relações com os irmãos não estão correlacionadas com o controlo metabólico, nem com a adesão ao tratamento, aspectos que parecem ser mais influenciados pelas relações com a família em geral.

Worrall-Davies, Owens, Holland e Haigh (2002) verificaram que o sobreenvolvimento emocional ou crítica dos pais não prediz o controlo glicémico em crianças com diabetes.

Também têm sido alvo de estudo os efeitos da relação conjugal na adesão ao tratamento da diabetes e no controlo glicémico. Cox et al. (1991) postulam que os adultos com cônjuges que os apoiam, casais funcionais e

que têm adequados recursos emocionais, financeiros e sociais apresentam um melhor prognóstico para lidar com sucesso com a doença, enquanto que casais disfuncionais e que não se apoiam têm mais dificuldades. Estes autores consideram que é fundamental equilibrar as responsabilidades, pois indivíduos muito dependentes dos cônjuges transferem esse padrão para a sua gestão da diabetes, aumentando o risco de se tornarem um fardo a nível psicológico para estes e a probabilidade da ocorrência de um conflito. Outros doentes apresentam sobre-independência, recusando-se a aceitar formas positivas e benéficas de apoio (Cox et al., 1991).

Existe, ainda, evidência de que o controlo da diabetes é melhor nos homens casados do que nos não casados, mas não é diferente entre as mulheres casadas e as não casadas. Esses resultados podem reflectir uma tendência para as esposas de pessoas com diabetes mudarem os hábitos alimentares e outras rotinas da família, enquanto que, quando são as mulheres casadas a sofrer da doença, parecem falhar na integração dessas mudanças na família (Cox et al., 1991).

A literatura sugere, também, que não só os casais com fracas competências de comunicação e com incapacidade para resolver conflitos têm maior dificuldade em lidar eficazmente com os aspectos relacionados com a diabetes, dado estes requererem um elevado nível de comportamentos de cooperação, como também a própria presença da diabetes pode contribuir para exacerbar conflitos já existentes no casamento (Cox et al., 1991).

Quando analisado o apoio social em idosos com diabetes, verificou-se que o apoio social geral parece ser mais benéfico do que o apoio social específico para a doença e que o apoio social recebido dos amigos desempenha um papel mais significativo no processo de adaptação do que o apoio social recebido da rede familiar (Cheng & Boey, 2000).

Heitzmann e Kaplan (1984) analisaram as interacções entre o sexo e o apoio social em adultos com diabetes, tendo verificado que o apoio social opera de forma diferente nos homens e nas mulheres com diabetes. Estes autores foram confrontados com resultados inesperados: os doentes do sexo masculino que se mostram mais satisfeitos com as relações de apoio tendem a apresentar um pior controlo glicémico, enquanto que, pelo contrário, nas mulheres, a satisfação com o apoio social está associada a um melhor controlo da diabetes. Os autores sugerem que estes resultados talvez se devam à diferente interpretação que as mulheres e os homens fazem da legitimidade do papel de doente (*“sick role”*).

Num estudo realizado com 158 indivíduos com diabetes com insuficiência renal terminal, Littlefield, Rodin, Murray e Craven (1990) constataram que

o apoio social não estava relacionado com o estado civil, nem com o nível de incapacidade apresentado pelo doente. Os autores salientam que as pessoas com diabetes com incapacidade mais grave tendem a apresentar mais sintomas depressivos, quer sintam que as suas necessidades de apoio social estão a ser satisfeitas, quer não. Contudo, após ser controlado o nível de gravidade da doença, o grau de sintomas depressivos é maior nos que não se sentem apoiados do que nos que se sentem apoiados. Os autores concluem que os resultados confirmam a hipótese do efeito protector do apoio social em doentes com diabetes.

Em relação à satisfação que os doentes que sofrem e não sofrem de sequelas da doença revelam sentir com o apoio social, os resultados parecem contrariar o que intuitivamente poderíamos pensar. Poderíamos pressupor que os doentes diabéticos que sofrem de sequelas da doença, porque mais fisicamente dependentes, seriam alvo de um maior apoio social, quer por parte de familiares, quer de amigos e, até mesmo, instituições. Contudo, os resultados sugerem que os doentes que sofrem destas complicações demonstram sentir-se mais insatisfeitos com o apoio social (Silva, 2003).

Algumas hipóteses podem ser levantadas na procura de uma interpretação destes resultados. Poderemos supor que os indivíduos com diabetes que apresentam mais frequentemente complicações crónicas são os doentes mais idosos, cujas redes sociais de apoio poderão ser mais frágeis, quer por determinantes psicossociais associados à sua idade, quer pelo facto de poderem ser percebidos pelos cuidadores ou outros próximos como um fardo, dado muitas vezes estes serem os responsáveis pelo tratamento da diabetes e das próprias complicações crónicas. Por outro lado, uma vez que as suas necessidades de apoio poderão ser maiores e mais específicas, a sua exigência em relação ao apoio prestado provavelmente será maior, podendo daí resultar uma maior insatisfação (I. Silva, 2003).

### **Apoio social e qualidade de vida na diabetes mellitus**

A revisão da literatura sobre a relação entre apoio social e qualidade de vida permite-nos constatar, uma vez mais, que esta não tem sido alvo de estudo aprofundado.

O apoio social tem sido identificado como um importante factor na adaptação e bem-estar. Aalto et al. (1997) observaram que o funcionamento físico, a percepção de adequação do apoio social e os factores psicossociais relacionados com a diabetes constituem importantes factores modificadores

da qualidade de vida, em particular nos indivíduos que apresentam uma boa saúde física. No seu estudo, os autores constataram que a percepção da adequação do apoio social está relacionada com uma melhor percepção de todas as dimensões da qualidade de vida, em particular da saúde mental, e que a percepção de se ter um bom apoio social específico para a diabetes está associada a um maior bem-estar na saúde percebida e na saúde mental.

Por outro lado, Grey, Boland, Yu et al. (1998), ao contrário de outros investigadores, constataram que os comportamentos mais calorosos e de atenção por parte dos pais em relação a jovens com diabetes não estão associados a uma melhor qualidade de vida.

Num estudo por nós realizado, constatou-se que a satisfação com o apoio social existente, nomeadamente a satisfação com as amizades, com a dimensão intimidade, com a família e com as actividades sociais, está sistematicamente associada com uma melhor qualidade de vida nos doentes com diabetes (Silva, 2003).

Por exemplo, Connel, Davis, Gallant e Sharpe (1994) estudaram um grupo de doentes com diabetes mellitus, tendo verificado que o apoio social demonstrou ser um factor importante na adaptação e bem-estar destes doentes. Também Aalto et al. (1997) estudaram um grupo de adultos com diabetes tipo 1 e constataram que a percepção que estes doentes têm da adequação do apoio social está associada a uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde em todos os domínios, com excepção das dimensões do desempenho emocional e da dor. Todavia, estes autores verificaram que a percepção de disponibilidade do apoio social não está significativamente associada com a qualidade de vida.

### **Limitações da investigação sobre apoio social e diabetes**

Em síntese, a investigação sobre o apoio social, na área da diabetes, tem procurado essencialmente analisar a relação entre esta variável psicológica e o controlo glicémico e entre aquela e a adesão dos doentes ao tratamento, bem como o papel desse apoio na adaptação à doença. No entanto, a generalidade dos estudos realizados é de carácter transversal, não permitindo obter informação minuciosa sobre a forma como estas variáveis se relacionam entre si ao longo do curso da doença. Para além disso, um aspecto que tem sido profundamente descurado é o estudo da relação entre o apoio social e as complicações crónicas da diabetes, sendo o conhecimento nesta área praticamente inexistente.

## CAPÍTULO 3

### STRESS E DIABETES

É virtualmente impossível não encontrar, numa análise extensiva da literatura das ciências biológicas, sociais e humanas, referência ao termo stress. Todavia, um dos grandes problemas no estudo dos acontecimentos e mudanças ocorridos na vida, que constituem uma das formas mais frequentemente utilizadas para avaliar o stress, é o carácter atóxico de muitos dos trabalhos desenvolvidos nesta área.

A palavra “stress”, tal como é utilizada na linguagem do senso comum, apresenta uma série de significados diferentes. O estudo das definições formais e funcionais de stress conduz à conclusão de que este termo é utilizado para caracterizar uma área de interesse especial para o indivíduo, com importantes repercussões potencialmente prejudiciais para a vida humana (Taché & Selye, 1976). Essa área assenta, frequentemente, no domínio da actividade profissional de quem utiliza o termo, pelo que existem várias definições, algumas delas não fundamentadas teoricamente, ainda que permaneçam consistentes e lógicas.

Do ponto de vista médico, o stress é tipicamente construído como uma resposta defensiva do corpo a exigências ambientais (ex: toxinas, temperaturas extremas, situações emocionalmente fortes), que envolvem componentes fisiológicos específicos, como a estimulação da produção de adrenalina, perturbações gastrointestinais e a alteração das estruturas linfáticas. Por sua vez, a análise sociológica do stress centra a sua atenção nas condições sociais (como, por exemplo, mudança económica ou falta de fontes de apoio social), que afectam o bem-estar de grupos específicos na comunidade, enquanto a análise psicológica enfatiza a avaliação cognitiva que o indivíduo faz das condições ambientais ameaçadoras e dos seus recursos de *coping* (Stokols, 1976).

Segundo Gatchel, Baum e Krantz (1989), stress 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 de pôr em causa o bem-estar desse organismo. A conceptualização do stress como um processo reflecte a complexidade da interacção entre o organismo e o meio ambiente.

No mesmo sentido, Meichenbaum (1986) considera que, numa perspectiva transaccional, o stress reflecte a relação entre a pessoa e o ambiente, que é avaliado pela pessoa como excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar.

Também podemos definir stress como a avaliação que a pessoa faz daquilo que pensa que é pedido pelo ambiente, isto é, podemos considerar que o que determina a variabilidade das reacções é a avaliação que cada pessoa faz das circunstâncias e do meio ambiente em que se encontra (A.V. Serra, 2002). Esta definição contém fortes elementos subjectivos, distinguindo-se claramente do estímulo objectivo e tem subjacente o pressuposto de que a essência do stress é a seguinte: dado um estímulo, o que é realmente importante não é tanto o seu significado objectivo, mas o seu impacto subjectivo.

Folkman e Lazarus (1991) apontam a distinção entre acontecimento *per se* e a forma como ele é avaliado pela pessoa, considerando que um mesmo acontecimento pode ser interpretado de diferentes formas por diferentes pessoas, porque essa avaliação reflecte as características sócio-culturais, a sua experiência pessoal, idiossincrasia, cognições e emoções de cada indivíduo. Um mesmo acontecimento pode, ainda, ser avaliado, por um mesmo indivíduo, de forma diferente em momentos distintos da sua vida (A.V. Serra, 2002).

Uma noção que se encontra subjacente a todas estas fases de processamento da informação é a do valor percebido da situação e do seu significado motivacional para o indivíduo. Há um reconhecimento crescente de que, mais do que o acontecimento de vida em si mesmo, é a percepção que o indivíduo tem e o significado que lhe atribui que é determinante (Sarason, Levine & Sarason, 1982).

É nesse sentido que é proposta a distinção entre o stress positivo – *eustress* –, que leva a uma resposta positiva do organismo, e o stress negativo – *distress* –, em que o estímulo é tão forte que é passível de provocar danos no organismo (Hyland, 1999; Selye, 1974; Singer, 1976). A diferenciação entre acontecimentos de vida desejáveis e indesejáveis, proposta por Sarason, Johnson e Siegel (1978), também vai ao encontro deste pressuposto. Os acontecimentos de vida podem distinguir-se, igualmente, de acordo com a magnitude do seu impacto, que depende da avaliação que cada indivíduo faz da situação de stress, seja este percebido como positivo ou negativo (Dohrenwend & Dohrenwend, 1982; Lazarus & Folkman, 1984; Leventhal, Patrick-Miller, & Leventhal, 1998).

Sarason et al. (1982) sublinham a ideia de que diferentes tipos de acontecimentos exercem a sua influência de formas diferentes e ao longo



de diferentes períodos de tempo. A forma como um mesmo acontecimento é reavaliado continuamente pelo indivíduo pode contribuir para que a sua apreciação se vá transformando. Para além disso, a apreciação feita é determinante da reacção ao stress, das sensações experimentadas e da adaptação resultante.

A reacção ao stress é influenciada, não só pelas características do indivíduo, como a sua personalidade, expectativas, recursos sociais, recursos de *coping*, idade, entre outras, mas também pelas características do próprio acontecimento de vida que a suscita. Entre as características dos acontecimentos, as que mais frequentemente são destacadas na literatura são a controlabilidade, o momento em que este ocorre, a magnitude e o seu significado.

## **Stress e diabetes**

Nos anos 80 despertou o interesse pelo estudo da relação entre stress e diabetes, ou mais especificamente, entre aquele e o controlo glicémico em indivíduos com esta doença, estimulado pela evidência crescente de que existe uma associação causal entre a hiperglicemia crónica e as subsequentes complicações da diabetes. Reflexo desse interesse são os estudos desenvolvidos pelo Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) e pelo United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (UKPDS).

### *O papel do stress no início da diabetes*

Actualmente, é amplamente reconhecido que o stress pode precipitar o início da diabetes e que desempenha um papel importante ao longo do curso desta doença, existindo boas razões teóricas para esperar que a gestão do stress seja valiosa para o tratamento desta doença (Bradley, 1988; Bradley, 1994a; Casteleiro, 2001; A.V. Serra, 2002).

É geralmente aceite que existe um grande conjunto de factores ambientais que, combinados com uma predisposição genética, podem conduzir ao aparecimento da diabetes.

A literatura sobre psiconeuroimunologia, de uma forma geral, sugere que o stress psicológico pode estar implicado, de várias formas, no estágio inicial de desenvolvimento da diabetes insulino dependente. As mudanças na

função imunitária relacionadas com o stress podem aumentar a probabilidade de uma doença vírica ou bacteriana, que pode constituir o primeiro atentado contra as células  $\beta$ . Todavia, qualquer efeito do stress sobre a imunocompetência que conduza a danos nas células  $\beta$  pancreáticas pode ter ocorrido muito antes do início dos sintomas da diabetes (Bradley, 1988).

Um segundo mecanismo segundo o qual o stress pode estar implicado no início da diabetes pode operar no período em que a diabetes se torna sintomática. A actividade das hormonas contra-reguladoras relacionada com o stress pode agravar a perturbação metabólica que já se começou a desenvolver (Bradley, 1988; Casteleiro, 2001).

Fukunishi et al. (1998) consideram que existe a possibilidade do nível de stress e a forma como o indivíduo lida com este desempenharem algum papel no desenvolvimento da diabetes mellitus. Estes autores postulam que os stressores ambientais podem precipitar o início desta doença, alterando a actividade do sistema nervoso simpático, elevando os níveis de cortisol plasmático, aumentando a secreção de glucagon e de hormona do crescimento, e afectando a função imunitária.

Num estudo realizado por Clayer, Bookless-Pratz e Harris (1985), constatou-se que 77% dos indivíduos com diabetes estudados referiam um ou mais acontecimentos de vida graves nos três anos anteriores ao diagnóstico, enquanto apenas 39% dos seus irmãos e 15% dos vizinhos com a mesma idade e do mesmo sexo relatavam ter experimentado esse tipo de acontecimentos. Os resultados levaram os investigadores a concluir que os acontecimentos de vida stressantes podem constituir um dos factores desencadeadores envolvidos na etiologia da diabetes tipo 1.

A evidência recente sugere que muitos anos podem decorrer entre as acções de agentes relacionados com o stress que causem possíveis danos nas células e o aparecimento da diabetes sintomática, pelo que parece razoável considerar os acontecimentos de vida experimentados ao longo de grandes períodos de tempo quando se está a explorar o papel do stress na etiologia da diabetes tipo 1 (Bradley, 1988).

Todavia, ainda que vários estudos retrospectivos tenham constatado que existe uma incidência aumentada de acontecimentos de vida stressantes antes do início da diabetes, outros, entre os quais alguns estudos laboratoriais realizados com animais, têm conduzido a resultados contraditórios. Apesar de alguns investigadores terem constatado que o stress pode estar associado à manifestação da diabetes, outros verificaram

que o stress inibe o início da doença (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Lloyd et al., 1999).

Por exemplo, Littorin et al. (2001) constataram que os jovens adultos com diagnóstico de diabetes tipo 1 recente estavam mais expostos a factores hereditários predisponentes, mas não foram encontrados determinantes relacionados com o stress, pelo que concluem que o seu estudo não apoia directamente a ideia de que os acontecimentos de vida psicossociais stressantes estão envolvidos no desenvolvimento deste tipo de diabetes.

Poucos têm sido os estudos realizados com humanos adultos sobre o stress e o início da diabetes tipo 2. Todavia, estudos realizados com animais permitiram verificar que o stress interage com a obesidade produzindo intolerância à glicose e hiperglicemia. Essa hiperglicemia como resposta ao stress pode ser atenuada com o uso de medicação ansiolítica e pode ser condicionada classicamente. No entanto, apesar destes dados serem sugestivos, não existe evidência directa de que tais efeitos contribuam para o desenvolvimento da diabetes tipo 2 (Cox & Gonder-Frederick, 1992).

Na literatura, é possível identificar fundamentalmente dois tipos de mecanismo passíveis de contribuir para que os acontecimentos de vida causem aumento dos níveis da glicose no sangue: (1) o mecanismo de hormonas contra-reguladoras; e (2) a resposta comportamental ao stress (Aikens, Wallander, Bell, & Cole, 1992; Bradley, 1988; Cox & Gonder-Frederick, 1992; Czyzewski, 1988; Fukunishi et al., 1998; Goldston, Kovacs, Obrosky, & Iyengar, 1995; Gross, Heinman, Shapiro, & Schultz, 1983; Jacobson, Rand, & Hauser, 1985; Lloyd et al., 1999; Ryan, 1997).

### *Os efeitos directos do stress na diabetes*

Os primeiros estudos sobre o papel do stress na diabetes adoptaram uma abordagem mais experimental, que permitiu constatar que alguns pessoas com e sem diabetes produzem mais cetonas na urina e apresentam mais flutuações da glicemia em resposta a tópicos de conversação stressantes e a choques eléctricos e que outras pessoas, por vezes, apresentam uma diminuição da glicemia em resposta a esses estímulos (Fisher et al., 1982).

Segundo Lustman, Skor, Carney, Santiago e Cryer (1983), os acontecimentos de vida podem levar a um aumento da actividade do sistema nervoso simpático e do sistema nervoso periférico e a um aumento da glicose. Essa hiperglicemia induzida pela estimulação do sistema nervoso pode tornar o indivíduo mais susceptível ao stress ambiental e pode resultar num aumento da frequência da depressão, ansiedade,

conflitos interpessoais, bem como numa variedade de sintomas psiquiátricos associados ao mau controlo da diabetes.

Os estudos sobre diabetes mellitus tipo 2 realizados com animais permitiram demonstrar que o stress produz hiperglicemia em animais com este tipo de diabetes e que o sistema nervoso autónomo desempenha um importante papel na patofisiologia da doença (Surwit & Williams, 1996).

Os efeitos do stress no metabolismo são mediados por várias hormonas contra-reguladoras que são libertadas em resposta ao stress e que resultam num aumento da libertação da glicose pelo fígado e numa diminuição da acção da insulina e da sua produção em pessoas sem diabetes ou com diabetes (Aikens et al., 1992; Czyzewski, 1988; Jacobson et al., 1985; Kemmer et al., 1986; Sachs et al., 1993; Surwit & Schneider, 1993). Esse efeito de mobilização de energia tem importância adaptativa para o organismo saudável, contudo, na diabetes, devido à falta parcial ou absoluta de insulina, essa glicemia não pode ser adequadamente metabolizada. Assim, o stress é um potencial contribuidor para a hiperglicemia crónica em doentes com diabetes, apesar do seu papel exacto ser ainda pouco claro.

Os estudos com humanos têm conduzido a resultados contraditórios, sugerindo que o stress pode estar associado a hiperglicemia, hipoglicemia ou não ter efeito algum no estado glicémico (Smith, Mauseth, Palmer, Pecoraro, & Wenet, 1991; Surwit & Schneider, 1993), dependendo de uma variedade de factores, como, por exemplo, a quantidade de insulina disponível no organismo do indivíduo, o tipo e a intensidade do stress, e a disponibilidade de apoio social (Jacobson et al., 1985; Watts, 1980). Esta relação necessita, pois, de ser mais profundamente analisada.

Já nos anos 70, a investigação desenvolvida sobre a diabetes tipo 1 e tipo 2 demonstrou que a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes perturba o controlo metabólico (Bradley, 1979). No mesmo sentido, A.M. Jacobson et al. (1985) verificaram que quanto maior a ocorrência de acontecimentos de vida negativos pior revela ser o controlo metabólico em determinados contextos.

Na sua revisão da literatura, Watts (1980) encontrou uma relação positiva entre acontecimentos de vida stressantes e controlo glicémico, que não demonstrou ser mediada por diferentes padrões de personalidade.

A revisão da literatura realizada por Bradley (1988) sugere que um maior número de acontecimentos de vida está associado a níveis mais elevados de glicose no sangue e que o stress, avaliado de várias maneiras, tem demonstrado estar associado a níveis mais elevados de hemoglobina A1c.

Todavia, a autora alerta para o facto desse número superior de acontecimentos de vida poder ser explicado de diferentes formas, nomeadamente pela possibilidade de existir um viés perceptivo que leve a pessoa que experimenta grande perturbação relacionada com os acontecimentos de vida a ter uma maior probabilidade de notar a ocorrência desses acontecimentos.

Na investigação realizada por Gross et al. (1983), os autores também concluíram que o stress está associado a mau controlo metabólico. Por sua vez, C.E. Lloyd et al. (1999) referem a existência de apenas um pequeno número de estudos sobre a relação entre stress e controlo metabólico conduzidos com adultos, estudos esses que parecem sugerir a existência de uma correlação entre um forte stress na vida e o início da diabetes e entre o stress e o desenvolvimento de algumas complicações em indivíduos idosos. Na investigação desenvolvida por estes autores, constatou-se que as experiências recentes de stress estão relacionadas com os níveis actuais de controlo metabólico. Aqueles doentes em que o controlo se deteriorou ou manteve mau ao longo do tempo referem mais acontecimentos de vida stressantes nos três meses anteriores à mais recente avaliação da hemoglobina A1c, ainda que os acontecimentos que antecederam esse período não estivessem associados a alterações do controlo glicémico.

Goldston et al. (1995) encontraram associações estatisticamente significativas entre variáveis preditoras e controlo metabólico ao longo dos anos, mas os efeitos revelaram-se clinicamente modestos. Porém, alertam os profissionais para a possibilidade do stress colocar os jovens com diabetes em risco de grave falta de adesão ao regime de tratamento médico e de mau controlo metabólico. No mesmo sentido, Surwit e Schneider (1993) sugerem que, nos casos em que a glicemia aumenta como reacção ao stress, os doentes poderão beneficiar de tratamento farmacológico ou psicológico.

Na literatura encontram-se, também, estudos que ilustram a hipótese de não existir uma relação significativa entre stress e controlo metabólico.

Naliboff, Cohen e Sowers (1985) investigaram a diferença entre as respostas a tarefas stressantes em pessoas diabéticas com e sem neuropatia autonómica (problema que pode causar diminuição da correspondência em termos de medidas fisiológicas e metabólicas). Os autores não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos de doentes, no entanto o seu estudo sofre de várias limitações metodológicas, entre as quais a ausência grupo de controlo, a não avaliação dos diferentes níveis de neuropatia autonómica e não consideração das diferenças individuais.

Um outro estudo não encontrou, igualmente, uma relação significativa entre o controlo metabólico e os acontecimentos de vida numa amostra de adolescentes com diabetes insulínica, mas verificou um efeito significativo das estratégias de *coping* nesse controlo (Smith et al., 1991). De igual forma, Brand, Johnson e Johnson (1986) constataram na sua investigação que não existe uma relação significativa entre hemoglobina glicosilada e acontecimentos de vida, embora exista entre estes e as cetonas na urina.

Smith et al. (1991) também não encontraram uma correlação significativa entre a hemoglobina glicosilada e os valores obtidos por um grupo de adolescentes no *Life Events Checklist*. Neste estudo, verificou-se que nem as mudanças positivas na vida, nem o total das mudanças predizem o controlo metabólico avaliado sob a forma da hemoglobina A1c. Contudo, as mudanças negativas que ocorrem na vida apresentam uma forte correlação negativa com as medidas de adaptação psicológica, incluindo as relações com a família e com os amigos, atitudes em relação à diabetes, funcionamento físico e adaptação escolar.

### *Os efeitos indirectos do stress na diabetes*

Têm sido desenvolvidos esforços no sentido de compreender os efeitos do stress na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controlo glicémico.

O stress psicológico pode conduzir à perturbação do controlo glicémico por meios inconscientes (através de uma desregulação metabólica prolongada), mas também o pode fazer através de meios conscientes, como o *acting out* (que se traduz, por exemplo, na não adopção de comportamentos de saúde, como a não adesão ao tratamento, no tabagismo ou comportamentos de ingestão de bebidas alcoólicas, não injeção de insulina ou não cumprimento da dieta alimentar) (Lloyd et al., 1999; Smith et al., 1991).

Goldston et al. (1995) constataram que o stress aumenta a probabilidade de não adesão ao tratamento médico. Estes investigadores concluíram que, durante períodos de tempo extensos, o impacto dos acontecimentos de vida no controlo metabólico pode ser parcialmente mediado por uma não adesão grave ao regime de tratamento e que os jovens que experimentam um stress elevado correm um maior risco de uma não adesão grave, que, por sua vez, conduzirá a mau controlo metabólico.

Pelo contrário, Cox, Taylor, Nowacek, Holley-Wilcox, Pohl e Guthrow (1984) realizaram um estudo que os levou a concluir que existem mais efeitos directos do impacto do stress no controlo glicémico do que efeitos

indirectos deste através de uma diminuição da adesão ao tratamento da diabetes.

À semelhança dos resultados encontrados por Cox, Taylor, Nowacek, Holley-Wilcox, Pohl e Guthrow (1984), também Aikens et al. (1992), também verificaram que a variabilidade no stress diário está positivamente relacionada com a apresentação futura de mau controlo glicémico, o que apoia a hipótese de um papel causal directo do stress. Porém, os resultados destes estudos não permitem concluir que exista um efeito indirecto, uma vez que a adesão ao regime de tratamento falhou como mediador desta relação. A moderação deste efeito pelos recursos aprendidos também não foi confirmada, pois o stress e os recursos aprendidos não interagem para prever o controlo metabólico.

### *O papel das diferenças individuais na relação entre stress e diabetes*

A investigação tem conduzido a resultados contraditórios, indicando que a resposta da diabetes ao stress é bastante complexa e mediada por múltiplas variáveis.

Vários são os estudos que confirmam que os efeitos do stress nos indivíduos com diabetes são extremamente idiossincráticos, isto é, as diferenças individuais nas respostas ao stress são substanciais, e que alguns indivíduos são mais reactivos do que outros (Aikens et al., 1992; Bradley, 1988, 1994a; Cox & Gonder-Frederick, 1992).

Segundo Bradley (1988), a evidência da variabilidade individual na resposta glicémica ao stress apoia a visão de que um modelo simples de stress que pressuponha que este conduz necessariamente a um aumento dos níveis de glicemia seja inadequado.

Carter, Gonder-Frederick, Cox, Clark e Scott (1985) apresentaram alguns dados preliminares que indicam que a mudança da glicemia no sangue em resposta ao stress provocado por exercícios de aritmética mental é idiossincrática, mas significativamente fiel ao longo de um período de 12 semanas, e que a extensão da mudança absoluta da glicemia no sangue está significativamente relacionada com o nível de glicose pré-stress. Estes autores sugerem, no entanto, que se procurem identificar as características dos indivíduos que reagem ao stress com diferentes respostas de glicemia (nomeadamente, do comportamento tipo A e do comportamento tipo B).

Bradley (1994a) efectuou uma revisão dos estudos publicados, tendo constatado que a investigação tem demonstrado que os indivíduos com

comportamento tipo A apresentam um aumento da glicemia em resposta a um stressor, enquanto que as pessoas com comportamento tipo B apresentam uma diminuição, o que os leva a concluir que não se pode pressupor que todos os tipos de stress irão aumentar os níveis de glicemia em todos os doentes, pelo que estes devem ser encorajados a descobrir as suas próprias respostas particulares a diferentes circunstâncias stressantes, usando para tal a monitorização da glicemia capilar.

Segundo Bradley (1988), na literatura, é possível identificar uma ténue tentativa de investigação sobre o papel mediador dos factores cognitivos na avaliação das técnicas de gestão do stress como apoio para o tratamento da diabetes. Esta autora considera que apesar dos factores cognitivos (cognições e crenças acerca do tratamento desta doença) serem considerados importantes na determinação da qualidade dos cuidados, raramente têm sido tidos em consideração. Bradley adianta, ainda, que o desenvolvimento dos instrumentos válidos de crenças de saúde e de percepção de controlo poderá encorajar uma consideração maior e mais sistemática das diferenças individuais nas crenças e cognições no contexto da investigação do stress e diabetes.

#### *As características dos stressores e gestão da diabetes*

Segundo A.M. Jacobson et al. (1985), no estudo sobre os efeitos do stress na diabetes, é fundamental distinguir entre acontecimentos de vida *positivos* e acontecimentos de vida *negativos*, dado que os primeiros não parecem estar significativamente relacionados com o controlo glicémico e os segundos demonstrarem estar correlacionados com a hemoglobina A1c.

Gonder-Frederick, Carter, Cox e Clarke (1990) também enfatizam a ideia de que o tipo de stressor constitui um aspecto relevante. Estes investigadores desenvolveram um estudo que lhes permitiu verificar que as tarefas que exigem respostas de *coping* activas podem produzir mudanças significativas na glicemia, enquanto tarefas que requerem um *coping* mais passivo podem não ter efeito naquela.

Têm sido desenvolvidos alguns estudos sobre os efeitos do stress de carácter agudo e crónico. Segundo E.B. Fisher et al. (1982), a investigação sugere que a acumulação de acontecimentos de vida stressantes, e não apenas o stress agudo, está associado a instabilidade metabólica e a alterações na adesão ao tratamento, o que poderá ajudar a compreender porque é que uma percentagem considerável de hospitalizações por descompensação diabética parece ser antecedida por factores emocionais.



Por sua vez, Aikens et al. (1992) consideram que o stress menor do dia a dia, que não tem sido tão cuidadosamente estudado como os grandes acontecimentos de vida, é mais preditivo do nível de saúde apresentado pela pessoa com diabetes.

Os resultados do estudo realizado por Wrigley e Mayou (1991) sugerem, também, que o stress agudo está associado a perturbação no controlo metabólico, mudanças no regime de tratamento e aumento da frequência de consultas médicas.

Todavia, outros estudos sugerem que o controlo metabólico em doentes insulino-tratados não é posto em perigo por uma estimulação súbita, vívida e de curta duração, rapidamente produzida por acontecimentos stressantes comuns da vida do dia a dia (Czyzewski, 1988; Kemmer, et al, 1986). Para Czyzewski (1988) e para Kemmer et al. (1986), a descoberta de que os stressores de curto prazo não perturbam o controlo metabólico nas pessoas com diabetes é útil, mas não põe fim ao argumento de que o stress crónico é perturbador do controlo metabólico. Porém, obviamente que os efeitos do stress crónico são mais difíceis de acompanhar empiricamente do que os efeitos do stress agudo.

C.E. Lloyd et al. (1999) constataram que as experiências recentes de stress estão associadas com os níveis actuais de controlo metabólico. No seu estudo, observaram que os doentes em que o controlo metabólico se deteriorou ou manteve mau ao longo do tempo apresentam mais acontecimentos de vida stressantes nos três meses anteriores à mais recente avaliação da hemoglobina A1c. Contudo, os acontecimentos anteriores a esse período não pareciam estar associados a alterações do controlo glicémico.

Se a evidência de que o stress físico afecta o controlo da diabetes é forte, estudos correlacionais cada vez mais sofisticados persistem em tentar descobrir relações entre os stressores psicológicos e o mau controlo da diabetes. Essas relações podem ser mediadas pelos efeitos endócrinos das hormonas de stress ou por lapsos na adesão ao tratamento da diabetes, no entanto, a interacção de factores parece ser a explicação mais provável, ainda que menos estudada (Czyzewski, 1988).

Um outro aspecto dos acontecimentos de vida que deve ser analisado distintamente é o valor que o doente lhes atribui. Esse valor parece estar significativamente relacionado com o controlo metabólico, sobretudo quando o acontecimento é avaliado pelo indivíduo como sendo indesejável (Goldston et al., 1995).

Quando a frequência e a intensidade atribuídas aos acontecimentos de vida são analisadas em simultâneo num contexto longitudinal e são tidas em consideração outras influências no controlo metabólico, emerge uma relação complexa entre stress e controlo metabólico. Não considerando o papel mediador da adesão ao tratamento, os resultados sugerem que a extensão da perturbação sentida na vida secundária aos acontecimentos está relacionada com o controlo metabólico, mas que o número de acontecimentos de vida indesejáveis não dá nenhuma contribuição significativa para a regulação da glicose no sangue. Assim, o stress total que resulta de qualquer mudança na vida parece ser mais relevante para os esforços que o doente faz para manter o controlo metabólico do que o número de acontecimentos negativos por si só (Goldston et al., 1995).

#### *Efeito mediador das variáveis relacionadas com a diabetes*

A investigação confirma que a relação entre stress e controlo metabólico é, também, mediada por múltiplos factores associados à diabetes e seu tratamento.

Os níveis de glicemia e de insulina pré-stress podem interferir na resposta da diabetes tipo 1 ao stress e os doentes podem ser especialmente vulneráveis aos efeitos deste quando estão a tentar recuperar dos efeitos da hipoglicemia ou hiperglicemia (Cox & Gonder-Frederick, 1992). A ocorrência de crises hipoglicémicas pode produzir indirectamente consequências stressantes, como estados de humor negativos, medo ou acidentes, mas a hiperglicemia pode, também, gerar stress, por implicar um tratamento médico indesejado e complicações a longo prazo (Cox & Gonder-Frederick, 1992).

Não só o stress pode afectar o controlo metabólico, como também aquele pode ser afectado por este. A investigação sugere que os doentes com mau controlo metabólico apresentam valores de stress significativamente mais elevados do que os doentes com bom controlo metabólico (Herschbach et al., 1997; Wrigley & Mayou, 1991).

Têm sido identificadas diferenças em relação ao nível de stress apresentado conforme os tratamentos a que os doentes são submetidos. Alguns estudos sugerem que os doentes com diabetes insulinotratada apresentam, de uma forma geral, um valor de stress significativamente mais elevado do que os doentes diabéticos não submetidos a tratamento insulínico. Por outro lado, os doentes com D.M. tipo 2 apresentam maior stress especificamente em relação à adesão à dieta e às queixas físicas, o que talvez se deva ao facto

desse grupo ser mais idoso (Herschbach et al., 1997). Segundo Herschbach et al. (1997), a idade do doente é um factor a ter em consideração, uma vez que a investigação indica que as restrições alimentares e a necessidade de tratamento com insulina são, geralmente, mais stressantes para os mais velhos e que estes apresentam, também, mais queixas físicas.

Outros estudos sugerem que a adesão à injeção de insulina e à medicação oral demonstram estar positivamente correlacionadas com os acontecimentos de vida positivos relatados pelo doente, enquanto a adesão aos cuidados alimentares não demonstra estar significativamente correlacionada com os acontecimentos de vida positivos, negativos, nem com o stress total (Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2002a). Os doentes com diabetes tipo 1 apresentam mais acontecimentos de vida positivos e stress total ao longo do último ano do que os indivíduos com diabetes tipo 2. Para além disso, os doentes que apresentam mais acontecimentos de vida positivos referem menos sintomas de depressão e os que apresentam mais acontecimentos de vida negativos revelam mais sintomas de depressão e de ansiedade (Silva, Ribeiro, et al., 2002a).

Em relação aos efeitos do stress, a investigação realizada em laboratório com indivíduos com D.M. tipo 2 conduziu a resultados contraditórios, levando alguns autores a encontrarem uma resposta hiperglicémica e outros a não encontrarem qualquer efeito (Cox & Gonder-Frederick, 1992).

Um estudo desenvolvido por Goldston et al. (1995) sugere que a duração da diabetes insulínica é uma das variáveis que intervém na relação stress/controlo metabólico e, de uma forma geral, quanto maior a duração da doença, mais difícil é para os indivíduos manterem um bom controlo metabólico, isto é, manterem níveis baixos de hemoglobina A1c. No entanto, quanto maior a duração da doença menor revela ser o nível de stress referido pelo doente ao longo do último ano (Silva, Ribeiro, et al., 2002a).

O impacto percebido pelo indivíduo quando sujeito a acontecimentos de vida stressantes parece estar positivamente relacionado com o nível de intrusividade da diabetes na sua vida, o que sugere que a presença de outros stressores, para além da diabetes, pode tornar ainda mais difícil ao doente lidar com as exigências diárias da doença (Talbot, Nouwen, Gingras, Bélanger, & Audet, 1999).

Herschbach et al. (1997) estudaram dois tipos de situação em que se pode encontrar o doente com diabetes – o internamento e a consulta externa –, tendo verificado que os doentes internados apresentam valores de stress mais elevados do que os que frequentam a consulta externa.

A presença de complicações crónicas da diabetes tem demonstrado ser uma importante variável no estudo do stress nos doentes com esta doença. Alguns estudos têm demonstrado que os doentes com uma ou mais complicações crónicas apresentam valores de stress mais elevados do que os doentes sem complicações crónicas (Herschbach et al., 1997).

Um estudo desenvolvido por A.M. Jacobson et al. (1985) sugere que, nos doentes com diabetes de longa duração sem retinopatia proliferativa (grupo de controlo) e nos doentes com retinopatia de longa duração (para quem o resultado da doença nos olhos está, em larga medida, determinado), os acontecimentos de vida e o controlo glicémico não parecem estar associados. Todavia, os doentes que desenvolveram retinopatia nos últimos dois anos e para quem o resultado da evolução desta não está ainda bem estabelecido, apresentam mais acontecimentos de vida negativos e exibem uma maior associação independente entre esses acontecimentos e a hemoglobina A1c, mesmo depois de controladas todas as outras variáveis médicas e os acontecimentos de vida positivos. Os autores sugerem que tal poderá estar relacionado com a perturbação emocional associada à recente perda da visão.

Esse estudo demonstrou, ainda, que, no período em que a retinopatia é aguda e evolui mais rapidamente e em que o resultado funcional ainda não está estabelecido, a experiência stressante está mais fortemente associada com o nível de glicose mantido pelo doente. A.M. Jacobson et al. (1985) alertam para o facto de que não só o controlo glicémico influencia o início e a progressão das lesões microvasculares na diabetes, como também é possível que as experiências de vida negativas exacerbem indirectamente essa progressão da retinopatia diabética e o desenvolvimento de problemas nos pequenos vasos.

### *As técnicas de gestão do stress na diabetes*

É usualmente aceite que a actividade do sistema nervoso simpático relacionada com o stress perturba o controlo da diabetes, pela mobilização das hormonas contra-reguladoras, e que as intervenções de gestão do stress promovem a actividade do sistema nervoso parassimpático, contrariando os efeitos do stress. Todavia, os indivíduos diferem na extensão em que as técnicas de gestão do stress são benéficas (Bradley, 1988).

Para alguns investigadores, existe uma evidência crescente de que as técnicas de gestão do stress poderão constituir uma valiosa ajuda para a gestão da diabetes para alguns indivíduos, enquanto podem ser

completamente inúteis ou, até mesmo, prejudiciais para outros (Feinglos, Hastedt & Surwit, 1987; Surwit & Feinglos, 1983; Surwit et al., 2002). Para outros autores, esta ampla incoerência ao nível dos resultados, que poderá resultar do desprezo a que têm sido votadas as diferenças individuais dos doentes nestes estudos, não fornece um apoio suficientemente forte para que as técnicas de gestão do stress sejam utilizadas como tratamento complementar na diabetes (Bradley, 1994a; Czyzewski, 1988).

Algumas das técnicas cuja utilização é sugerida pela literatura para lidar com situações em que o mau controlo metabólico parece ser mediado pelo stress são o relaxamento, o *biofeedback*, a modelagem, resolução de problemas, apoio dos pares e treino de competências sociais (Czyzewski, 1988). Mas a técnica que é, sem dúvida, mais amplamente estudada é a primeira.

Também as abordagens do stress que usam técnicas de relaxamento conduzem a resultados pouco claros ou contraditórios (Aikens, Kiolbasa, & Sobel, 1997; Fisher et al., 1982). Segundo Bradley (1994a), a evidência sugere que as técnicas de relaxamento podem ser benéficas para os indivíduos que sentem que o stress perturba o seu controlo glicémico e que estão a experimentar um stress considerável. Porém, acrescenta que é pouco provável que as técnicas de relaxamento tenham efeitos negativos, excepto se os indivíduos apresentarem um excelente controlo metabólico e não se fizer a devida correcção nas unidades de insulina ou quando os valores de glicemia já se encontram baixos, uma vez que, em ambas as situações, o doente corre o risco de ter uma crise hipoglicémica.

Cox e Gonder-Frederick (1992) consideram que o treino do relaxamento é benéfico para os doentes com diabetes tipo 2, mas que os resultados em relação à diabetes tipo 1 são inconsistentes. Por sua vez, Surwit et al. (2002) constataram que o treino de técnicas de gestão do stress está associado a uma pequena, mas significativa, redução no valor de hemoglobina A1c em doentes com diabetes tipo 2.

De uma forma geral, os efeitos positivos do relaxamento são mais frequentemente observados do que os efeitos negativos, mesmo nos indivíduos com D.M. tipo 1 com bom controlo metabólico antes do treino de relaxamento.

Um mecanismo pelo qual as técnicas de relaxamento podem ser benéficas para o controlo metabólico é a redução das alterações de humor, que, por sua vez, reduz a variabilidade da corrente sanguínea na pele e, conseqüentemente, a variabilidade da absorção da insulina injectada

subcutaneamente. Um outro mecanismo pelo qual as técnicas de gestão do stress podem contribuir para melhorar o controlo glicémico é pela mediação comportamental, minimizando os comportamentos perturbados associados a períodos de stress. As intervenções de gestão do stress podem quebrar o ciclo vicioso, no ponto em que os acontecimentos de vida causam mudança na glicose do sangue, quer influenciando a actividade de determinadas hormonas, quer minimizando as reacções comportamentais a esses acontecimentos. O ciclo vicioso também pode ser quebrado no ponto em que a perturbação glicémica aumenta o número de acontecimentos de vida se o indivíduo usar o relaxamento para lidar com o humor disfórico associado aos níveis de glicemia no sangue (Bradley, 1988).

A relação entre stress psicológico e diabetes demonstra ser mais complexa do que se cria inicialmente – a diabetes e o stress podem influenciar-se de forma mútua, directa e indirectamente, existindo entre eles uma relação bidireccional (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Fisher et al., 1982; Lloyd et al., 1999).

#### *Instrumentos de avaliação do stress específicos para a diabetes*

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos inúmeros questionários para avaliar aspectos psicológicos da diabetes mellitus, quer genéricos, quer específicos para esta doença.

O *Questionnaire on Stress in Patients With Diabetes* (QSD-R) é um questionário de auto-relato constituído por 45 itens que visam quantificar o stress diário dos indivíduos com diabetes. Este instrumento apresenta uma validade convergente e fidelidade satisfatórias, podendo ser usado com indivíduos com diferentes níveis de gravidade da doença e com diferentes tipos de diabetes, dado possuir validade discriminante. Porém, ainda não ficou provada a sensibilidade do instrumento à mudança (Herschbach et al., 1997).

Na sua investigação sobre a forma como as variáveis relacionadas com a diabetes e outros stressores na vida contribuem para a ansiedade e depressão nos indivíduos diabéticos, Fisher, Chesla, Mullan, Skaff e Kanter (2001) concluíram que é útil considerar os vários stressores na vida e não nos restringirmos apenas à avaliação do stress associado a esta doença crónica, uma vez que esses acontecimentos se combinam, afectando o humor negativo. Tal poderá sugerir-nos a utilização combinada de instrumentos de avaliação do stress gerais e específicos para a diabetes.

## **Stress e qualidade de vida na diabetes mellitus**

Tanto quanto nos é possível saber, não têm sido desenvolvidos estudos que se debrucem sobre a relação entre stress e qualidade de vida em pessoas com diabetes, mas a literatura aborda amplamente a relação entre controlo glicémico e stress, analisando pormenorizadamente as reacções metabólicas individuais a esta variável psicológica.

Num estudo por nós desenvolvido, constatou-se que os acontecimentos de vida positivos estão associados a uma melhor qualidade de vida e os acontecimentos negativos a uma pior qualidade de vida nos indivíduos com diabetes. Todavia, quando considerado o stress de forma geral, este demonstrou estar sempre associado de forma negativa com qualidade de vida destes doentes (Silva, 2003).

## **Limitações da investigação sobre stress e diabetes**

Têm sido apontadas algumas críticas à investigação desenvolvida nesta área.

A primeira destas prende-se com a metodologia de avaliação dos acontecimentos de vida stressantes, que, na maior parte dos estudos, não tem em conta a existência de vários tipos de stressores, assim como parece ignorar o impacto diferencial destes, nomeadamente se são percebidos como positivos, negativos ou neutros pelo indivíduo e se o seu impacto é pequeno, moderado ou forte (Fisher et al., 1982; Goldston et al., 1995; Lloyd et al., 1999).

Os estudos iniciais têm sido criticados por neles não se ter feito um esforço no sentido de standardizar as condições em que o stress ocorre, e por não se assegurar que o stress realmente ocorria. Essas críticas levaram a que vários estudos as tentassem ultrapassar usando procedimentos de indução de stress agudo em laboratório, de forma a confirmar que o stress realmente ocorria através de medidas de auto-relato e de avaliação fisiológica (Czyzewski, 1988). Todavia, essa solução despoletou uma série de outras críticas, nomeadamente a questão sobre se o stress induzido em condições laboratoriais é representativo dos acontecimentos de vida stressantes e se será legítima a generalização dos resultados obtidos em laboratório para a vida real (Kemmer et al., 1986).

Apesar da investigação ter vindo a demonstrar que o stress pode afectar o controlo metabólico indirecta e directamente, não existem estudos que procurem sistematicamente analisar a relação entre stress crónico e mudanças metabólicas a longo prazo (Ryan, 1997).

Um outro aspecto que tem vindo a ser negligenciado sucessivamente na investigação sobre stress e diabetes é o da variabilidade das respostas individuais. Essas diferenças individuais incluem parâmetros básicos que dizem respeito ao tipo de diabetes que o indivíduo apresenta e ao seu regime de tratamento; a factores demográficos, como o sexo e a idade; e à idade com que a diabetes foi diagnosticada (Bradley, 1988, 1994a; Goldston et al., 1995; Kemmer et al., 1986).

As perspectivas iniciais sobre a diabetes e stress pressupunham que a diabetes era uma entidade única com exigências e consequências universais, o que acabou por minar os trabalhos realizados. Bradley (1988) considera que, se queremos compreender as implicações da investigação existente e desenvolver uma base segura para a investigação futura sobre stress, é necessário ter em consideração a natureza da diabetes e do seu tratamento.

Por outro lado, a investigação sobre a influência dos acontecimentos de vida no controlo metabólico a longo prazo, em que este é avaliado através da hemoglobina A1c ou medidas similares, fornece uma visão muito simplificada da relação entre o stress e o controlo da diabetes, obscurecendo as conclusões desses estudos. Bradley (1994a) sugere o uso de medidas da glicemia capilar para avaliar o controlo glicémico em estudos sobre o stress agudo, dado estas permitirem observar os efeitos hiperglicémicos do stress de uma forma que a hemoglobina A1c não permite.



## CAPÍTULO 4

### ESTRATÉGIA DE *COPING* E DIABETES

O estudo dos processos através dos quais os indivíduos lidam com os acontecimentos stressantes tem tido uma longa história. Todavia, apesar da história rica e da corrente popularidade associada ao *coping*, parece haver pouca coerência na sua teoria, investigação e compreensão (Lazarus & Folkman, 1991).

Nos estudos mais recentes, o *coping* tem sido conceptualizado como uma resposta a acontecimentos negativos ou stressantes, que, usualmente, é consciente e passou a considerar-se que alguns indivíduos podem ter estilos ou padrões de *coping* particulares para responder a diferentes situações stressantes (Endler & Parker, 1990; Kessler et al., 1985; Lazarus, 1993; Somerfield & McCrae, 2000).

As primeiras abordagens do *coping* conceptualizam-no como uma característica da personalidade ou traço estável, relativamente duradouro (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Lazarus, 1992, 1993). Porém, as medidas de traço, que caracterizam as respostas típicas de um indivíduo a stressores, demonstraram levar à perda de informação sobre os efeitos específicos da situação e não permitem avaliar as mudanças no *coping* durante diferentes estádios de um acontecimento de vida stressante (Stone, Greenberg, Kennedy-Moore, & Newman, 1991).

A aceitação alargada da teoria transaccional de stress e *coping* (Lazarus & Folkman, 1984) mudou dramaticamente a forma como o *coping* é conceptualizado. A teoria transaccional não compreende o *coping* como um estilo da personalidade duradouro, mas como determinadas cognições e comportamentos que são desempenhados em resposta a exigências internas ou externas específicas, avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo (acontecimentos stressantes específicos) (Folkman & Lazarus, 1988; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; Lazarus, 1992; Stone et al., 1991). O *coping* surge, assim, como um processo dinâmico, que muda com o tempo em resposta a exigências objectivas e avaliações subjectivas da situação. A relação entre stress e *coping* é conceptualizada, por esta teoria, como sendo recíproca – as acções

de uma pessoa para lidar com um problema também afectam a avaliação que esta faz da situação e, subsequentemente, o *coping* (Stone et al., 1991).

Esta definição de *coping* tem subjacente, quatro aspectos chave: (1) é orientada para o processo; (2) refere-se à gestão e não à mestria; (3) não faz julgamentos *a priori* sobre a qualidade dos processos de *coping*; (4) implica uma distinção entre *coping* e comportamentos automáticos adaptativos (Folkman & Lazarus, 1988; Folkman et al., 1986; Lazarus, 1993).

É frequente a confusão entre processo de *coping* e resultados do *coping*, aspectos que devem ser percebidos como distintos na investigação. O processo de *coping* incluiu o esforço para lidar com exigências stressantes, independentemente do resultado. Nenhuma estratégia é considerada inerentemente melhor ou pior do que qualquer outra. O facto de uma estratégia ser boa, eficaz ou apropriada é determinado apenas pelos seus efeitos num determinado encontro e pelos seus efeitos a longo prazo (Lazarus & Folkman, 1991).

Zeidner e Saklofske (1996) estabeleceram critérios específicos para avaliar a eficácia do *coping*, entre os quais se contam: a diminuição do *distress* psicológico (depressão, ansiedade); a resolução do conflito ou da situação stressante; o funcionamento social normativo; a redução das reacções fisiológicas ou bioquímicas; o retorno às actividades anteriores ao stress ou a manutenção de uma auto-estima positiva.

Lazarus e Folkman (1984) destacam a ocorrência de dois processos entre o stressor e o efeito: a avaliação e o *coping*. O processo de avaliação consiste numa avaliação primária (em que o indivíduo avalia se a situação implica dano potencial ou consequências negativas), numa avaliação secundária (em que o indivíduo pergunta o que pode ser feito para reduzir a tensão emocional e fisiológica), e numa reavaliação (em que a eficácia da estratégia de *coping* é avaliada) (Olff, Brosschot, & Godaert, 1993).

No processo de *coping* podem distinguir-se, assim, três sub-processos: (1) o primeiro é o processo de percepção de que existe uma ameaça; (2) o segundo consiste em pensar em potenciais respostas à ameaça; e (3) o terceiro é o processo de executar a resposta, isto é, o *coping* (Carver et al., 1989). Apesar destes processos serem melhor descritos como uma sequência linear, Lazarus (1966) enfatizou que não ocorrem numa corrente inquebrável, pelo que o resultado de um dos processos pode reinvocar o processo precedente. Por exemplo, perceber que uma resposta de *coping* adequada se encontra prontamente disponível pode provocar uma reavaliação da ameaça como sendo menos ameaçadora. Outro exemplo ilustrativo é, se uma resposta de *coping* é menos eficaz do que era

esperado, o indivíduo poder reavaliar o nível de ameaça ou reavaliar qual a resposta de *coping* que seria apropriada. Assim, todo o conjunto de processos pode ser ciclicamente repetido numa transacção stressante.

As funções do *coping* são o propósito que a estratégia ou resposta serve. As funções não são definidas em termos de resultados, apesar de podermos esperar que dadas funções tenham determinado resultado (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus e Folkman (1984) enfatizam as seguintes funções:

- As estratégias de *coping* têm como função lidar com as exigências sociais e ambientais, criando a motivação para conhecer essas exigências, e manter um estado de equilíbrio psíquico, de forma a dirigir a energia e competência para as exigências externas;
- Têm, também, como função alterar a situação a partir da qual surge a experiência de tensão, controlar o significado dessa experiência e controlar o stress após o seu aparecimento;
- E, por fim, existem funções do *coping* que pertencem a contextos específicos como o da saúde/doenças. Essas funções, dentro de contextos específicos, são menos gerais e mais específicas da situação do que as que resultam de perspectivas teóricas alargadas.

Por sua vez, F. Cohen (1991) distingue disposições de *coping* e *coping* episódico. Segundo este autor, as disposições de *coping* referem-se à tendência de um indivíduo para usar um tipo particular de *coping* através de uma variedade de encontros stressantes, enquanto o *coping* episódico se refere às estratégias de *coping* individuais usadas numa situação particular (Carver et al., 1989; Cohen, 1991). Segundo este autor há pouca evidência da existência de consistência no modo de *coping* de uma situação para outra e só uma relação fraca ou não significativa foi encontrada entre as medidas das disposições de *coping* e o comportamento de *coping* actual observado, pelo que as disposições de *coping* não parecem prever a forma como os indivíduos lidam com situações stressantes num dado momento. Para além disso, parece incorrecto presumir que o indivíduo utiliza as mesmas estratégias de *coping* para lidar com todos os aspectos de uma situação particular. Há evidência de que são usadas diferentes formas de *coping* para lidar com subáreas da situação stressante e em diferentes momentos da situação stressante. Contudo, dada a extensão com que as medidas de disposição de *coping* reflectem mais dimensões gerais da personalidade do que tendências para lidar de uma forma particular, elas podem estar significativamente relacionadas com resultados de saúde relevantes e mostram ter uma boa validade preditiva (Cohen, 1991).

À semelhança do que sucede com a definição de *coping*, também não existe consenso em relação à organização dos diferentes tipos ou estilos de *coping*.

Uma das classificações mais frequentemente representadas na literatura é a de *coping focado nas emoções* e *coping focado no problema*, em que o *coping* focado no problema é definido como os esforços deliberados e conscientes para gerir ou alterar a situação problemática fonte de stress e o *coping* focado nas emoções se refere aos esforços realizados no sentido de regularizar ou diminuir o *distress* associado ou provocado pela situação e não à modificação da própria situação (Bennett, 2002; Folkman & Lazarus, 1988; Folkman et al., 1986; Justice, 1988; Lazarus, 1993; Serra, 2002).

A investigação sugere que a maioria dos stressores desencadeia os dois tipos de *coping*, porém, o *coping* centrado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que algo construtivo pode ser feito, enquanto o *coping* centrado nas emoções tende a predominar quando a pessoa percebe o stressor como algo que deve ser meramente suportado (Carver et al., 1989; Folkman & Lazarus, 1980; Kessler et al., 1985).

Esta distinção entre *coping* centrado no problema e *coping* centrado nas emoções é importante, todavia, provou ser demasiado simplista. Folkman e Lazarus (1988) consideram que, apesar dessa classificação poder ser útil, fracassa por não reflectir a riqueza e complexidade dos processos de *coping* e por não permitir enquadrar estratégias que podem pertencer simultaneamente aos dois tipos de *coping*. Essas respostas podem ser muito diferentes umas das outras, podendo ter implicações no sucesso com que a pessoa lida com a situação stressante (Carver et al., 1989).

## **Estratégias de *coping* e diabetes**

O *coping* tem-se afirmado como uma variável de estudo promissora na área da saúde e das doenças. A relação entre os estilos de *coping*, saúde e doenças constitui um dos tópicos mais extensivamente estudados na literatura ao longo das últimas duas décadas (Endler, Parker & Butcher, 1993; Endler, Parker & Summerfeldt, 1996) e os vários estudos sobre a forma como as pessoas lidam com problemas de saúde têm demonstrado a existência de efeitos salubres de certas estratégias na adaptação psicológica às doenças e no próprio curso da doença (Macrodimitris & Endler, 2001).

A importância das estratégias para lidar com o stress em doentes com diabetes mellitus tem sido amplamente reconhecida pelos investigadores e

são inúmeros os trabalhos que têm vindo a ser desenvolvidos nesta área. A adaptação à diabetes mellitus passa pela adopção de estratégias de *coping* adaptadas às pesadas exigências dos auto-cuidados da doença e das suas sequelas crónicas.

Também nesta área de investigação se encontram resultados contraditórios. Se alguns estudos encontram uma relação significativa entre as estratégias de *coping* adoptadas e o funcionamento psicossocial e resultados de saúde em doentes com diabetes, outros não encontram qualquer relação significativa (Hanson, Cigrang, et al., 1989; Smári & Valtýsdóttir, 1997).

Frenzel, McCaul, Glasgow e Schafer (1988) verificaram que os estilos de *coping* não estão relacionados com os comportamentos de adesão ao tratamento, nomeadamente com a injeção de insulina, teste de glicemia, nem com a ingestão de alimentos, excepto no que diz respeito ao cumprimento dos intervalos de tempo e número de refeições.

Por sua vez, C.L. Hanson, Cigrang et al. (1989) realizaram um estudo com 135 adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, tendo verificado que o uso do *coping* de ventilação (“*ventilation coping*”)<sup>1</sup> e de evitamento está frequentemente relacionado com a não adesão ao tratamento da diabetes, enquanto o uso de recursos pessoais e interpessoais não está relacionado com os resultados de saúde. Estes investigadores adiantam a hipótese do uso do evitamento conduzir à minimização ou negação dos comportamentos necessários ao tratamento da diabetes e que o uso frequente da ventilação pode indicar um comportamento externalizante, com uma concomitante redução no assumir da responsabilidade da adesão ao tratamento, constituindo a não adesão, nesse caso, uma forma do adolescente minimizar a doença. Acrescentam, ainda, que as crianças com elevados níveis de stress apresentam um uso mais frequente de ventilação e evitamento, talvez porque percebam as dificuldades que experimentam como amplamente incontrolláveis. No entanto, os autores não encontraram uma relação estatisticamente significativa entre as estratégias de *coping* utilizadas pelo doente e o controlo metabólico, o que pensam resultar do facto dos stressores e dos comportamentos de *coping* que foram avaliados no seu estudo não serem específicos da diabetes, nem estarem relacionados com a gestão da doença e do facto do efeito dos estilos de *coping* no controlo metabólico ser mediado por outras variáveis.

---

<sup>1</sup> Hanson, Cigrang, Harris, Carle, Relyea e Burghen (1989) definem as estratégias de coping de ventilação como estratégias que permitem “deixar sair o vapor” (aliviar a tensão) através de comportamentos como: gritar, culpar os outros, dizer coisas vis ou queixar-se.

Upchurch et al. (2003) verificaram que, à medida que a criança vai assumindo a responsabilidade pelas tarefas relacionadas com o tratamento, se envolve mais em estratégias de *coping* focadas no problema.

Smári e Valtýsdóttir (1997) consideram que o *coping* activo ou orientado para a tarefa é positivo para os resultados relacionados com a doença crónica, enquanto que o *coping* de evitamento ou passivo parece estar relacionado com baixos níveis de *distress* psicológico. Estes investigadores verificaram que o *coping* focado no problema está relacionado com valores de hemoglobina A1c mais baixos nos homens, com níveis de ansiedade mais baixos nos dois sexos e com níveis de depressão mais baixos nas mulheres. O *coping* focado nas emoções, por seu lado, está relacionado com resultados negativos, níveis mais elevados de ansiedade e depressão e piores valores de hemoglobina A1c em ambos os sexos. No seu estudo é levantada a hipótese das complicações mais graves da diabetes poderem conduzir à adopção de estilos de *coping* mais activos por parte do doente, sendo, nesse caso, o estilo de *coping* activo uma consequência e não uma causa do nível de deficiência do metabolismo.

Hartemenn, Sultan, Sachon, Bosquet e Grimaldi (2001) constataram que os doentes com melhor controlo glicémico são aqueles que adoptam estratégias para lidar com a diabetes com maior ênfase na resolução de problemas.

Também Macrodimitris e Endler (2001) verificaram que as estratégias de *coping* instrumentais estão associadas a uma melhor adaptação psicológica (isto é, a níveis baixos de depressão), enquanto o *coping* de preocupação emocional e o *coping* paliativo ou de evitamento estão relacionados com níveis mais elevados de depressão e ansiedade-estado em doentes com diabetes tipo 2. Estes autores verificaram, ainda, que os doentes com este tipo de diabetes apresentam uma maior tendência para utilizar uma combinação de diferentes tipos de estratégias de *coping* para lidar com a doença do que para utilizar um tipo de estratégia específico. Para além disso, os resultados deste estudo sugerem a não existência de qualquer relação directa entre estratégias de *coping* e hemoglobina A1c.

Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop e Klapp (2002) constataram que os indivíduos com maior percepção de auto-eficácia apresentam mais comportamentos activos de *coping*, melhor qualidade de vida e melhor controlo glicémico.

Por outro lado, a investigação sugere que a dificuldade em avaliar realisticamente a sua situação, isto é, o uso de estratégias de *coping* de defesa, comportamentos de evitamento e sonhar acordado (*wishful*

*thinking*), está associada a um pior controlo metabólico (Wikby et al., 1993). O estudo realizado por Wikby, Hörnquist, Stenström e Anderson (1993) revela que as estratégias de *coping* como o sonhar acordado e/ou estratégias defensivas tendem a não ser bem sucedidas em relação ao controlo metabólico, à prevenção das complicações e à adaptação social. Os autores adiantam que o fracasso na manutenção do controlo metabólico e o facto de se sofrer de nefropatia incipiente parecem contribuir para a adopção desse tipo de estratégias de *coping* (Wikby et al., 1993).

Enzlin et al. (2002) verificaram que os homens com diabetes tipo 1 utilizam mais estratégias de *coping* activo, menos evitamento, procuram menos apoio social e usam menos estratégia de *coping* depressivo do que as mulheres com este tipo de diabetes. Porém, apesar destas diferenças, o controlo glicémico não é significativamente melhor nos homens do que nas mulheres.

Vileikyte (2000) salienta que a estratégia de *coping* de negação é percebida pelos profissionais de saúde como um dos mais importantes determinantes da não adesão em doentes diabéticos com neuropatia em grande risco de desenvolver úlceras. Esta autora encontrou uma relação negativa significativa entre o medo da amputação e a negação, tendo constatado que os doentes com nível de medo mais elevado apresentam uma menor probabilidade de usar a negação como estratégia de *coping* e uma maior probabilidade de se envolverem em cuidados preventivos de problemas nos pés.

Quando o doente reage ao stress com estratégias de negação, a sua confrontação pode diminuir a adesão ao tratamento ou, até mesmo, precipitar o completo enfraquecimento da relação médico-doente (Vileikyte, 2000).

Kovacs e Feinberg (1982) analisaram o desequilíbrio emocional gerado pelo diagnóstico da diabetes em crianças, adolescentes e nos seus pais, tendo verificado que a natureza do stress e a forma como a pessoa lida com ele variam em função da sua idade e maturidade. Estes autores consideram que o início, curso e tratamento da doença constituem um stressor que perturba a homeostasia de todas as pessoas envolvidas e implicam uma mudança no estilo de vida prévio. Kovacs e Feinberg (1982) adiantam que a adaptação pode ser facilitada pela utilização de recursos de *coping* como: o envolvimento de membros da família ou a partilha de responsabilidades em relação à diabetes; participação em grupos de apoio; procura de informação; utilização de lembretes para as tarefas a implementar; planeamento sistemático das actividades que o doente deve fazer ao longo do dia; usar comportamento assertivo em relação ao meio social e não o

evitamento activo das situações; reorganizar os hábitos familiares, nomeadamente através da passagem de toda a família para uma “alimentação prudente”.

As crianças e as famílias, muitas vezes, lidam com as exigências da diabetes simplesmente não cumprindo as tarefas de auto-cuidados e a mentira em relação aos resultados da auto-monitorização da glicemia é uma estratégia frequentemente usada em situações em que sabe que vai ser alvo de desaprovação ou de censura, quer o doente se trate de uma criança, quer de um adulto (Kovacs & Feinberg, 1982).

Uma das estratégias frequentemente utilizadas pelas crianças é pensar no lado positivo dos auto-cuidados, por exemplo, como a insulina injectada as ajuda a manterem-se saudáveis e a crescerem ou imaginar a acção da insulina no corpo. Este tipo de estratégia pode aumentar a percepção de domínio sobre a situação, contudo, também pode facilitar a manutenção de comportamentos errados ou resultar na não implementação das tarefas, como no caso de doentes que não fazem a injeção de insulina porque receiam acertar numa veia ou num osso, que temem partir a agulha no corpo da criança ou injectar uma dose errada de insulina (Kovacs & Feinberg, 1982).

Kovacs e Feinberg (1982) consideram que a não adesão parcial ou total reflecte formas de *coping* não adaptativo, que se podem dever a um conhecimento insuficiente da doença e do seu tratamento, a atitudes e motivação do doente, e a factores emocionais, como a frustração, revolta ou depressão. Estas variáveis podem desempenhar um papel quer no *coping* adaptativo, quer no não adaptativo. Para estes investigadores, o processo de *coping* é considerado positivo quando a criança ou adolescente integra de forma saudável as reacções à doença, apresentando como exemplo dessas estratégias a identificação positiva com os profissionais de saúde (ex: querer ser médico ou enfermeiro), ter atitudes flexíveis, relações adequadas com familiares e amigos, e auto-estima positiva.

Por outro lado, as estratégias de *coping* negativas conduzem a emoções mais disfuncionais e a uma incapacidade para lidar adequadamente com as exigências objectivas da doença. Exemplo disso são os jovens que apresentam uma resposta traumática e não integrada, manifestada por ansiedade, culpa, negação, dependência passiva ou manipulação, comportamentos regressivos ou obsessivo-compulsivos, revolta, baixa auto-estima, relações pobres com os pares, elevada não adesão aos auto-cuidados, agressividade, comportamentos auto-destrutivos, pessimismo, depressão, sentem vergonha ou embaraço em relação a aspectos da sua doença, apresentam forte preocupação em relação ao futuro e apresentam



mais conflitos interpessoais com os pais, irmãos, professores e amigos (Kovacs & Feinberg, 1982).

Nyhlin (1990) realizou um estudo com pessoas com diabetes tipo 1, que sofriam da doença há aproximadamente 28 anos, apresentando a maioria complicações crónicas, tendo constatado que as estratégias de *coping* utilizadas por estes doentes implicam um processo contínuo de equilíbrio. Da análise efectuada a partir dos dados recolhidos através de uma entrevista não estruturada a que os indivíduos foram sujeitos em dois momentos diferentes, com um intervalo de cinco anos, Nyhlin construiu três categorias que parecem constituir estádios sobrepostos neste processo, que denominou: “*Coming to terms*”, “*Keeping going*” e “*Making sense*”, analisando a forma como estes estádios se parecem desenrolar à medida que o doente se vai confrontando com a evolução da retinopatia diabética:

1) “*Coming to terms*”:

A retinopatia diabética é uma complicação dramática, que leva a uma súbita perda da acuidade visual, causando sentimentos de desespero e parece ser experimentada como um primeiro sinal do que a diabetes irá trazer no futuro, tendo como significado imediato para alguns dos respondentes a necessidade de começar uma nova vida. Nesta fase, parece haver intenção de alterar hábitos alimentares e de abandonar comportamentos tabágicos, porém, muitas vezes, essa intenção não é bem sucedida, porque os doentes, gradualmente, enfrentam um agravamento do problema no olho afectado ou, até mesmo, o início do problema no outro olho, o que torna mais difícil alterar o seu estilo de vida. Mesmo melhorias temporárias, resultantes numa maior esperança e gratidão, podem causar dificuldades na reorganização dos estilos de vida. A falta de conhecimento e o sentimento de incerteza prevalecem quando o doente se confronta com novas complicações.

Os doentes passam por diferentes estádios de limitações parciais da visão, incluindo limitações do campo de visão, que, por vezes, são causadas pelos tratamentos, como a fotocoagulação. Quando se sucedem novos problemas, como, por exemplo, ulcerações dos membros inferiores, estes são frequentemente atribuídos pelos indivíduos com diabetes às dificuldades em equilibrar os níveis de açúcar no sangue, ainda que estes possam dever-se à situação de stress e à falta de exercício associados aos problemas nos olhos (quer devido à limitação visual, quer devido aos conselhos para que sejam cuidadosos e deixem de fazer exercício, de forma a evitar o agravamento da situação).

Todas essas pessoas referem o desespero da espera por diferentes tipos de tratamento ou do contínuo “esperar para ver” (incerteza), tal como lhes é sugerido no hospital. Nesta fase, os doentes dizem pensar não ter qualquer sentido fazer planos, até para um futuro próximo.

Nyhlin (1990) aponta como estratégias para ultrapassar essa incerteza a procura de apoio, de conselhos e informação, especialmente do sistema de cuidados de saúde. Os doentes experimentam frustração e raiva, devido a expectativas falhadas e têm de encontrar formas de lidar com a incerteza e com a falta de soluções do sistema de cuidados de saúde. O contacto com outros doentes com diabetes que estão na mesma situação parece aumentar a percepção de apoio. Mas nem sempre as pessoas conseguem ultrapassar essas dificuldades, parecendo tentar agarrar-se a algo que lhes permita ter o mínimo de sensação de controlo, como, por exemplo, a ideação suicida.

## 2. “*Keeping going*”:

Após algum tempo, os sentimentos de desespero parecem começar a diminuir. Apesar disso, podem ter começado a surgir outras complicações e ser necessário lidar com elas. Nyhlin (1990) considera que os outros problemas se desenvolvem mais insidiosamente e que não causam sentimentos tão dramáticos como a perda da visão.

O autor salienta a importância de desenvolver soluções práticas que tornem a vida mais fácil e que tornem possível aos indivíduos continuar com o seu trabalho ou com os seus interesses, apesar disso parecer cada vez mais difícil à medida que a doença vai evoluindo. Também, parece ser importante transmitir a ideia de que todo o processo de evolução das complicações e de tratamento destas é bastante demorado, pois isso pode permitir-lhes utilizar o seu tempo de forma mais produtiva.

Os doentes vão, progressivamente, tendo uma maior consciência da gravidade das complicações crónicas. Ao mesmo tempo, as actividades diárias e os relacionamentos sociais vão-se tornando mais importantes e parecem estar associados a uma maior satisfação com a vida (Nyhlin, 1990).

Estes doentes procuram continuar com as suas carreiras profissionais, apesar de, com o tempo, as situações stressantes parecerem cada vez mais difíceis de suportar, surgindo como forma de lidar com esta situação o evitar situações com exigências imprevisíveis. Esta estratégia de *coping* passa pela aceitação psicológica de novos níveis de normalidade, sem que os indivíduos desejem, no entanto, que esses novos níveis sejam relacionados com o facto de estarem doentes.

### 3. “*Making sense*”:

Segundo Nyhlin (1990), nesta fase de reacção à situação, alguns dos indivíduos sentem que é injusto que tenham sido afectados tão brutalmente pela doença, porém, não manifestam sentimentos de inveja em relação às outras pessoas. Pelo contrário, sentem algum orgulho de continuarem a funcionar razoavelmente, apesar de estarem fortemente afectados. Os doentes parecem construir um significado positivo a partir da experiência das complicações crónicas e sentir orgulho em si mesmos. O desenvolvimento das complicações crónicas parece levar os doentes a reavaliarem as suas vidas e a olhar para os anos que têm de vida como se se tratassem de uma oferta. Esse olhar em frente parece tornar o confronto com as crises (desenvolvimento de novas complicações) mais fácil.

Os doentes que adoptam este tipo de estratégia de *coping* não se culpam, nem culpam outras pessoas por não terem cumprido os auto-cuidados aconselhados. Nenhum dos doentes que adopta esta estratégia de *coping* se sente angustiado, acreditando que fizeram o seu melhor e o facto das complicações crónicas aparecerem precocemente é percebido como uma oportunidade para aprender e aceitar o que elas representam (Nyhlin, 1990).

Segundo Nyhlin (1990), muitos dos doentes tiveram experiências tais como omitir que tinham diabetes para arranjar um emprego ou mentir nas consultas médicas. Agora procuram compreender quem eram, quem são e como seriam se não fosse a diabetes. Estes doentes referem considerar que, ao avaliarem a vida que até então tiveram, a consideram como boa. Algumas pessoas com doença crónica utilizam a “normalização” como estratégia de *coping* básica, isto é, esforçam-se por dar à sua vida uma aparência de normalidade. Desejam viver o mais normalmente possível, apesar dos sintomas e da doença, do confronto com uma situação que sofre alterações (por um lado, o doente tem de alterar o seu estilo de vida e, por outro, existe a imprevisibilidade e a incerteza da evolução do problema) e da dependência do sistema de cuidados de saúde, procurando continuar o seu trabalho apesar das dificuldades.

### ***Coping* e qualidade de vida na diabetes mellitus**

A relação entre as estratégias adoptadas para lidar com a doença e a qualidade de vida não tem sido estudada com profundidade.

Alguns autores analisaram os resultados de programas de educação para diabéticos, tendo concluído que, se o aumento de conhecimento sobre os processos da diabetes não melhora o bem-estar dos doentes, os programas focados no treino de competências de *coping* conduzem a uma melhor qualidade de vida. O treino de competências de *coping* parece, também, estar associado a melhoria dos sintomas de depressão e da percepção de auto-eficácia (Grey, Boland, Davidson, et al., 1998).

Por exemplo, Grey, Boland, Yu, et al. (1998) analisaram os factores pessoais e familiares associados à qualidade de vida em adolescentes com diabetes e verificaram que as estratégias de *coping* consideradas de rebeldia ou desobediência (“*rebellious coping strategies*”) e a percepção de que lidar com a diabetes é difícil e mais perturbador estão associadas a uma pior qualidade de vida. Todavia, os autores enfatizam a ideia de que não foi possível determinar se a fraca qualidade de vida precede o uso deste tipo de comportamentos de *coping* ou se acontece o contrário, questão a que o presente estudo também não permite responder.

Numa investigação por nós realizada, constatou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o tipo de *coping* adoptado e a qualidade de vida dos indivíduos com diabetes (Silva, 2003). As estratégias de *coping* de preocupação emocional demonstraram estar sistematicamente associadas a uma pior qualidade de vida, enquanto o *coping* instrumental e de distração parecem estar, de uma forma geral, associados a uma qualidade de vida melhor, ainda que estejam associados a uma maior preocupação com o futuro. Entre estes últimos dois tipos de *coping*, é o *coping* por distração que demonstra ter efeito positivo num maior número de dimensões da qualidade de vida (Silva, 2003).

### **Limitações da investigação sobre *coping* e diabetes**

As estratégias adoptadas para lidar com a diabetes têm revelado ser claramente importantes para a adaptação e gestão desta doença. Todavia, o conhecimento sobre a forma como a adopção de diferentes estratégias pode ser mais ou menos benéfica para o indivíduo em diferentes momentos do curso da sua doença, sobretudo tendo em conta o desenvolvimento das distintas complicações crónicas, é ainda muito parco.

Relativamente à análise dos efeitos das estratégias de *coping* adoptadas na qualidade de vida dos indivíduos com diabetes, raros são os estudos realizados. Todavia, as *estratégias de coping* “rebeldes”, a percepção de

que é difícil lidar com a diabetes e uma maior preocupação demonstraram estar associados a uma qualidade de vida mais pobre em adolescentes com diabetes, ainda que não seja possível saber se esses comportamentos de *coping* antecedem ou precedem o empobrecimento da qualidade de vida (Grey, Boland, Davidson, et al., 1998).

## CAPÍTULO 5

### HUMOR NEGATIVO E DIABETES

A definição exacta do que é a ansiedade e a depressão constitui uma tarefa difícil, dada a diversidade de definições que se encontra na literatura e que resulta, em grande medida, dos múltiplos aspectos subjacentes a estes conceitos (Powell & Enright, 1990; Snaith, 1993) e do facto dos investigadores evitarem abordagens descritivas ou de classificação destes fenómenos, preterindo-os em favor da experimentação (Rippere, 1980).

Um dos modelos compreensivos do humor negativo, descrito por Powell e Enright (1990), é denominado Modelo dos Três Sistemas. Trata-se de um modelo que contribui para uma maior compreensão da diversidade das definições, conceptualizando o humor negativo (ansiedade e depressão) de uma forma extremamente ampla, considerando que este pode ser construído em termos de cognições, comportamentos e sensações físicas e que esses três sistemas se encontram interrelacionados, tendo um efeito directo uns sobre os outros.

Duas referências amplamente citadas, quando nos debruçamos sobre a ansiedade e depressão, são encontradas na literatura psiquiátrica: as classificações propostas pelo DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association, 1996) e pelo ICD-10 *Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (World Health Organization, 1993). Estes dois sistemas de classificação conceptualizam a ansiedade e a depressão em termos de perturbações psiquiátricas, que se revelam através de uma combinação de manifestações físicas e mentais.

Winokur (1981) define depressão como um estado clínico do corpo e da mente caracterizado por uma mudança no humor no sentido da pessoa de sentir infeliz, preocupada, desanimada, desinteressada, melancólica, irritável, incapaz de sentir emoções, receosa, desalentada, sem esperança ou “no fundo do poço”. Para além disso, considera que a pessoa quando está deprimida pode apresentar outros sintomas, como perda do apetite ou de peso; dificuldade em dormir; cansaço ou fadiga fáceis; agitação ou lentificação do pensamento e/ou motora; perda de interesse nas actividades

usuais; diminuição do desejo sexual; sentimentos de auto-condenação; dificuldade em pensar ou em concentrar-se; pensamentos acerca da morte ou ideação suicida; tentativas de suicídio; não sentir prazer no convívio com as outras pessoas. Muitas vezes, as pessoas deprimidas queixam-se de sintomas físicos vagos, como dores nas costas ou peito e dor abdominal.

Por sua vez, a ansiedade pode ser definida como um estado ou condição emocional caracterizado por sensações subjectivas de tensão, apreensão e preocupação e por uma activação ou estimulação do sistema nervoso autónómico (Sarason, 1986; Schwarzer, 1986). Sarason (1986) afirma que, em relação à ansiedade, é importante fazer uma distinção entre a inquietação (que se refere ao lado cognitivo da ansiedade, à preocupação) e a emoção (avaliação que a pessoa faz da estimulação e tensão corporal).

Snaith (1994, 1995) considera que a ansiedade constitui um construto complexo, que pode ser descrito como uma sensação de medo ou insegurança, preocupação irrealista em relação a resultados adversos e evitamento de situações, comportamento desassossegado ou de inquietação, acompanhado por um conjunto de sintomas somáticos, entre os quais se podem encontrar a insónia e outros sintomas que resultam da tensão muscular, hiperventilação e hiperfuncionamento do sistema nervoso autónómico.

A investigação tem demonstrado consistentemente a existência de uma forte associação entre ansiedade e depressão (Burns & Eidelson, 1998). Wetzel (1984) alerta para o facto de, ainda que a ansiedade e a depressão constituam entidades separadas, possam, por vezes, ser confundidas.

Alguns investigadores sugerem que a sobreposição entre ansiedade e depressão reflecte a co-ocorrência de construtos fenomenologicamente distintos e defendem que existem diferenças cognitivas e afectivas específicas entre ansiedade e depressão. Os pensamentos automáticos dos indivíduos deprimidos são absolutistas e andam à volta de temas como perda, privação e inadequação pessoal. Essas cognições estimulam sentimentos como tristeza, desânimo, fadiga. Em contraste, as cognições associadas aos estados de ansiedade são probabilísticas (“E se?”) e consistem em percepções de possíveis futuros danos físicos ou psicológicos. Essas percepções de perigo conduzem a sentimentos como tensão, medo, estimulação autónómica, receio (Burns & Eidelson, 1998; Gençöz, 2002).

Outros investigadores, pelo contrário, defendem que ansiedade e depressão não são conceitos fenomenologicamente diferentes e facilmente distinguíveis e que as medidas dos dois construtos se correlacionam, porque muitos dos sintomas avaliados pelos instrumentos são não específicos. Sugerem que existe um factor de *distress* geral –

frequentemente denominado afecto negativo –, comum aos dois estados afectivos (Burns & Eidelson, 1998). Entre estes modelos destacam-se o Modelo do Afecto Positivo-Negativo (Watson et al., 1988; Watson & Tellegen, 1985) e o Modelo Tripartido (Clark, Steer & Beck, 1994; Clark & Watson, 1991), que sugerem que, apesar do afecto negativo ser um componente partilhado pela ansiedade e pela depressão, o baixo afecto positivo é específico da depressão.

## **Humor negativo em indivíduos com diabetes**

### *A prevalência da ansiedade e da depressão na diabetes*

A investigação aponta consistentemente para a existência de uma prevalência de depressão e da ansiedade, bem como de outras perturbações psiquiátricas, mais elevada na população com diabetes do que na população em geral e os resultados sugerem que esta seja duas a quatro vezes mais elevada do que na população saudável e que varie entre os 15% e os 30% (Cohen, Welch, Jacobson, de Groot, & Samson, 1997; de Groot, Anderson, Freedland, & Clouse 2001; Eaton, 2002; Egede, Zheng, & Simpson, 2002; Griffiths & Lustman, 1997; Hänninen, Takala, & Keinänen-Kiukaanniemi, 1999; Harris, 2003; Jacobson, 1996; Kanner, Hamrin, & Grey, 2003; Katon & Ciechanowski, 2002; Lloyd, 2002; Lamberg, 1996; Lustman et al., 2000; Peyrot & Rubin, 1999; Ryan, 1997; Tilburg et al., 2001; Wrigley & Mayou, 1991). Essa prevalência é semelhante em pessoas com diabetes tipo 1 e tipo 2, independentemente de factores como a presença de complicações crónicas (Cox & Gonder-Frederick, 1992).

Alguns estudos sugerem que a elevada prevalência de ansiedade e de depressão não só é encontrada em adultos com diabetes, mas também nas crianças (Eiser, 1985) e adolescentes com esta doença (Fisher et al., 1982; Kovacs, Obrosky, Goldston, & Drash, 1997). No entanto, a maioria dos estudos transversais e longitudinais não encontraram evidência de graves problemas psicológicos ou comportamentais associados à doença em crianças e adolescentes com diabetes e sugerem que a maioria destes se adapta à doença com poucas consequências psicológicas (Ryan, 1997; White, Tata, & Burns, 1996).

A investigação tem demonstrado que, apesar da depressão ser mais frequente nos indivíduos com diabetes do que na população em geral, os seus valores não são superiores aos apresentados pelas pessoas com outras



doenças crónicas, como a artrite e doença cardíaca (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Ryan, 1997).

Os valores de depressão descritos na literatura variam de acordo com os critérios de diagnóstico e de avaliação usados, mas também de acordo com a população de onde é retirada a amostra.

Lustman, Griffith, Clouse e Cryer (1986) verificaram que 70% dos doentes com diabetes (tipo 1 e tipo 2) apresentavam, ao longo da sua vida, pelo menos uma perturbação psiquiátrica, mais frequentemente perturbação depressiva ou perturbação de ansiedade generalizada; e 14% sofria de um episódio depressivo major no momento em que foi realizado o estudo, o que constituem valores superiores aos apresentados pela população em geral. Estes autores também constataram que os doentes com pior controlo metabólico tinham níveis mais elevados de doença psiquiátrica ao longo da sua vida do que os doentes com bom controlo metabólico.

L. Fisher, Chesla, Skaff, Mullan e Kanter (2002) constataram que os níveis de humor depressivo e ansiedade, e os níveis de perturbação depressiva (21,4%) são tão elevados para os doentes com diabetes como para os seus companheiros, especialmente no caso dos companheiros do sexo feminino.

Quando analisadas as diferenças entre grupos, observa-se que os doentes diabéticos do sexo feminino apresentam um maior risco do que os do sexo masculino de vir a sofrer de sintomas depressivos, estando essa relação presente desde o início da adolescência e ao longo do resto do ciclo vital (Egede & Zheng, 2003; Egede et al., 2002; Enzlin et al., 2002; Griffiths & Lustman, 1997; Lloyd, 2002). Todavia, apesar do sexo estar associado a diferenças significativas no nível da perturbação, não parece estar associado a diferenças na persistência desta ao longo do tempo. Alguns autores identificam, como factores que poderão ser responsáveis pela prevalência mais elevada da perturbação depressiva nas mulheres, a sua maior vulnerabilidade biológica associada a processos genéticos, endócrinos e imunológicos, a gravidez, a menopausa, causas psicossociais, como a pobreza, abuso e acontecimentos de vida stressantes (Griffiths & Lustman, 1997; Harris, 2003; Kovacs et al., 1997). Para outros, essa diferença poderá ser atribuível ao facto das mulheres serem “mais visíveis”, isto é, procurarem mais facilmente tratamento (Lloyd, 2002). Todavia, até hoje, não foi encontrada uma resposta que justificasse totalmente a elevada prevalência da depressão entre as mulheres diabéticas.

C.E. Lloyd, Dyer e Barnett (2000) estudaram um grupo de doentes com diabetes tipo 1 e tipo 2, tendo verificado que os homens apresentavam mais

sintomas de depressão moderada-grave e as mulheres de ansiedade moderada-grave.

O estado civil parece estar significativamente relacionado com os níveis de depressão e ansiedade apresentados pelos indivíduos com diabetes. Os doentes casados apresentam menores níveis de ansiedade e de depressão, enquanto os viúvos e divorciados apresentam níveis mais elevados. Porém, o estado civil não demonstra estar associado à persistência dos sintomas (Hänninen et al., 1999; Peyrot & Rubin, 1999).

Egede et al. (2002) verificaram que o grupo de doentes solteiros e o grupo de doentes adultos mais jovem (com idade inferior a 65 anos) apresentam um risco superior de vir a sofrer de depressão, enquanto C. Lloyd (2002) constatou que a presença de conflito conjugal poderá favorecer o desenvolvimento de sintomas depressivos na população com diabetes.

O nível de escolaridade constitui, também, um factor importante. O nível de escolaridade mais baixo está associado a um maior nível de perturbação e a uma maior persistência desta ao longo do tempo, bem como à existência de mais problemas financeiros e de desemprego em indivíduos com diabetes (Lloyd, 2002; Peyrot & Rubin, 1999).

A relação entre o tipo de diabetes e os seus efeitos nos níveis e persistência de ansiedade e depressão apresentados pelo doente tem sido parcamente estudada, não permitindo retirar conclusões válidas.

A presença de complicações crónicas tem demonstrado estar associada, como seria de esperar, a um nível mais elevado de ansiedade e de depressão (Peyrot & Rubin, 1999), nomeadamente nos doentes com retinopatia, nefropatia, disfunção sexual, neuropatia e doença macrovascular, porém, esse efeito parece ser pequeno ou moderado (Lloyd, 2002).

Num outro estudo constatou-se que a presença e o nível de gravidade da microangiopatia e o diagnóstico de doença cardíaca coronária não estão associados de forma estatisticamente significativa a diferenças no nível de ansiedade e de depressão em doentes com diabetes. Todavia, a presença de catarata, glaucoma ou macroangiopatia está associada a níveis mais elevados de ansiedade e depressão, e o diagnóstico de neuropatia autonómica está associado a valores mais elevados de depressão, ainda que a presença de disfunção sexual em geral não o esteja e a presença de disfunção erétil em particular esteja associada a valores mais baixos de ansiedade (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2002b).

Todavia, Sinzato, Fukino, Tamai, Isizu, Nakagawa e Ikemi (1985), ao controlarem a gravidade da doença no seu estudo, constataram que o grupo

com diabetes grave apresenta valores de ansiedade traço e ansiedade estado mais baixos do que os diabéticos com gravidade moderada da doença, o que, segundo os autores, se poderá dever ao facto do grupo com diabetes grave apresentar mais traços alexitímicos do que o grupo moderado.

Por outro lado, os doentes com diabetes internados apresentam maior morbilidade psiquiátrica do que os doentes que frequentam apenas a consulta externa (Ryan, 1997; Wrigley & Mayou, 1991).

Connell, Davis, Gallant e Sharpe (1994) constataram que o apoio social considerado de uma forma geral está relacionado com um menor nível de depressão, mas os factores psicossociais específicos para a diabetes (como o apoio social relacionado com a diabetes, auto-eficácia e crenças em relação aos resultados) não o estão. Aalto, Uutela e Aro (1997) verificaram, também, que o apoio social desempenha um papel protector e tem efeitos benéficos directos na depressão em indivíduos com diabetes.

### *Dificuldade no diagnóstico da depressão e da ansiedade na diabetes mellitus*

Apesar de existir consenso em relação aos resultados da investigação que sugerem a existência de uma prevalência mais elevada de depressão e ansiedade na população com diabetes, estas perturbações continuam a ser sub-diagnosticadas, do ponto de vista clínico, neste grupo de doentes (Kovacs et al., 1997; Lloyd, 2002).

A dificuldade no diagnóstico de perturbações de ansiedade e de depressão parece resultar da incapacidade de se distinguir quais os sintomas que se devem a estas perturbações e quais os que resultam do mau controlo da diabetes (hiperglicemia e hipoglicemia), nomeadamente a fadiga, perda de peso, dificuldades de memória, perturbações do sono, disfunção sexual, letargia, irritabilidade, entre outros (Cassano & Fava, 2002; Cox et al., 1991; Gold & Herridge, 1988; Griffiths & Lustman, 1997; Jacobson, 1996).

### *O curso da depressão na população diabética*

Alguns estudos sugerem que, não só a depressão parece ser mais frequente nos indivíduos com diabetes do que na população em geral, como também os indivíduos com diabetes com história de depressão apresentam um aumento do risco de recorrência desta perturbação, o que significa que o

curso da depressão é mais grave na população com diabetes. Alguns autores vão mais longe e sugerem que, nestes doentes, ocorre, em média, um episódio depressivo por ano (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Griffiths & Lustman, 1997).

Segundo Nouwen (2002), os episódios depressivos nesta população não só têm uma maior taxa de recorrência, como também parecem ter uma maior duração. Este autor considera que o diagnóstico de perturbação depressiva frequentemente antecede, em muitos anos, o diagnóstico de D.M. tipo 2; que não só a perturbação depressiva, mas também os sintomas depressivos aumentam o risco de desenvolver D.M. tipo 2; e que a perturbação depressiva também surge usualmente após o diagnóstico de D.M. tipo 1.

Porém, outras investigações conduzem à conclusão de que o curso da depressão não difere significativamente do curso apresentado por outros doentes não diabéticos, quer estes tenham ou não antecedentes de depressão, encontrando-se apenas diferenças nos doentes com diabetes que sofreram enfarte do miocárdio, complicação que parece associada a um pior prognóstico clínico (Wells, Rogers, Burnam, & Camp, 1993).

Kovacs et al. (1997) constataram que, de uma forma geral, a recuperação do primeiro episódio e o risco de um segundo episódio depressivo não parecem ser influenciados pelo facto do indivíduo ter diabetes. Todavia, as mulheres jovens com diabetes podem apresentar depressões mais prolongadas e uma taxa de recorrência mais elevada do que os homens com diabetes.

Uma explicação possível para que os doentes com diabetes apresentem episódios depressivos mais longos pode ser o facto do stress subjacente aos cuidados da diabetes poder exacerbar a perturbação do humor e a própria doença resultar num desgaste dos recursos de *coping* do indivíduo. Outra explicação que tem sido adiantada é a de que a diabetes pode complicar a perturbação depressiva, porque ocorre uma sobreposição de transtornos a nível metabólico e hormonal associado às duas doenças (Kovacs et al., 1997; Peyrot & Rubin, 1999).

Ainda que o mecanismo subjacente a esta associação temporal entre diabetes e depressão permaneça pouco claro, Nouwen (2002) considera que a investigação tem demonstrado a existência de uma relação consistente e que as mudanças neuroquímicas associadas com a evolução da diabetes podem contribuir para a depressão nos indivíduos com diabetes mellitus:

- (a) A diabetes e a depressão têm substratos biológicos comuns (ex: aumento da produção de cortisol);

- (b) Os indivíduos deprimidos apresentam alterações na norepinefrina, serotonina e ácidos gordos ómega 3 semelhantes às observadas em indivíduos com diabetes;
- (c) Foi encontrado um aumento da resistência à insulina e uma diminuição da captação de glicose, características da D.M. tipo 2, em doentes não diabéticos com depressão;
- (d) A depressão está associada a hiperglicemia.

Por outro lado, nos anos mais recentes, vários estudos epidemiológicos alargados têm sugerido que os episódios prévios de depressão grave podem constituir um importante factor de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus. Controlando múltiplos factores de risco, Eaton, Armenian, Gallo, Pratt e Ford (1996) demonstraram que os indivíduos da comunidade em geral com depressão grave apresentam um risco relativo estimado superior de virem a desenvolver diabetes mellitus em idade adulta num período de 13 anos. Também Kawakami, Takatsuka, Shimizu e Ishibashi (1999) demonstraram numa amostra de 2764 trabalhadores japoneses de uma companhia de electricidade, do sexo masculino, que os indivíduos com sintomas depressivos significativos num período de oito anos apresentavam um risco maior de desenvolver diabetes tipo 2 do que os outros indivíduos que nesse período não apresentaram sintomatologia depressiva.

Numa revisão da literatura sobre a epidemiologia da diabetes e depressão, Eaton (2002) concluiu que, para a diabetes tipo 1, a depressão poderá ser secundária (surgir após o diagnóstico de diabetes), contudo, para a diabetes tipo 2, a depressão poderá ser primária (antecedendo o diagnóstico da diabetes). No entanto, alerta para o facto dos estudos existentes serem muito poucos e para a necessidade de desenvolver novos estudos epidemiológicos de natureza longitudinal.

É importante estar atento à depressão em crianças e adolescentes com diabetes porque: (1) a depressão está associada a um aumento do suicídio e da ideação suicida nesses grupos etários (e aqueles que tomam insulina têm ao seu dispor um método rápido e fácil de o cometer se o desejarem); (2) a recorrência e o curso da depressão podem ser mais graves do que nos adultos, o episódio inicial demora mais tempo a resolver-se e há uma maior probabilidade de recorrência do que nos jovens sem diabetes; (3) pode estar associada a pior controlo metabólico, o que poderá conduzir a complicações da doença e a piores resultados de saúde; (4) os jovens com diabetes que sofrem de depressão apresentam um maior risco de desenvolver outras perturbações, como perturbações do comportamento

alimentar, perturbações da adaptação ou perturbações da ansiedade (Grey, Whittemore & Tamborlane, 2002). Também em relação à depressão nas crianças e adolescentes com diabetes é essencial o desenvolvimento de mais estudos, de forma a caracterizar a natureza da depressão e a sua relação temporal com a duração da diabetes.

### *Hipóteses explicativas da elevada prevalência da depressão e ansiedade na população com diabetes*

Até à presente data, pouco se sabe acerca dos factores que contribuem para o aumento do nível de depressão e ansiedade em doentes com diabetes, mas várias têm sido as hipóteses adiantadas, apesar de poucas terem sido empiricamente testadas (Griffiths & Lustman, 1997; Talbot et al., 1999).

Alguns autores especulam sobre a existência de uma relação única entre depressão e diabetes, afirmando que existem anormalidades biológicas que podem contribuir para ambas, tais como cortisol elevado, alteração da norepinefrina e da serotonina (Geringer, 1990; Popkin, Callies, Lentz, Colon, & Sutherland, 1988).

Popkin et al. (1988) referem que a presença prolongada da diabetes constitui um factor de risco para a ocorrência de perturbações psiquiátricas, que podem estar relacionadas com mudanças subtis no sistema nervoso central e com o prolongado stress psicológico associado à presença de uma doença crónica com múltiplas complicações possíveis.

Segundo Muehrer (2002), parece existir uma relação recíproca entre as perturbações emocionais e as doenças. Por exemplo, a doença cardíaca e a diabetes podem aumentar o risco de depressão, mas, por outro lado, também a depressão pode aumentar o risco de desenvolver estas duas doenças.

Deveremos pressupor que a origem desse aumento dos valores é multifacetada, resultando de uma complexa interacção entre factores biológicos e psicológicos relacionados com o indivíduo e com a diabetes (Griffiths & Lustman, 1997). A depressão pode resultar de mudanças bioquímicas directamente associadas à doença física ou aos auto-cuidados, das exigências psicossociais ou de factores psicológicos relacionados com a doença ou com o tratamento. A depressão pode, também, estar associada a mudanças na alimentação e exercício físico que contribuem para o risco de sofrer de diabetes e podem existir aspectos somáticos da depressão, tais como mudanças nos sistemas imunitário e vascular que contribuam para o aumento do risco de diabetes mellitus. Finalmente, a investigação tem

vindo a sugerir que factores genéticos ou o desequilíbrio neuroquímico geral predis põem, quer para a depressão, quer para a diabetes (Jacobson, 2002; Lustman, Griffith, Gavard, & Clouse, 1992; Muehrer, 2002; Nouwen, 2002; Talbot & Noewen, 2002).

Na literatura distinguem-se, essencialmente, duas áreas mais amplamente analisadas pela investigação sobre diabetes: (1) a ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico da diabetes; (2) e a ansiedade e depressão associadas ao tratamento e ao desenvolvimento de complicações crónicas da diabetes.

### *1) Ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico de diabetes mellitus*

É previsível que os indivíduos com diabetes apresentem, pouco após o diagnóstico, sintomas de depressão, ansiedade, níveis elevados de *distress*, problemas comportamentais significativos, isolamento social, entre outras reacções. De uma forma geral, os estudos longitudinais sugerem que essas perturbações tendem a diminuir ou a desaparecer ao fim do primeiro ano (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Peyrot & Rubin, 1999; Ryan, 1997).

Essa reacção ao diagnóstico da diabetes é atribuída por numerosos investigadores à necessidade de adaptação ao tratamento e a um novo estilo de vida, que exige uma grande responsabilidade por parte do doente ou da sua família, mas também ao impacto de uma doença que diminui a esperança de vida e que, muito provavelmente, resultará em graves complicações agudas e crónicas (Fisher et al., 1982; Ryan, 1997).

A adaptação ao diagnóstico de diabetes é interpretada por alguns autores como sendo análoga ao processo de luto e de perda. A adaptação ao diagnóstico é, no fundo, uma adaptação à perda de um corpo saudável e da espontaneidade com que, até então, cada minuto do dia era vivido (Cox et al., 1991; Ryan, 1997). Cox et al. (1991) identificaram cinco estádios nessa reacção, cuja sequência poderá diferir de doente para doente e que se poderão prolongar por períodos de tempo distintos: negação, raiva, negociação, depressão e acomodação.

### *2) Ansiedade e depressão associadas ao tratamento e à evolução da doença*

Após a fase inicial de adaptação ao diagnóstico, o indivíduo tem de aprender a gerir a doença e o tratamento no seu quotidiano.

Poderia esperar-se que os doentes submetidos a tratamento insulínico intensivo (com múltiplas injeções diárias e com necessidade de autocontrolo regular) apresentassem perturbações psicológicas mais frequentes. Todavia,

tal não se verifica, parecendo, até mesmo, que esses doentes têm uma maior percepção de controlo (Cox & Gonder-Frederick, 1992).

Alguns autores sugerem que o desenvolvimento tecnológico, que confronta a pessoa com novos aparelhos para injeção de insulina e para monitorização da glicemia, pode contribuir para um aumento da percepção da intrusividade e estigmatização associadas ao tratamento e, logo, para uma maior perturbação psicológica (E.B. Fisher et al., 1982).

Nesse sentido, Talbot et al. (1999) defendem que um construto que poderá ser útil para a compreensão da relação aparentemente inconsistente entre as características específicas da doença e a depressão nos indivíduos com diabetes é a intrusividade da doença. Estes autores consideram que a intrusividade da doença resulta de perturbações das actividades e interesses do indivíduo devido a limitações impostas pela doença e seu tratamento e da sua percepção de reduzido controlo pessoal. Talbot et al. (1999) testaram o seu modelo teórico, constatando que a intrusividade da doença explica a maior parte da variância (61%) na sintomatologia depressiva destes doentes.

Ao longo da evolução da diabetes, as pessoas do sexo feminino apresentam mais perturbações psicológicas do que as do sexo masculino, nomeadamente no que se refere à ansiedade e perturbações do comportamento alimentar (Cox & Gonder-Frederick, 1992).

Numa revisão da literatura efectuada por Nouwen (2002), este autor concluiu que a relação entre diabetes e depressão parece enfraquecer na presença de um elevado apoio social e que a dificuldade em resolver conflitos conjugais parece ser um preditor dos sintomas depressivos. Por outro lado, também a forma como os objectivos de vida do próprio doente diabético são construídos e regulados e a sua percepção de auto-eficácia podem ser responsáveis, em parte, pela forma como a diabetes contribui para a depressão.

O mau controlo metabólico e o desenvolvimento de complicações da diabetes têm demonstrado estar associados à presença de depressão (inicial e persistente) (Leedom, Meehan, Procci, & Zeidler, 1991; Peyrot & Rubin, 1999), sobretudo quando se trata da neuropatia diabética (Turkington, 1980) e da doença cardiovascular (Lloyd, Wilson, & Forrest, 1997), bem como têm demonstrado estar relacionados com a presença de ansiedade (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Fisher et al., 1982) nos doentes com diabetes.

Uma meta-análise realizada por de Groot et al. (2001) permitiu verificar que níveis elevados de depressão estão significativamente associados a um maior número e a maior gravidade das complicações, assim como permitiu constatar a existência de uma relação moderada e consistente entre



depressão e complicações crónicas (neuropatia, nefropatia, disfunção sexual, complicações macrovasculares, como doença cardíaca coronária, doença vascular periférica, doença vascular coronária, isquemia cardíaca, arteriosclerose vascular) na diabetes tipo 1 e tipo 2, relação essa que parece ser mediada por variáveis, como o controlo glicémico. Todavia, o impacto da depressão parece variar conforme a complicação em causa – se se mostra mais forte na doença macrovascular e retinopatia, parece ser muito menor na nefropatia (de Groot et al., 2001; Ryan, 1997).

No entanto, nem todos os estudos conduzem a este resultado (Lustman & Clouse, 2002). Por exemplo, Talbot et al. (1999) não encontraram uma relação significativa entre a presença de complicações crónicas e a depressão. Outros estudos concluíram, também, que essa relação não é significativa quando se analisa a presença da retinopatia (Karlson & Agardh, 1997) ou da nefropatia (Lustman, Griffith, & Clouse, 1988).

Estes resultados aparentemente contraditórios poderão dever-se ao facto de muitos dos estudos realizados não terem em consideração a existência de complicações crónicas distintas, o momento de evolução em que cada uma delas se encontra, nem o facto dos doentes poderem sentir medo de as virem a desenvolver. Por exemplo, mesmo que ainda não existam complicações associadas à doença, o receio de vir a sofrer de cegueira ou de vir a depender da hemodiálise pode contribuir para que estes doentes apresentem níveis de depressão e ansiedade elevados (Fisher et al., 1982).

A maioria dos estudos realizados até hoje caracteriza-se por ser de natureza correlacional, pelo que não é possível, a partir deles, determinar a direcção causal, nem os mecanismos que permitem explicar a associação entre depressão, ansiedade e complicações crónicas. A depressão e a ansiedade podem anteceder ou decorrer do aparecimento das complicações crónicas, dependendo do indivíduo e do curso da doença. Estas perturbações podem interferir com a capacidade do doente gerir a diabetes, resultando num mau controlo metabólico e, consequentemente, a longo prazo, em complicações crónicas (Ryan, 1997).

Sabe-se que, apesar do esforço para se manter um bom controlo metabólico, é possível desenvolver complicações crónicas da diabetes, o que pode constituir um terreno fértil para o desenvolvimento do desânimo aprendido e raiva quando essas complicações surgem (Cox et al., 1991). Os valores elevados de depressão nos indivíduos que desenvolvem complicações crónicas poderão estar associados a sentimentos de culpa, a um exagerado sentido de responsabilidade e à incerteza em relação ao futuro (Bernbaum, Albert, & Duckro, 1988; Fisher et al., 1982).

As reacções ao desenvolvimento das complicações crónicas devem ser percebidas como fazendo parte de um processo de adaptação normal. No entanto, podem vir a assumir um carácter disfuncional, quer pela sua intensidade, quer pelo seu prolongamento no tempo, passando a afectar o funcionamento no dia-a-dia e a qualidade de vida do doente. O processo de adaptação não é, segundo Cox et al. (1991), um processo simples, decorrendo por estádios e estes autores consideram pouco provável que exista uma correlação entre a natureza e o tipo de perda (a dimensão desta) e a qualidade da adaptação posterior.

Uma das complicações mais estudadas do ponto de vista psicológico é a retinopatia, porque o seu desenvolvimento gradual tem, de uma forma geral, um impacto extremamente negativo nos indivíduos com diabetes. As dificuldades de visão podem aparecer e desaparecer, fazendo com que o indivíduo não tenha certeza sobre a dimensão do problema e fique em permanente dúvida sobre se vai ou não cegar. A investigação sugere que este processo de evolução da retinopatia provoca mais *distress*, uma menor auto-estima e uma maior perturbação da saúde mental nos doentes que ainda o estão a viver do que nos doentes com perda de visão já estabilizada ou, até mesmo, com cegueira. O impacto também parece mais grave nos homens do que nas mulheres, o que, segundo Bernbaum et al. (1988), poderá estar associado a expectativas culturais sobre a independência e controlo nesse sexo.

O estudo da relação entre a história da vida psiquiátrica e a gravidade da retinopatia apresentada por doentes diabéticos conduziu à conclusão de que os doentes diabéticos com história de doença psiquiátrica apresentam uma retinopatia significativamente mais grave do que os doentes diabéticos sem história psiquiátrica (Cohen, Norymberg, Neumann, & Dekel, 1998; Jacobson, 1996; Jacobson et al., 1985). Cohen et al. (1997) constataram que 89% dos doentes com retinopatia grave ou retinopatia proliferativa tinham história de doença psiquiátrica, predominantemente do foro afectivo, e que os doentes diabéticos com história psiquiátrica apresentavam níveis de hemoglobina A1c actuais mais elevados do que os doentes sem história de doença psiquiátrica, o que os levou a concluir que a perturbação psiquiátrica pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de retinopatia em doentes com diabetes tipo 1.

A compreensão mais aprofundada da relação entre depressão e ansiedade/ complicações crónicas terá necessariamente de passar pelo desenvolvimento de estudos longitudinais, em que seja analisada essa relação do ponto de vista temporal.

## *Repercussões da ansiedade e da depressão na diabetes*

A depressão e outras perturbações psiquiátricas podem agravar muitas doenças crónicas, estando associadas a piores resultados de saúde e mostrando-se mais resistentes ao tratamento quando co-existem com aquelas (Cassano & Fava, 2002; Garfield, 2002; Muehrer, 2002). Recentemente, tem sido sublinhada a importância do impacto da depressão no curso e mortalidade associada a outras doenças (Cassano & Fava, 2002).

Uma das consequências da ansiedade e da depressão mais extensamente estudada na área da diabetes é a perturbação do controlo glicémico. São vários os estudos que encontram a existência de uma relação significativa entre a presença de ansiedade e/ou depressão e o mau controlo glicémico (Cohen et al., 1997; Gary, Crum, Cooper-Patrick, Ford, & Brancati, 2000; Griffiths & Lustman, 1997; Jacobson, 1996; Lloyd, 2002; Lustman et al., 2000; Ryan, 1997; Sachs et al., 1993; Silva, Ribeiro, et al., 2002a; Van der Does et al., 1996; Wiebe, Alderfer, Palmer, Lindsay, & Jarrett, 1994).

Todavia, a literatura existente não é clara, nem consistente, no que diz respeito a esta relação. Numa meta-análise realizada por Lustman et al. (2000), em que foram revistos 27 estudos, os autores confirmaram a presença de uma associação significativa entre depressão e ansiedade e a hiperglicemia, mas esse estudo não permitiu revelar os mecanismos subjacentes, nem a direcção dessa associação, o que os levou a concluir que a depressão tanto pode ser causa como consequência da hiperglicemia.

Tilburg et al. (2001) verificaram que o humor depressivo, e não exclusivamente a depressão clínica, está associado a diferenças significativas no controlo glicémico em doentes com diabetes tipo 1, mas não encontraram essa relação nos doentes com diabetes tipo 2. Segundo estes autores, o humor depressivo pode afectar o controlo glicémico através de dois mecanismos: (1) através de mudanças nos auto-cuidados e (2) através do efeito das hormonas contra-reguladoras. Tilburg et al. (2001) consideram que, apesar de ser plausível que o humor afecte o controlo glicémico através desses mecanismos, a hipótese alternativa de que o controlo metabólico pode conduzir a mais sintomas depressivos também merece ser tida em consideração. Para os doentes com diabetes tipo 1 é mais difícil manter o valor de glicemia controlado, dado não disporem de insulina, do que para os doentes com diabetes tipo 2. Assim, é compreensível que os doentes com aquele tipo de diabetes estejam mais predispostos a sentir desânimo aprendido em relação à dificuldade em manter um controlo bem sucedido da sua diabetes.

Outros estudos sugerem a existência de uma relação apenas moderada entre ansiedade, depressão e mau controlo metabólico ou, até mesmo, a inexistência dessa relação. Spiess et al. (1994) atribuem esses resultados a problemas metodológicos, como não considerar a duração da doença, o papel da adesão ao tratamento, o valor protector do *coping*, entre outros aspectos.

C.E. Lloyd et al. (2000), no seu estudo, verificaram a existência de uma relação significativa entre depressão e mau controlo metabólico nos homens, mas não nas mulheres. Por outro lado, C. Lloyd (2002) refere que a remissão dos sintomas depressivos tem sido associada a uma melhoria dos níveis de hemoglobina A1c nos doentes diabéticos em geral.

Por sua vez, Gary et al. (2000) constataram que os sintomas depressivos não só estão associados a níveis de hemoglobina glicosilada mais elevados em doentes com diabetes tipo 2, como também estão associados a níveis de colesterol e triglicéridos mais elevados. Estes autores pediram aos doentes que avaliassem a sua adesão a vários aspectos do regime de tratamento da diabetes numa escala de quatro opções de resposta, tendo verificado que o ajustamento para o nível de adesão à dieta, actividade física, tabagismo, auto-monitorização da glicemia e adesão à medicação para a diabetes não diminuiu o efeito da depressão nas variáveis dos resultados fisiológicos. Assim, concluem que este estudo não fornece evidência de que a adesão medeia a relação entre depressão e resultados de saúde.

Em oposição, outros estudos têm demonstrado que a ansiedade e a depressão estão correlacionadas com a adesão ao tratamento e, consequentemente, com as complicações agudas e crónicas da diabetes (Cox et al., 1991; Griffiths & Lustman, 1997). Por exemplo, Ciechanowski, Katon e Russo (2000) constataram que níveis mais elevados de sintomas depressivos estão associados a uma menor adesão à dieta (quantidade e tipo de alimentos) e aos anti-diabéticos orais (nomeadamente, a um maior número de dias em que a sua toma é interrompida pelo doente).

Wing, Phelan e Tate (2002) alertam para o facto de ser importante reconhecermos que, em algumas circunstâncias, a direcção da relação depressão e comportamento de não adesão pode ser inversa e que o comportamento pode preceder e influenciar o estado de humor. Nesses casos, mudando o comportamento seria possível mudar o estado de humor e essa mudança de comportamento poderia, também, afectar os resultados de saúde através do seu efeito naquele.

Encontram-se, ainda, outras variáveis significativamente relacionadas com a ansiedade e a depressão nas pessoas com diabetes. A depressão aumenta a morbilidade médica, diminui a qualidade de vida, aumenta a procura de

cuidados de saúde, a limitação social e o absentismo. A depressão está, ainda, associada a factores como obesidade, aumento da ingestão alimentar, perturbações do comportamento alimentar (nomeadamente, perturbação de ingestão compulsiva, anorexia nervosa e bulimia nervosa) e inactividade física, factores que contribuem indirectamente para o mau controlo glicémico (Griffiths & Lustman, 1997; Hänninen et al., 1999).

Wiebe et al. (1994) verificaram que a ansiedade traço está associada a uma tendência da pessoa com diabetes para sobreinterpretar os sintomas não relacionados com a doença como reflectindo a glicemia capilar, produzindo um viés negativo na rotulagem das sensações fisiológicas. A ansiedade pode, também, alterar a experiência actual dos sintomas físicos, dado os indivíduos mais ansiosos experimentarem mais sintomas relacionados com a ansiedade e, como esses sintomas se podem assemelhar aos sintomas de flutuação da glicemia capilar, a tarefa de percepção de sintomas torna-se mais difícil, dado existirem ruídos no padrão de sensações corporais. Por um lado, os níveis baixos de glicemia são sintomáticos, uma vez que a hipoglicemia extrema induz a libertação de hormonas contra-reguladoras, como a epinefrina, e, por outro, também a ansiedade elevada aumenta a libertação de epinefrina, pelo que será de esperar que a ansiedade e a hipoglicemia estejam associadas a sintomatologia semelhante.

Gary et al. (2000) constataram que os sintomas depressivos estão marginalmente associados a níveis mais elevado de hemoglobina A1c, pressão arterial diastólica e colesterol LDL e significativamente associados a níveis mais elevado de colesterol total e trigliceridos. No entanto, referem ser necessário realizar novos estudos no sentido de determinar se a identificação e tratamento dos sintomas depressivos melhorará o controlo metabólico na população com diabetes.

Os sintomas depressivos demonstraram ser predictores independentes da doença cardíaca coronária em doentes com diabetes tipo 1 e tipo 2, da progressão da retinopatia e da insulino-resistência, assim como a hiperglicemia demonstrou poder promover ou acentuar sintomas psiquiátricos (Lustman & Clouse, 2002).

### *O tratamento da depressão e ansiedade na diabetes*

Têm sido desenvolvidos alguns estudos sobre os efeitos do tratamento da depressão e da ansiedade em doentes com diabetes, estimulados pela constatação de que esse tratamento é essencial para que os doentes adiram ao complexo tratamento da diabetes e que se reflecte numa melhoria do

controlo metabólico (Griffiths & Lustman, 1997; Jacobson, 1996, 2002; Nouwen, 2002).

Algumas investigações sugerem que o recurso a medicação anti-depressiva e/ou ansiolítica (Jacobson, 1996; Lustman & Clouse, 2002; Lustman, Griffith, et al., 1997) e/ou a psicoterapia, nomeadamente de cariz cognitivo-comportamental (Jacobson, 1996, 2002; Lustman & Clouse, 2002; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, & Clouse, 1998), designadamente a técnicas de relaxamento (Lane, Feinglos, McCaskill, Surwit, & Ross, 1993), para tratamento da depressão e ansiedade nos doentes diabéticos é eficaz.

Lustman, Griffith, et al. (1997) analisaram os efeitos de um anti-depressivo (*nortriptyline*) em doentes diabéticos com depressão, tendo verificado que a diminuição de sintomas depressivos foi mais acentuada nos doentes que fizeram o tratamento durante 8 semanas com esse fármaco do que naqueles que tomaram um placebo nesse período de tempo. Contudo, o antidepressivo não mostrou ser superior ao placebo na redução da hemoglobina glicosilada nesse grupo de doentes e, pelo contrário, demonstrou piorar o controlo glicémico. Os autores constataram, ainda, que a melhoria dos sintomas depressivos teve um efeito benéfico independente na hemoglobina glicosilada e concluem que a depressão grave em doentes com diabetes pode ser tratada eficazmente através deste anti-depressivo, ainda que com prejuízo do seu controlo glicémico, o que os leva a sugerir a necessidade de proceder ao estudo de outros fármacos anti-depressivos que não só melhorem os sintomas de depressão, como também melhorem os resultados de saúde destes doentes.

A.M. Jacobson (1996), e Lustman, Griffith et al. (1997) alertam, também, para o facto de alguns anti-depressivos poderem alterar o controlo metabólico, resultando em hiperglicemia, e de, em doentes com neuropatia autonómica, poder agravar a hipotensão ortostática, provocar retenção urinária e atrasar o esvaziamento gástrico. Actualmente tem-se optado pela utilização de fármacos anti-depressivos que se pensa terem menos efeitos colaterais no controlo glicémico.

Haupt e Newcomer (2002) referem que os doentes deprimidos, mesmo os que não sofrem de diabetes, apresentam uma diminuição da sensibilidade à insulina e que, após o tratamento da perturbação do humor, essa sensibilidade melhora. Acrescentam, ainda, que os tratamentos com anti-depressivos podem causar alterações de peso e adiposidade, que, por sua vez, contribuem para a diminuição da sensibilidade à insulina, mas também adiantam que a melhoria do controlo glicémico que pode ocorrer com a

resolução da depressão, independentemente de tratamentos específicos, complica o estudo dos efeitos glicêmicos específicos de medicações.

Segundo Lustman et al. (1998), a terapia cognitivo-comportamental em doentes com diabetes tipo 2 deprimidos demonstrou contribuir não só para uma melhoria dos sintomas depressivos, como também para uma melhoria do controlo glicémico desses indivíduos. Todavia, o estudo realizado por estes autores tem sido alvo de duras críticas quanto à metodologia adoptada (Rifkin, 1999; Shorr & Miller, 1999).

*Por quê e como avaliar a ansiedade e depressão nos indivíduos com diabetes?*

A elevada prevalência dos sintomas de depressão e de ansiedade, a suspeita de que estes ainda se encontram amplamente sub-diagnosticados, o impacto que têm nos auto-cuidados, na saúde, na qualidade de vida dos doentes e nos custos dos cuidados de saúde e, por outro lado, a existência de instrumentos de avaliação capazes de identificar tais sintomas e a possibilidade de uma intervenção farmacológica e/ou psicoterapêutica eficaz parecem concorrer no sentido de tornar viável um esforço de avaliação alargado a toda a população que sofre de diabetes.

Segundo C. Lloyd (2002), a grande maioria dos estudos realizados nesta área não avalia a existência de perturbação depressiva ou ansiosa, mas simplesmente pesquisa a presença ou ausência de sintomas depressivos ou de ansiedade, isto porque, para efectuar esses diagnósticos não é suficiente a informação fornecida pelos instrumentos disponíveis, sendo necessária a realização de uma entrevista pessoal com cada um dos doentes avaliados, o que seria impraticável na maior parte dos casos.

Alguns autores consideram que os questionários de avaliação da depressão e da ansiedade desenvolvidos para a população em geral são adequados e eficazes como instrumentos de avaliação para a população diabética. Por exemplo, Lustman, Clouse, Griffith, Carney e Freedland (1997) estudaram o Inventário de Depressão de Beck e concluíram que se tratava de um instrumento cuja utilização mostrou ser eficaz para avaliar a depressão em doentes com diabetes tipo 1 e tipo 2.

No entanto, outros investigadores consideram que essas medidas de avaliação são impróprias para as pessoas com esta doença, uma vez que as medidas de ansiedade e depressão desenvolvidas para a população em geral incluem itens relacionados com sintomas somáticos que podem ser indicadores de depressão na população em geral, mas que, na população

com diabetes, resultam muitas vezes de um mau controlo metabólico, como, por exemplo, sintomas de fadiga, alteração do apetite, perda de peso, perturbações do sono, irritabilidade e perda do desejo sexual, que podem ser sintomas provocados por níveis de glicemia elevados (Bradley, 1994b).

Bradley (1994b,c) aconselha a utilização de instrumentos de avaliação da depressão e da ansiedade que tenham sido desenvolvidos para avaliação de populações com doença e que tenham subjacente a preocupação de evitar os sintomas físicos da depressão e da ansiedade, e de focar os sintomas psicológicos. Entre esses questionários destaca: a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); *The Well-Being Questionnaire*; e *The Depressed Well-Being Questionnaire* (DWBQ).

### **Humor negativo e qualidade de vida na diabetes**

Wredling et al. (1995) estudaram um grupo de indivíduos com diabetes utilizando as escalas de bem-estar e de satisfação com o tratamento desenvolvidas por Bradley. A primeira escala referida inclui, entre outras, uma subescala relativa à ansiedade e outra relativa à depressão, a partir das quais concluíram que existe uma forte correlação negativa entre a subescala energia e as subescalas depressão e ansiedade e entre o bem-estar positivo e estas últimas duas dimensões.

Segundo Snoek (2000), a investigação tem confirmado a existência de uma relação negativa consistente entre sintomas psiquiátricos (nomeadamente, sintomas de depressão) e qualidade de vida relacionada com a diabetes.

A.M. Jacobson et al. (1997) avaliaram um grupo de diabéticos, tendo verificado que a qualidade de vida dos doentes com diabetes tipo 1 e tipo 2 é influenciada pelo nível dos sintomas psiquiátricos actuais e pela presença de comorbilidade psiquiátrica, mesmo após ter sido controlado o número de complicações da doença, e que esse efeito ocorre consistentemente através dos diferentes domínios da qualidade de vida. Os autores constataram que a qualidade de vida é afectada quer por perturbações psiquiátricas actuais, quer passadas, não tendo sido encontrada relação entre sintomas psiquiátricos e o tipo de diabetes, nem entre aqueles e o número de complicações desta doença. O seu estudo levou-os a concluir que a gravidade dos sintomas psiquiátricos está negativamente correlacionada com a qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com diagnóstico psiquiátrico actual ou passado e que a intervenção sobre a



perturbação psiquiátrica poderá melhorar a qualidade de vida dos doentes com diabetes.

Rodin (1990), debruçando-se sobre esta mesma questão, verificou que os sintomas depressivos estão positivamente correlacionados com a dificuldade funcional e que a perturbação a nível físico parece constituir um grande factor de risco para os sintomas depressivos, sobretudo nos indivíduos com diabetes tipo 1 que possuem uma baixa percepção do apoio social. Também Brown et al. (2000) verificaram que a presença de sintomas depressivos está associada a uma diminuição na qualidade de vida de adultos com diabetes.

Os resultados de um estudo por nós realizado apontam para a existência de uma relação negativa entre o humor negativo e a qualidade de vida em doentes com diabetes, relação essa que parece atravessar todas as dimensões desta (Silva, 2003).

Actualmente confrontamo-nos com a necessidade de desenvolver estudos assentes em concepções mais sofisticadas, nomeadamente estudos interculturais, longitudinais e estudos que procurem explorar o desenvolvimento de modelos causais da qualidade de vida, bem como investigações que se debrucem sobre os processos subjacentes à adaptação a diferentes condições e sobre os momentos em que tais processos ocorrem (Diener et al, 1999).

### **Limitações da investigação sobre humor negativo e diabetes**

Em síntese, a elevada prevalência da ansiedade e depressão na população com diabetes justifica o grande interesse que tem sido demonstrado nesta área pela investigação em Psicologia, manifestado, nomeadamente, através do desenvolvimento de estudos de carácter longitudinal. Todavia, a investigação ainda não se debruçou aprofundadamente sobre a maioria das sequelas crónicas da diabetes e muito pouco se sabe sobre a forma como a ansiedade e depressão se relacionam especificamente com cada uma dessas complicações ao longo da sua evolução.

## CAPÍTULO 6

### INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA DIABETES MELLITUS

Ao longo dos primeiros capítulos deste livro debruçámo-nos sobre aspectos psicológicos que têm revelado ser importantes na gestão da diabetes, doença crónica que vimos ser exigente para o doente e seus familiares, mas que também constitui um desafio para os profissionais de saúde. No sexto capítulo, propomo-nos apresentar algumas reflexões sobre a intervenção psicológica neste campo.

O controlo e gestão das doenças crónicas continua a dominar a agenda do sistema de cuidados de saúde. A intervenção psicológica ao nível da prevenção primária, nomeadamente no que respeita à promoção de estilos de vida saudáveis, mas sobretudo ao nível da prevenção secundária, isto é, da prevenção e gestão dos efeitos da diabetes, constitui um importante desafio na actualidade.

Muitos têm sido os programas de intervenção desenvolvidos neste campo. Todavia, a compreensão do efeito das intervenções focadas na gestão da doença pelo paciente é limitada. Existe grande variabilidade nos resultados das intervenções, o que provavelmente reflecte o facto de diferentes avaliadores se interessarem em explorar variáveis distintas e dos profissionais que desenvolvem programas de intervenção enfatizarem componentes específicos destes, de acordo com os seus interesses (Clarck, 2003).

Numa análise de vários programas de intervenção para a diabetes, Elasy, Ellis, Brown e Pichert (2001) verificaram que o modelo de intervenção mais frequentemente utilizado pelos profissionais era o das sessões educativas, designadamente palestras (81%) e que apenas um terço dessas intervenções (30%-33%) envolvia um processo mais activo para atingir os objectivos. Estes autores referem, ainda, que uma pequena percentagem (17%) utiliza uma abordagem cognitiva ou a resolução situacional de problemas (42%), abordagens que se têm revelado mais eficazes na mudança de comportamentos. Por fim, concluem que, ainda que algumas intervenções produzam os resultados pretendidos, não existe informação disponível sobre a intensidade e duração necessárias a uma intervenção eficaz.

Na literatura encontram-se descritas intervenções cognitivo-comportamentais que têm como objectivos principais a redução de emoções negativas e o aumento da percepção de auto-eficácia, aspectos considerados como essenciais para a adesão aos auto-cuidados da diabetes e para um bom controlo glicémico (Barlow & Ellard, 2004; Hains, Davies, Parton, & Silverman, 2001; Matam, Kumaraiah, Munichoodappa, Kumar, & Araving, 2000; Snoek et al., 2001; van der Ven et al., 2005). São, também, apresentadas intervenções psicológicas que consideram a perspectiva educacional como insuficiente e que propõem o treino de competências para lidar com a doença e com o tratamento dirigidas ao doente e aos seus familiares (Grey & Berry, 2004; Grey, Boland, Davinson, Yu, et al., 1998).

Numa revisão de programas de intervenção psicológica em doenças crónicas publicados, N.M. Clarck (2003) verificou que, de uma forma geral, estes utilizam amostras muito reduzidas (entre 20 e 30 doentes) e que se referem a períodos de *follow up* muito curtos no tempo (geralmente entre 4 e 6 meses), o que revela ser claramente inadequado para a duração da maioria das doenças crónicas, entre as quais a diabetes, dificultando a generalização dos resultados a outros doentes.

Parece ser consensualmente aceite que diferentes tipos de intervenção poderão produzir diferentes resultados e que doentes ou comunidades com diferentes características poderão beneficiar de abordagens terapêuticas distintas. Também parece ser comum a percepção de que será necessária uma investigação mais alargada sobre os componentes de programas de intervenção que contribuem para uma maior eficácia destes a longo prazo (Norris, Lau, Smith, Schmid, & Engelgau, 2002).

N.M. Clarck (2003) refere que, apesar das limitações apontadas, os resultados dos estudos dos programas de intervenção direccionados para a gestão de doenças crónicas pelo doente sugerem que um passo importante no desenvolvimento destes programas será a adopção de modelos que já tenham provado a sua adequação e eficácia. Será, pois, importante abandonar os programas elaborados com base na boa intenção dos profissionais e desenvolvidos sem qualquer preocupação com a avaliação do seu processo de implementação e dos seus resultados.

Apresentam-se algumas considerações sobre (1) a intervenção psicológica individual com pessoa com diabetes, designadamente sobre a importância da Psicoterapia de Apoio e da Entrevista Motivacional; (2) a intervenção psicológica em grupo; e (3) a intervenção com os profissionais de saúde que trabalham com indivíduos com esta doença crónica.

## **A psicoterapia de apoio e reacções ao diagnóstico e ao tratamento da diabetes**

Após o diagnóstico de diabetes mellitus é comum ocorrer, numa fase inicial, uma série de crises pessoais. Estas crises podem reflectir-se na manifestação de sintomas de depressão e de ansiedade, angústia, isolamento social, raiva, apreensão, irritabilidade, frustração e pessimismo em relação ao futuro (Casalenuovo, 2002; Jacobson, 1996; Rubin & Peyrot, 1996; Surwit, Feinglos, & Scovern, 1983). Também são frequentes reacções de negação, de catastrofização da situação ou de ênfase dos piores aspectos da doença, reacções que poderão interferir significativamente com a adesão ao tratamento, tornando-a difícil, senão mesmo impossível, e podendo colocar o doente em risco (Frei Bernardo, 1998; Goldbeck, 1997; Rubin, & Peyrot, 1996).

Ao longo do período de progressão da doença, parecem, ainda, predominar reacções de medo relacionado com as crises hipoglicémicas e hiperglicémicas (Casalenuovo, 2002), bem como com as sequelas crónicas da diabetes. O desenvolvimento de complicações crónicas e suas consequências (como, por exemplo, a cegueira e a amputação de membros inferiores), que, muitas vezes, obriga ao internamento do doente, podem, também, representar uma crise na vida do indivíduo com diabetes. Estas reacções podem ser adaptativas, ainda que impliquem grande sofrimento. No entanto, o diagnóstico de diabetes e das suas sequelas pode constituir uma crise que interrompa o funcionamento normal do indivíduo, impedindo-o de utilizar o repertório habitual de respostas para lidar ou resolver situações stressantes e, consequentemente, afectando o seu bem-estar e prejudicando a gestão da doença.

Uma das abordagens psicoterapêuticas que poderá revelar-se útil é a Psicoterapia de Apoio. Segundo Leal (1999, 2005), a Psicoterapia de Apoio revela ter meios para ajudar os doentes a adaptarem-se melhor às circunstâncias no contexto dos cuidados de saúde, revelando ser eficaz em contextos institucionais, com praticamente todas as populações e indivíduos, sendo indicada para todas as situações que não tenham indicação específica para uma dada terapia ou que, mesmo *a posteriori*, tenham indicação para outro tipo de trabalho psicoterapêutico.

Bloch (1999, p.298) define a psicoterapia de Apoio como “uma forma de tratamento psicológico realizado a um paciente num período longo de tempo (...) de modo a mantê-lo psicologicamente, uma vez que ele é incapaz de gerir a sua vida adequadamente sem esta ajuda (...).”

A Psicoterapia de Apoio caracteriza-se por não decorrer directamente de nenhuma escola terapêutica, usando técnicas de diferentes origens e sendo

utilizada por terapeutas de diferentes escolas e formações, de acordo com as necessidades do cliente e o contexto específico onde trabalham (Leal, 1999, 2005).

Num momento inicial, é importante que a avaliação seja efectuada rapidamente, a intervenção seja intensiva e focada, relacionada com objectivos específicos do presente e implementada num estilo activo e flexível. Segundo Leal (2005), a avaliação deve ser desde o seu início terapêutica, criando um clima de confiança e segurança, que facilite a expressão emocional, ao mesmo tempo que se avaliam os recursos afectados e os disponíveis.

A Psicoterapia de Apoio neste contexto terá como objectivos essenciais (Bloch, 1999; Leal, 1999, 2005):

- (1) Restabelecer o equilíbrio psicológico do indivíduo, promovendo uma melhor adaptação psicológica e social;
- (2) Obter a máxima melhoria sintomática, reduzindo o desconforto subjectivo e o comportamento disfuncional;
- (3) Melhorar a sua adaptação ao meio;
- (4) Reforçar os aspectos saudáveis do indivíduo, estimulando o uso de habilidades e capacidades suficientes para usar os recursos externos disponíveis e, conseqüentemente, a sua capacidade para lidar com as adversidades e os desafios da vida;
- (5) Promover o maior grau de autonomia possível, tendo em conta as suas limitações;
- (6) Promover o crescimento emocional, estimulando activamente a superação das etapas evolutivas;
- (7) Melhoria da capacidade de julgamento da realidade, tornando-o mais consciente da realidade da sua situação de vida e do que pode ou não ser atingido, nomeadamente das suas limitações e das do tratamento.
- (8) Aumentar a auto-estima e a auto-confiança tanto quanto possível, reforçando as qualidades e as realizações atingidas;
- (9) Prevenir a recaída da sua condição clínica, procurando evitar a deterioração ou e re-hospitalização;
- (10) Transferir a fonte de apoio (pelo menos em parte) dos profissionais para os familiares e/ou amigos, desde que estes existam e estejam em posição de assumir o papel de prestadores de apoio.

A Psicoterapia de Apoio poderá ser de curta duração (meia dúzia de sessões, previamente marcadas e em dias contíguos), mas também poderá ter uma longa duração (Leal, 1999). Em doenças crónicas exigentes e graves, poderá haver necessidade de manter o apoio durante de longos períodos de tempo (podendo este acompanhamento durar toda a vida) com uma periodicidade semanal ou quinzenal (Leal, 2005). Nestes casos, a psicoterapia poderá constituir uma possibilidade de relativo conforto emocional e de um razoável desempenho social (Leal, 1999).

Mesmo que tenha sido finalizada uma Psicoterapia de Apoio, é fundamental que o cliente perceba que pode sempre regressar e que esse regresso não será necessariamente interpretado pelo terapeuta como frustração ou desilusão, nem como um trabalho inacabado (Leal, 2005). Este princípio assume ainda maior relevância quando nos debruçamos sobre doenças de longa duração, como a diabetes.

Segundo Leal (2005), sendo a Psicoterapia de Apoio uma intervenção talhada à medida das necessidades do cliente, respeita o sentimento de custo-benefício invocado por este.

Para uma Terapia de Apoio eficaz, é fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica em que o psicólogo revele disponibilidade de tempo suficiente para que o cliente possa falar dos seus problemas o mais livremente possível. Frequentemente, a consulta de Psicologia constitui a primeira oportunidade ou o primeiro contexto em que é criada uma relação de confiança e segurança, que permite ao doente sentir-se autêntico e para este e/ou outros próximos falarem sobre a forma como o diagnóstico de diabetes foi percebido e vivida por si, mesmo que esse diagnóstico tenha sido efectuado há já algum tempo (por vezes, há vários anos). Esta constitui, também, muitas vezes, a primeira oportunidade para expressarem sentimentos e pensamentos em relação ao tratamento aconselhado e à forma como tem sido integrado na(s) sua(s) vida(s).

Uma atitude atenta em relação ao relato do doente e/ou dos seus familiares e de aceitação incondicional, sem expressão de qualquer tipo de juízo de valor, e cordialidade para responder às dúvidas e temores demonstrados pelo cliente, são essenciais ao estabelecimento de uma aliança terapêutica e a uma verdadeira compreensão do pedido do cliente, dos seus objectivos, expectativas e necessidades, mas também dos seus recursos internos e externos, isto é para a definição do problema do cliente, da sua natureza e estratégia a ser adoptada para o remover ou modificar, e, consequentemente, para o estabelecimento do contrato terapêutico (Leal, 2005).

Na construção da relação terapêutica, alguns aspectos revelam ser essenciais: o terapeuta demonstrar ser receptivo aos problemas e objectivos

do paciente; demonstrar entendê-lo e aceitá-lo; ser capaz de reconhecer os progressos que este vai fazendo; acreditar e demonstrar que o cliente é capaz de entender-se; considerar o trabalho terapêutico como só sendo possível em colaboração com o cliente; sublinhar as experiências positivas da relação terapêutica; e apoiar o cliente na manutenção de defesas úteis e de actividades construtivas (Bloch, 1999; Leal, 1999, 2005).

A Psicoterapia de Apoio pode utilizar a influência que o terapeuta exerce sobre o cliente de duas formas: através da sugestão ou/e através do aumento do auto-conhecimento. Relativamente à sugestão são propostas técnicas como a sugestão, a estimulação, o controlo activo, a tranquilização, o aconselhamento ou orientação e a catarse, enquanto que como técnicas destinadas a ampliar os aspectos cognitivos e de auto-conhecimento se destacam a educação ou explicação, a clarificação e a confrontação<sup>2</sup> (Leal, 1999, 2005).

Um aspecto importante na psicoterapia de Apoio é o contexto social do cliente, passando a intervenção frequentemente pela mudança no ambiente. Para tal é essencial a avaliação cuidada de possíveis factores de stress, com intenção de proceder à sua remoção, mas também de factores que, se estimulados, poderão ser positivos para o doente (Bloch, 1999).

Esta intervenção no contexto social poderá ser realizada trabalhando-se directamente com o doente ou trabalhando indirectamente com outros significativos (Bloch, 1999).

Bloch (1999) atribui o fracasso da Terapia de Apoio com doentes crónicos, pelo menos nalguns casos, à negligência do terapeuta em relação às necessidades da família, considerando prejudicial o facto de se descurar ou subestimar os efeitos positivos que o papel da família poderá ter no bem-estar do doente. Este autor defende que a incorporação bem sucedida da família requer que ela esteja totalmente informada e aconselhada, assim como instruída em relação ao que fazer e como fazê-lo. Bloch (1999) sublinha, ainda, que os próprios membros da família precisam, muitas vezes, de ajuda para si próprios, de forma a conseguirem cuidar dos seus parentes de forma eficaz, sem que esse processo seja percebido como uma sobrecarga, nem como fonte de frustração.

Segundo Leal (1999), as estratégias adoptadas dependerão da personalidade do cliente, do seu pedido e do contexto institucional, do diagnóstico, prognóstico, circunstâncias sociais, recursos pessoais, entre outros factores,

---

<sup>2</sup> Para uma leitura mais detalhada sobre estas técnicas, consultar Bloch (1999) e Leal (1999, 2005).

podendo ser mais orientadas para o alívio dos sintomas e retorno ao estado de equilíbrio anterior (como, por exemplo, o uso de técnicas de alívio de controlo activo, securização, aconselhamento) ou estratégias mais agressivas e desencadeadoras de outras ansiedades e que têm como objectivo alcançar um equilíbrio mais estável do que o anterior.

Leal (1999, 2005) alerta, ainda, para o facto de, quando o psicólogo trabalha em equipa, poder ser importante a partilha de informação com outros profissionais, enfatizando que essa prestação de informação tem de ser criteriosa, devendo só ser partilhada aquela que, do ponto de vista institucional, for relevante.

### **Entrevista motivacional e modificação do comportamento em indivíduos com diabetes**

Uma das maiores dificuldades com que as pessoas com diabetes, seus familiares e profissionais de saúde se confrontam é a falta de motivação dos doentes para aderirem ao complexo conjunto de auto-cuidados que lhe são propostos. É usual os doentes sentirem que a diabetes é extremamente intrusiva na sua vida e que, inclusive, a domina totalmente. É frequente sentirem raiva, frustração ou outros sentimentos negativos em relação ao tratamento, pensarem que a adesão ao tratamento não é importante e que as complicações aparecem só aos outros. Também é comum sentirem que não estão motivados, são incapazes ou não lhes apetece tratar da diabetes, desistirem em parte ou totalmente dos auto-cuidados, pensando o mínimo possível na doença ou desvalorizando-a, evitando todas as tarefas relacionadas com a diabetes que possam dar algum feedback sobre as consequências da pobre adesão aos auto-cuidados (Polonsky, 1999).

Este fenómeno é designado por Polonsky (1996, 1999) como *burnout* dos doentes com diabetes, isto é, a experiência de se sentir consumido e de esgotamento físico e psicológico em relação à doença, que pode compreender o desenvolvimento de imagens negativas de si próprio, de atitudes desfavoráveis em relação à diabetes e de perda de interesse em relação ao tratamento. Este fenómeno caracteriza-se pelos doentes se sentirem confrontados com dificuldades crónicas, em relação às quais pouco ou nada podem fazer; pela presença de sentimentos de frustração crónica, fracasso e culpa; e pela percepção de desânimo e de desesperança (Polonsky, 1996, 1999).



Segundo Peterson e Hughes (2002), não há nada mais frustrante para o doente e para o profissional de saúde do que insistir na implementação de programas educacionais de promoção da auto-gestão da diabetes quando os doentes não estão preparados para aceitar as mudanças no seu estilo de vida.

A motivação dos doentes com diabetes é, muitas vezes, percebida como um traço estático da personalidade deste, falta de força de vontade, estupidez, negação ou falta de auto-disciplina, em relação aos quais pouco ou nada haverá a fazer, uma vez que não é possível proceder a um “transplante de motivação” (Polonsky, 1999). Todavia, a motivação para a adesão aos auto-cuidados da diabetes também poderá ser percebida como um processo susceptível de mudança, que poderá ser potenciado através de intervenção psicológica.

Uma abordagem que poderá revelar-se eficaz na superação dessas dificuldades e barreiras à adesão ao tratamento da diabetes é a da Entrevista Motivacional.

A Entrevista Motivacional é uma abordagem que pretende ajudar os clientes a construírem um compromisso e a alcançarem a decisão para mudar, baseando-se num conjunto de estratégias propostas por distintos modelos de intervenção psicológica, designadamente a Psicoterapia Centrada no Cliente, a Terapia Cognitiva, a Teoria dos Sistemas e a Psicologia Social da Persuasão, e combinando as abordagens directiva e não directiva (Miller & Rollnick, 1991).

A Entrevista Motivacional percebe a mudança como um processo que se desenvolve por estádios, cada um dos quais caracterizado por determinadas atitudes, intenções e comportamentos, e pressupõe que a identificação do estágio de mudança em que o indivíduo se encontra permite adequar as estratégias de intervenção a este (Miller & Rollnick, 1991; Peterson & Hughes, 2002). Esta abordagem tem como objectivo fundamental encorajar o indivíduo a explorar as suas, muitas vezes, contraditórias crenças e atitudes face a um determinado comportamento ou a uma mudança comportamental (Bennett, 2000; Channon, Smith, & Gregory, 2003) acelerar o processo de mudança, o que, na intervenção na diabetes, tem como fim último aumentar a motivação do doente para a adesão aos auto-cuidados.

Miller e Rollnick (1991) distinguem cinco estádios de mudança: a pré-contemplação, a contemplação, a preparação para a acção, a acção e a manutenção.

No estágio de pré-contemplação, o doente não se preocupa com o seu comportamento, nem revela qualquer intenção de modificar o seu

comportamento num futuro mais ou menos próximo. Adopta uma postura defensiva e evita todo o tipo de informação porque: (1) não está motivado para fazer qualquer alteração do seu comportamento; (2) sente-se desmoralizado relativamente às suas capacidades para lidar com a situação; e (3) pode não estar consciente dos riscos que corre. Muitas vezes, vem à consulta por pressão dos profissionais de saúde ou dos familiares, pois considera os ganhos de não aderir ao tratamento superiores aos de seguir os auto-cuidados propostos.

No estágio de contemplação, o doente preocupa-se com o seu comportamento, estando consciente do problema, mas encontra-se numa postura ambivalente em relação à sua alteração. Tem sérias dúvidas acerca dos ganhos que pode obter com a mudança e não assume, ainda, um compromisso para mudar o comportamento, embora considere a possibilidade de mudar nos próximos seis meses.

No estágio de preparação para a acção, o doente revela a intenção de mudar o seu comportamento, faz tentativas para mudar o seu comportamento a curto prazo e procura fazer pequenas alterações.

No estágio de acção, o indivíduo está activamente motivado para mudar o seu comportamento, mantendo essas alterações, pelo menos seis meses. Revela já um compromisso e empenho activo na mudança.

Finalmente, no estágio de manutenção, o indivíduo consolida as alterações do comportamento e mantém a longo prazo essas alterações, isto é, mantém essas alterações por mais de 6 meses.

No sistema de cuidados de saúde parece ser, ainda, dominante a intervenção segundo o modelo informativo, caracterizado pelos conselhos dos peritos, utilização da persuasão, repetição dos conselhos, actuar com autoridade e pela sua brevidade. No entanto, a abordagem da Entrevista Motivacional adopta como estratégias a estimulação da motivação de forma ao doente passar à acção, a utilização da reflexão, o resumo de pontos de vista, a atitude colaborativa para ajudar a decidir pela mudança, percebendo-a como um processo, o que, obviamente, implica uma intervenção que, frequentemente, não poderá ser assumida como breve no tempo.

A Entrevista Motivacional assume como princípios essenciais a expressão de empatia; a expressão da discrepância entre o comportamento actual e futuro; evitar a confrontação com o doente; permitir que o doente verbalize as preocupações relacionadas com o seu comportamento (percepcionar o momento em que o utente está disponível para a mudança), de forma a diminuir a resistência, estimular e reforçar a auto-eficácia.

Como estratégias a adoptar, esta abordagem enfatiza: (1) o aconselhamento, que consiste em identificar o problema, explicar o porquê da mudança e recomendar uma mudança específica; (2) a identificação de barreiras (cognitivas, emocionais, económicas, etc.) e procura de soluções alternativas; (3) a oferta de opções de escolha, de modo a que o doente tenha a liberdade de escolha da melhor alternativa; (4) aumentar a consciência do doente em relação a consequências positivas da alteração do seu comportamento e consequências negativas da manutenção do comportamento que se pretende modificar; (5) empatia; (6) fornecer *feedback*; (7) clarificar objectivos, que devem ser realistas e atingíveis; e (8) a ajuda activa.

A Entrevista Motivacional postula, ainda, que é essencial saber reconhecer a resistência, muitas vezes expressa em comportamentos do doente como discutir, interromper, negar, ignorar. Podem ser vários os motivos para a resistência à mudança nos doentes com diabetes, nomeadamente o doente sentir que tem benefícios em manter o seu comportamento, pelo que é importante para si continuar a comportar-se dessa forma; não estar realmente convencido de que esse comportamento pode ser prejudicial para si mesmo, pelo que não sente que seja importante a sua modificação; parecer-lhe impossível mudá-lo, tendo pouca confiança na sua capacidade para mudar.

Esta abordagem propõe como estratégias para lidar com a resistência: (1) a reflexão simples; (2) a reflexão amplificada; (3) a reflexão de dois lados (ambivalência); (4) mudar o foco; (5) concordar; (6) o controlo pessoal (que visa diminuir a relutância, dando a última palavra ao doente); (7) a reinterpretção; (8) e o paradoxo terapêutico.

Segundo esta perspectiva, a resistência pode transformar-se na chave para um tratamento de sucesso se o profissional de saúde souber reconhecê-la como uma oportunidade.

Para vencer a ambivalência dos doentes é importante reconhecer a ambivalência e a incerteza como elementos importantes para a tomada de decisão; reconhecer que a tomada de decisão deve basear-se num processo de ponderação; avaliar os prós e os contras de aderir aos auto-cuidados; e a consulta deve permitir ao doente exprimir os seus problemas, dificuldades e os seus receios (por exemplo, em relação às crises hipoglicémicas e hiperglicémicas).

Algumas questões que poderão ser colocadas na tentativa de ultrapassar a resistência são: Quais são as vantagens de mudar o comportamento? Há algum aspecto relacionado com o seu comportamento actual que não seja

bom para si? Se pensar em mudar o seu comportamento o que lhe poderia custar mais? Vê alguma vantagem em mudar o seu comportamento? Quais os custos de mudar? E quais os benefícios? Que passos poderá dar para atingir os objectivos mais próximos no tempo? De que forma poderá mudar o seu ambiente (por exemplo, em casa, no emprego) para ser mais fácil mudar o comportamento/ter comportamentos novos? Há algo mais a considerar? O que gostaria de fazer para mudar durante o próximo ano?... Nos próximos meses?... No próximo mês?... Até à próxima semana? (Polonsky, 1996, 1999)

Outras questões que poderão ser úteis na intervenção com a população com diabetes são: De que forma a família e os amigos poderão ajudar? Quais são os primeiros 3 passos que precisará de dar para atingir esses objectivos? Com que frequência irá ter esses comportamentos e durante quanto tempo de cada vez? Como se irá manter nesse novo caminho? Como se vai recompensar por ter esse comportamento? (Polonsky, 1996, 1999).

Segundo Polonsky (1999), são diversos os factores que podem afectar a auto-confiança do indivíduo com diabetes e, consequentemente, a sua motivação para aderir aos auto-cuidados: experiências anteriores mal sucedidas; desvantagens percebidas pela mudança; falta de um plano concreto, etc. Assim, será importante a implementação de estratégias para desenvolvimento da sua auto-confiança. Entre estas, podem contar-se os registos (como, por exemplo, no livro de auto-monitorização da glicemia); as recompensas; o controlo ambiental; ter um plano específico para a mudança (Polonsky, 1999).

Na entrevista, podemos distinguir dois momentos principais. Num primeiro momento, em que o doente se encontra na fase de pré-contemplação ou contemplação, o objectivo é estimular a motivação para a mudança. Sugere-se como estratégias fazer perguntas abertas, a escuta activa, feedback, resumir, apoio emocional, estimular afirmações de auto-motivação, reconhecimento do problema, expressão de preocupação, intenção de mudar, optimismo.

Num segundo momento, que tem como objectivo o compromisso com a mudança, o doente já está pronto para mudar (estádio de preparação para a acção) e o principal objectivo é de auxiliar a pessoa a confirmar e justificar a decisão tomada em relação a determinado comportamento. Alguns sinais que poderão sugerir mudança são a diminuição da resistência; o doente mostrar-se mais calmo; fazer afirmações de auto-avaliação; aumentarem as perguntas sobre a mudança; projectar o seu comportamento no futuro; a existência de um plano concreto de mudança; assumir a responsabilidade

pelo plano negociado (estádio de acção); e compreender que não existem tratamentos para a diabetes que sejam milagrosos.

Segundo esta abordagem, devem evitar-se comportamentos como pergunta/resposta, confrontação/negação, opinião do especialista, “rotulagem” e culpabilização, respeitando-se e assumindo as preocupações do doente como foco da entrevista.

Algumas estratégias que podem contribuir para a mudança de comportamentos dos doentes são (Polonsky, 1999): (1) Fazer um plano para a mudança, seleccionando o objectivo e fraccionando-o em porções mais pequeninas e fáceis de atingir (o que poderá contribuir para evitar o desânimo e a frustração, assim como aumentar a percepção de progresso); (2) Começar por criar um novo hábito é mais fácil do que alterar um hábito antigo, pelo que se deverá começar pelo primeiro (por exemplo, pode ser mais fácil começar a praticar caminhada do que mudar alimentação); (3) Auto-registo dos novos hábitos (que contribui para aumentar a percepção dos progressos que vão ocorrendo); (4) Tornar mais fácil o doente lembrar-se dos novos hábitos (por exemplo, programar o alarme do despertador/telemóvel para lembrar de fazer lanches a meio da manhã e da tarde); (5) Começar com o hábito novo que gera menos incómodo e ir progressivamente integrando os cuidados mais intrusivos; (6) Pensar nos passos necessários para fazer a mudança. Experimentar. Se não funcionar, pensar no que é que não resultou. O que pode ser feito para correr melhor da próxima vez? (7) Livrar-se de tudo o que lembra os hábitos que quer mudar (por exemplo, determinados alimentos, cigarros); (8) Pedir ajuda à família e aos amigos, dizendo-lhes especificamente o que eles podem fazer para ajudar; (9) Dar uma recompensa a si mesmo pelo progresso feito (por exemplo, tirar algum tempo para fazer algo de que gosta – ler um livro, passatempo); (10) Se o doente tem dificuldade em alcançar o objectivo, é possível que este seja demasiado difícil, pelo que deverá ser fraccionado em tarefas ainda mais simples.

### **Intervenção psicológica em grupo com indivíduos com diabetes**

Segundo Guerra e Lima (2005), em países como os E.U.A., há muito que é reconhecida a importância e utilidade dos grupos de apoio e, actualmente, na Europa, começa também a afirmar-se a necessidade de desenvolver este tipo de apoio.

Guerra e Lima (2005) consideram que os grupos de apoio procuram congregar e promover a coesão e o encontro de pessoas para que estas conheçam as similitudes dos seus problemas, encontrem uma forma de

apoio social alternativo, essencial para a construção e desenvolvimento da sua própria identidade e equilíbrio nas mais variadas situações.

Osório (1986) considera que o facto dos doentes com o mesmo tipo de patologia sofrerem de problemas semelhantes, enfrentarem as mesmas vicissitudes e necessidades contribuem para criar um forte clima de coesão grupal. A participação no grupo permite ao doente perceber que os outros também têm o mesmo tipo de fantasias, passam pelos mesmos desânimos e têm os problemas que ele pensava ocorrerem apenas consigo. Os doentes têm oportunidade de se sentirem valorizados ao apoiar e dar sugestões aos outros elementos do grupo e de se sentirem apoiados e aprenderem a lidar melhor com os obstáculos (Osório, 1986; Rogers, 1976).

Parece ser consensualmente aceite que os grupos de apoio para indivíduos com doenças crónicas desempenham um importante papel não só porque os ajudam a lidar com as emoções negativas frequentemente associadas a essas doenças, mas também porque são fonte de apoio emocional para os seus membros (Brannon et al., 1997).

No contexto dos cuidados de saúde, os grupos terapêuticos poderão ser vantajosos por servirem de catalizadores da identificação de necessidades práticas e de obtenção de ajuda para alguns doente; permitirem criar um local de auto-expressão de sentimentos numa atmosfera de empatia e de confiança; oferecerem apoio social relativo à doença e às limitações que esta pode acarretar; ajudarem a ultrapassar algumas situações de isolamento social, frequentes em pessoas com doenças crónicas; fomentarem a aprendizagem de novas formas de lidar com a doença através do contacto com pessoas que têm problemas semelhantes e que ultrapassaram com sucesso essas dificuldades (Almeida & Oliveira, 2000). A intervenção em grupo neste contexto pode, ainda, ser vantajosa pela redução de custos, em termos económicos e de tempo investido, na intervenção psicológica em indivíduos com diabetes.

Polonsky (1999) refere que uma em cada três pessoas com diabetes sente que se encontra isolada com a sua doença e que não existe ninguém com quem realmente possa falar sobre os seus sentimentos em relação a esta. Este autor afirma, com base na sua experiência clínica, que mesmo os doentes que possuem bom apoio familiar sentem muitas vezes que essa simpatia da família, ainda que importante, não é suficiente e que, mais do que simpatia, necessitam de empatia, de alguém que realmente os compreenda.

Segundo Polonky (1999), para muitos indivíduos com diabetes é fundamental sentir que existe um espaço em que podem conversar com

outras pessoas que se encontram na mesma situação, que partilham os mesmos medos, preocupações, problemas e dificuldades, onde podem conhecer outras pessoas na mesma condição e aprender estratégias para lidar com as situações mais difíceis, isto é, um espaço que quebre a sensação de isolamento e estimule a aquisição e desenvolvimento de competências para uma melhor gestão da diabetes.

Vários têm sido os programas de intervenção em grupo no contexto dos cuidados de saúde descritos na literatura, sendo que se pode identificar como denominador comum o facto de, mais do que se basearem num modelo teórico que os oriente, parecerem ser ecléticos, uma vez que combinam diferentes abordagens, com o objectivo de potenciar os seus efeitos positivos (Guerra & Lima, 2005). Guerra e Lima (2005) sublinham que é importante que os programas de intervenção em grupo tenham como ponto de partida o levantamento de necessidades dos doentes e/ou das instituições que solicitam esse apoio.

Numa revisão da literatura foi possível identificar alguns programas de intervenção em grupo para pessoas com diabetes desenvolvidos especificamente para a população portuguesa. No entanto, na sua descrição, não é valorizada a avaliação dos resultados alcançados e/ou a avaliação do seu processo de implementação, parecendo tratar-se de meros exercícios académicos, sem grande preocupação pela sua implementação prática, nem pela comprovação da sua eficácia.

#### *Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças e adolescentes com diabetes*

Segundo Osório (1986), a terapia de escolha na adolescência é a terapia de grupo, por corresponder à natural inclinação dos adolescentes de procurar no grupo o continente para as suas ansiedades existenciais. Este autor considera que, pela tendência grupal manifestada pelos adolescentes, o grupo é a matriz dinâmica onde melhor podemos acompanhar as expressões dos seus conflitos e onde o adolescente pode alcançar a resolução destes.

Os programas de intervenção em grupo destinados a crianças devem respeitar alguns cuidados na sua preparação. Segundo Guerra e Lima (2005), é importante que o tamanho do grupo seja mais reduzido (entre 4 a 6 elementos); a duração das sessões deve ser adequada à idade das crianças (podendo variar aproximadamente entre 15 e 30 minutos para as mais novas); devem valorizar-se as actividades que envolvam movimento

(como, por exemplo, os jogos ou utilização de brinquedos); e, finalmente, as actividades devem ser mais estruturadas pelo líder.

Um exemplo de programas de intervenção em grupo para crianças com diabetes é o programa de promoção da adesão terapêutica apresentado por Leite (2005). Trata-se de um programa proposto para, aproximadamente, 12 elementos e que prevê a realização de 10 sessões semanais, com a duração de 60 minutos cada. Este programa apresenta como objectivos gerais a promoção da aceitação da diabetes e da adesão ao tratamento, e como objectivos específicos, fornecer informação sobre a doença e, particularmente, sobre os sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, promover o desenvolvimento de competências necessárias ao auto-controlo e auto-cuidados, assim como melhorar o ajustamento psicossocial à diabetes, através da partilha de sentimentos e emoções associados à doença (Leite, 2005).

Leite (2005) propõe a utilização de estratégias cognitivo-comportamentais que visam trabalhar as cognições acerca da doença e a promoção de comportamentos de auto-controlo. A autora sublinha a existência de dois componentes neste programa, o componente educacional e o componente de discussão e partilha de vivências, sentimentos e de significações pessoais acerca da doença, bem como de procura de soluções para os problemas com que se vêem confrontados.

Em relação ao componente de discussão e partilha, Leite (2005) sugere a utilização de estratégias para aceder às cognições que as crianças têm acerca da doença, nomeadamente o *brainstorming* e a discussão em grupo. No que respeita ao componente educacional, este teve como objectivo ampliar o conhecimento acerca da doença e aumentar a percepção de auto-eficácia e de auto-controlo. Para alcançar estes últimos objectivos, é sugerida a adopção de estratégias como informação geral, auto-monitorização, modelagem, sistema de economia de fichas e utilização de mnemónicas (Leite, 2005).

Relativamente às temáticas específicas a serem trabalhadas no grupo, destacam-se o conhecimento acerca da doença (etiologia, sinais e sintomas, tratamento, complicações agudas e crónicas), insulino-terapia, cuidados alimentares, exercício físico, auto-monitorização da glicemia capilar, crises hipoglicémicas e hiperglicémicas, resolução de problemas e crenças associadas à diabetes (Leite, 2005).

Leite (2005) sugere que, no final do programa, se proceda à avaliação da sua eficácia com a administração de um breve questionário à criança.



### *Grupo de apoio com diabéticos em cuidados de saúde primários*

Almeida e Oliveira (2000) apresentam um programa de intervenção em grupo implementado num centro de saúde localizado na região Norte de Portugal, que teve como objectivos gerais criar um espaço de partilha, onde se facilitasse a troca de experiências de doença, e que constituísse uma fonte de apoio social específica face à diabetes, de forma a promover um melhor ajustamento psicológico dos doentes.

Este programa de intervenção teve como ponto de partida uma pré-sessão em que se prestaram esclarecimentos sobre os objectivos da implementação do grupo e se procurou avaliar a motivação dos doentes para participarem activamente (Almeida & Oliveira, 2000).

Os critérios de selecção dos membros do grupo foram heterogéneos, tendo sido aberta a participação a pessoas com diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2, sem e com complicações crónicas diagnosticadas, tendo apenas sido excluídos doentes que apresentavam perturbação psiquiátrica grave que limitasse a sua capacidade para beneficiar deste tipo de intervenção ou pela possibilidade de despoletarem interações menos positivas no grupo. O grupo foi estruturado como um grupo de tipo fechado (Almeida & Oliveira, 2000).

O programa de intervenção teve a duração de 3 meses, período durante o qual se realizaram 6 sessões quinzenais, tendo cada sessão a duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. O líder do grupo adoptou uma perspectiva não directiva, procurando modelar a confiança, respeito e preocupação pelos outros, numa atitude humanista (Almeida & Oliveira, 2000).

No final, os autores procederam a uma avaliação informal, recorrendo ao relato dos próprios participantes, tendo concluído que se conseguiu alcançar um bom nível de motivação e que o grupo contribuiu para a desmistificação do medo relativo à insulino-terapia, assim como para uma sensibilização em relação à importância da adesão ao tratamento e para a aprendizagem de novas estratégias para lidar de forma mais eficaz com a diabetes (Almeida & Oliveira, 2000).

### *Programa de intervenção psicológica num grupo de indivíduos com pé diabético*

Não parece controversa a ideia de que os doentes com diabetes devem ser bem informados sobre as complicações crónicas desta doença, sua evolução e consequências, bem como sobre a importância da adesão aos cuidados de auto-vigilância, nomeadamente sobre os auto-cuidados com os

pés. Contudo, vários estudos corroboram a ideia de que a instrução não é suficiente para mudar o comportamento, não existindo uma relação linear entre o que o doente sabe e o que faz (Brannon et al, 1997; Brownlee-Duffeck et al, 1997; Fonseca, 1955; Jacobson, 1996; Seydel et al, 1994).

Baseado na premissa de que o indivíduo com diabetes deve desempenhar um papel activo, não só no tratamento desta doença, mas também na prevenção e tratamento do pé diabético, não havendo necessidade deste se encontrar na total dependência da intervenção dos profissionais de saúde, Silva e Ribeiro (2000) propõem um programa de intervenção em grupo destinado a ser implementado na consulta externa de Pé Diabético num hospital geral da zona Norte de Portugal.

A população que geralmente recorre à Consulta do Pé Diabético caracteriza-se por ser, essencialmente, idosa e de nível socio-cultural bastante baixo. Nesta população, a falta de conhecimentos acerca da diabetes, causas desta doença, tratamento, complicações crónicas e agudas, assim como de cuidados para as evitar e/ou tratar é quase total (Silva & Ribeiro, 2000). Por outro lado, a sua adesão ao tratamento da diabetes mellitus é frequentemente baixa, por se tratar de uma doença muitas vezes assintomática e que implica um tratamento de longa duração, com profundas implicações a todos os níveis da vida do indivíduo. Subjacente ao comportamento destes doentes, parecem encontrar-se, também, as crenças de que não são susceptíveis às complicações da diabetes e de que estas, especialmente o pé diabético, não são graves (Silva & Ribeiro, 2000).

Urge, pois, desenvolver programas de prevenção/tratamento das complicações crónicas e de promoção da saúde nesta população.

O programa de intervenção desenvolvido tem subjacente dois eixos teóricos essenciais: o Modelo de Crenças de Saúde e o Modelo Desenvolvimental de Adesão ao Tratamento.

O Modelo de Crenças de Saúde postula que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais, que têm vindo a ser redefinidas ao longo dos anos (Rosenstock, 1974; Rosenstock, 1990): (1) Crenças relativas à ameaça (percepção da susceptibilidade à doença e percepção da gravidade da doença); (2) Crenças relacionadas com a expectativa de resultado (percepção dos custos envolvidos na realização de um comportamento ou das barreiras para iniciar uma acção e percepção dos benefícios envolvidos na realização de uma acção específica); (3) e Crenças relativas à expectativa de eficácia (convicção da capacidade pessoal para realizar a acção recomendada).

Este modelo pressupõe que a disposição para implementar comportamentos de saúde é determinada pela percepção que o indivíduo tem da probabilidade

de ter uma doença particular e pela percepção da gravidade das consequências de adoecer. Face a determinada ameaça, o indivíduo avalia a sua acção em termos de benefícios potenciais que ela pode trazer na redução da ameaça, pesando as barreiras existentes à aplicação dos comportamentos e os seus custos. É necessário que existam pistas para a acção (estímulo desencadeador), internas ou externas, que levem o indivíduo a actuar (DiNicola & DiMatteo, 1984; Ogden, 1999; Ribeiro, 1998).

Por sua vez, o Modelo Desenvolvimental de Adesão ao Tratamento, proposto por Kristeller e Rodin (1984), considera que existem três estádios no processo de adesão ao tratamento, isto é, na extensão em que o comportamento do indivíduo (em termos de tomar medicação, seguir dietas ou alterar o seu estilo de vida) coincide com o conselho médico ou de saúde.

Este modelo não se centra num único aspecto do tratamento (como a relação médico-doente ou o processo de tomada de decisão), como alguns dos modelos que o precederam. Compreende vários factores relevantes para os cuidados de saúde, incluindo os referidos anteriormente, mas não se limitando a estes (por exemplo, permite analisar mudanças no papel do apoio social fornecido pela família e amigos e mudanças na auto-estima).

O estágio I, denominado *concordância (compliance)*, começa com o contacto inicial do indivíduo com o profissional de saúde. A concordância refere-se à extensão em que o sujeito, numa fase inicial, concorda e segue as prescrições médicas. Este estágio caracteriza-se pela necessidade de existir confiança em relação ao diagnóstico feito pelo médico e ao tratamento por este aconselhado. Neste estágio, o sujeito não é meramente passivo, recebendo e processando informação de forma a tomar decisões e seguir as recomendações médicas. Trata-se de uma fase com elevada supervisão, frequentemente com máxima eficácia do tratamento.

O estágio II constitui um período de transição entre os cuidados prestados pelo profissional de saúde e os auto-cuidados. Este estágio, denominado *adesão (adherence)*, refere-se à medida em que o doente continua o tratamento com que concordou com uma vigilância limitada, mesmo quando se defronta com situações conflituais que limitam o seguimento do tratamento (por exemplo, conflito entre o regime de tratamento e acontecimentos de vida). Implica um maior controlo do indivíduo e uma escolha activa. Quando o sujeito tem de assumir grande controlo para seguir o tratamento, os esforços do profissional, neste estágio, devem orientar-se para as seguintes tarefas: permitir que o tratamento seja, tanto quanto possível, integrado no estilo de vida do indivíduo; ajudar o sujeito a

antecipar lapsos ocasionais que possam ocorrer, aumentando a predictibilidade e preparando estratégias de *coping* alternativas.

Por fim, o estágio III, de *manutenção* (*maintenance*), diz respeito à medida em que o cliente continua a implementar o comportamento de melhoria da saúde, com uma vigilância muito limitada ou sem vigilância, incorporando-o no seu estilo de vida. O objectivo da manutenção é transformar os novos comportamentos em hábitos, que se mantenham durante o período necessário, mesmo quando ameaçados. Este estágio implica que o indivíduo possua competências de auto-regulação.

Desta forma, a evolução dos diferentes níveis tem que ver com o nível de controlo que o indivíduo percebe ter sobre o seu comportamento. Esse controlo pode desenvolver-se até ser alcançada uma autonomia total (no estágio III) por parte do sujeito (Ribeiro, 1998). Porém, o movimento entre estádios não depende simplesmente da vontade do sujeito, sendo, também, determinado pelas características do próprio tratamento. Se alguns tratamentos requerem que o indivíduo continue nos primeiros estádios (por exemplo, alguns procedimentos cirúrgicos); outros, como o da diabetes e das suas complicações crónicas, permitem e necessitam que ocorra este movimento entre estádios, de forma ao indivíduo atingir e permanecer no estágio de manutenção.

O programa de intervenção em grupo proposto por Silva e Ribeiro (2000) tem como objectivo geral melhorar a adesão ao tratamento da diabetes e das suas complicações agudas e crónicas, levando os participantes a alcançar o estágio de manutenção do regime. Como objectivos específicos pretendia-se (Silva & Ribeiro, 2000):

- Aumentar a percepção do controlo e auto-eficácia do indivíduo em relação à diabetes e às complicações desta doença;
- Desenvolver uma percepção realista da gravidade e vulnerabilidade ao problema do pé diabético;
- Desenvolver a percepção de que os custos da adesão ao tratamento são inferiores aos benefícios que com esses cuidados poderá obter.

O programa destina-se a doentes que frequentam a Consulta do Pé Diabético, sendo possível a sua implementação individualmente ou em grupo, podendo o número de participantes variar entre 1 e 8, sendo idealmente usado em grupos de 5 pessoas. Essa implementação é realizada na sala de espera da consulta, enquanto os doentes e seus familiares aguardam a chamada para o consultório. Os familiares, vizinhos e/ou

outros significativos deverão, também, ser envolvidos na intervenção (Silva & Ribeiro, 2000).

O programa deve ser implementado ao longo de 5 sessões, de aproximadamente 2 horas cada, estando as sessões organizadas da seguinte forma (Silva & Ribeiro, 2000):

*1ª Sessão:*

- Avaliação (da adesão ao tratamento, percepção do controlo em relação às complicações da diabetes; obstáculos ao tratamento e gravidade e vulnerabilidade percebidas)
- Identificar os comportamentos, pensamentos (crenças e atitudes) e sentimentos dos doentes em relação à diabetes e seu tratamento;
- Salientar a importância da adesão ao tratamento da diabetes;
- Trabalhar as formas de implementar esse tratamento.

*2ª Sessão:*

- Descrição e reflexão sobre as consequências (complicações crónicas e agudas) da ausência do tratamento, nomeadamente ao nível do pé diabético;
- Salientar a importância da adesão ao tratamento da diabetes e aos cuidados das complicações a ela associadas (ex. cuidados específicos a ter com os pés).

*3ª Sessão:*

- Descrever a vulnerabilidade pessoal à doença;
- Salientar a importância dessa vulnerabilidade e da adesão ao tratamento na prevenção das complicações e no tratamento destas.

*4ª Sessão:*

- Reflexão custos/benefícios da adesão/não adesão ao tratamento da diabetes e das suas complicações.
- Antecipar “lapsos” que ocasionalmente possam ocorrer, preparando estratégias alternativas para lidar com essas situações.

### 5ª Sessão:

- Integração dos aspectos explorados nas diferentes sessões;
- Avaliação.

São propostos os seguintes instrumentos para avaliar a eficácia do programa:

- *Diabetes Self-Care Activities*, questionário que se propõe avaliar a adesão aos cuidados alimentares, ao exercício físico, à monitorização da glicemia capilar; e à medicação (anti-diabéticos orais ou insulino-terapia);
- *Perceived Control*: Escala que procura avaliar a percepção do controlo em relação às complicações da diabetes, adaptada especificamente aos problemas de pé diabético;
- *Diabetes Self-Care Education Programme Problem Situations Checklist*: questionário que procura avaliar os obstáculos percebidos pelo doente em relação à adesão ao tratamento da diabetes.
- *Health Beliefs*, escala que, na primeira parte, avalia a percepção do controlo do sujeito em relação à diabetes e seu tratamento; na segunda parte avalia a percepção da gravidade de vir a sofrer de alguns problemas de saúde, nomeadamente de complicações agudas e/ou crónicas relacionadas com a diabetes; na terceira parte, avalia a percepção de vulnerabilidade a esses problemas.

### **Intervenção psicológica com os profissionais de saúde que trabalham na área da diabetes**

O fenómeno de *burnout* não ocorre exclusivamente nos doentes com diabetes, mas também é frequente nos profissionais de saúde que trabalham neste contexto. A experiência de se sentir consumido e de esgotamento físico e psicológico em relação ao trabalho, o desenvolvimento de imagens negativas de si próprio, de atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho e de perda de interesse em relação aos doentes não são pouco comuns nestes profissionais de saúde (Hanson, 1996).

Os profissionais também se vêem confrontados com dificuldades crónicas, em relação às quais sentem pouco ou nada poderem fazer, com sentimentos de frustração crónica, fracasso e culpa, assim como com a sensação de desânimo e de desesperança (Hanson, 1996).

Este fenómeno parece, em grande parte, resultar da adopção pelos profissionais de saúde de um modelo de intervenção em doenças agudas, que não parece ajustar-se à diabetes e sua gestão, e que se caracteriza pela tendência do profissional para procurar resolver os problemas pelo doente, em vez de os resolver em colaboração com este. Os profissionais de saúde são educados e treinados no sentido de aceitarem a responsabilidade última pelo tratamento e pela resolução dos problemas que o doente não consegue resolver por si só. As expectativas dos profissionais de saúde são moldadas no sentido destes se sentirem eficazes e capazes quando conseguem encontrar soluções para os problemas com que os doentes se confrontam nos seus auto-cuidados e frustrados quando não o conseguem. Todavia, quando o profissional de saúde trabalha na área da diabetes, os conflitos e frustração frequentemente afectam o envolvimento daquele num exame e redefinição dos seus papéis e responsabilidades.

A responsabilidade pela auto-gestão da diabetes diferencia-se de forma tão profunda do tratamento das doenças agudas que nos parece requerer uma redefinição fundamental dos papéis, das responsabilidades e da relação entre doentes e educadores.

Pensamos ser imprescindível os profissionais de saúde tomarem consciência e aceitarem que o doente com diabetes é totalmente responsável pelo auto-tratamento da sua doença e que a sua responsabilidade não é negociável, no sentido de que este não lhe pode escapar, nem a pode transferir para outra pessoa.

A perspectiva que adoptamos considera que esta imutável responsabilidade pela auto-gestão da diabetes assenta em três características da doença (R. Anderson et al., 2000): (1) as escolhas mais importantes que afectam a saúde e o bem-estar da pessoa com diabetes são feitas pelo próprio doente e não pelos profissionais de saúde; (2) independentemente do que os profissionais de saúde façam ou digam, os doentes detêm o controlo último das importantes decisões da auto-gestão diária da diabetes; (3) e as consequências das escolhas feitas pelo doente no dia-a-dia em relação aos auto-cuidados da diabetes reflectem-se, em primeiro lugar e principalmente, no próprio doente.

Para que se criem condições para a adopção de uma nova perspectiva de intervenção nos cuidados de saúde na área da diabetes, poderá ser importante implementar intervenções que tenham como objectivo o desenvolvimento de uma nova sensibilidade e de competências entre os profissionais de saúde.

Em alternativa à intervenção segundo os moldes das doenças agudas, tem-se vindo a afirmar a abordagem do *empowerment*, que enfatiza a pessoa total e abraça o modelo biopsicossocial das doenças. Esta abordagem consiste em tornar as pessoas conscientes do seu próprio poder para alcançar os seus objectivos, mesmo quando enfrentam oposição (Hanna & Robinson, 1994). Todavia, não devemos esquecer que também pressupõe um processo de colaboração, cooperação e reciprocidade entre o doente e os profissionais de saúde.

Existem algumas barreiras que é necessário ultrapassar no sentido de aplicar com sucesso a abordagem do *empowerment* aos auto-cuidados da diabetes. Muitos doentes estão tão habituados a serem culpabilizados e criticados pelos seus esforços para aderir ao tratamento da diabetes, que se sentem relutantes para consultar o profissional de saúde, para conversar abertamente sobre as suas actividades diárias relacionadas com o tratamento da doença, para expressar discordância com o profissional e para manifestar as suas próprias necessidades ou valores relacionados com o tratamento da diabetes – aspectos essenciais para o desenvolvimento e manutenção de um plano de tratamento da diabetes eficaz.

A abordagem do *empowerment* percebe a educação na diabetes como uma colaboração entre iguais designados para ajudarem os doentes a tomar decisões mais informadas sobre a sua própria auto-gestão da diabetes. Para que esta abordagem seja possível, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam competências no sentido de explorar os aspectos emocionais da gestão da diabetes (Silva, 2003).

As emoções são, provavelmente, o maior promotor de mudanças, a maior barreira para a mudança e, frequentemente, a maior recompensa da mudança. Porém, a discussão dos aspectos emocionais é habitualmente a parte mais difícil de todo o processo para o profissional de saúde. Podemos falar de um não *empowerment* (*disempowerment*) destes profissionais em relação à exploração dos aspectos emocionais da diabetes. A exploração destes aspectos na consulta poderia contribuir para (Silva, 2003): uma experiência mais positiva por parte do doente; uma experiência mais positiva por parte do profissional de saúde; um maior foco na resolução activa de problemas; uma maior probabilidade da consulta resultar em mudanças comportamentais mais significativas para o doente e mais duradouras; uma maior probabilidade de melhorar o bem-estar emocional e a qualidade de vida do doente; e uma diminuição do nível de frustração experimentado pelos profissionais de saúde.

Esta perspectiva não tem implícita a ideia de que caberá ao profissional de saúde em geral resolver ou mudar os aspectos emocionais dos doentes,



mas, pelo menos, criar um ambiente em que a experiência emocional da doença possa ser validada e expressa livremente por estes.

Assim, parece-nos premente, por um lado, o desenvolvimento de programas de intervenção na área do *burnout* nos profissionais de saúde que trabalham com doentes com diabetes e, por outro, a intervenção psicológica orientada para o desenvolvimento de competências de exploração dos aspectos emocionais do doente.

Podem ser identificados na literatura diferentes programas de intervenção na diabetes. Todavia, a compreensão sobre os principais componentes que os integram, a sua adequação e eficácia é muito limitada, dificultando a generalização dos resultados a outros doentes.

Seria importante o desenvolvimento de projectos de investigação que contribuíssem para identificar os componentes dos programas de intervenção mais eficazes para doentes ou comunidades com características específicas, de forma a potenciar-se o investimento na intervenção psicológica neste campo.

## BIBLIOGRAFIA

- Aalto, A.-M., Uutela, A., & Aro, A.R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetes: Disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*, 30, 215-225.
- Ahroni, J.H., Boyko, E.J., Davignon, D.R., & Pecoraro, R.E. (1994). The health and functional status of veterans with diabetes. *Diabetes Care*, 4, 318-321.
- Aikens, J.E., Kiolbasa, T.A., & Sobel, R. (1997). Psychological predictors of glycemic change with relaxation training in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 302-306.
- Aikens, J.E., & Lustman, P.J. (2001). Psychosocial and psychological aspects of diabetic foot complications. In J. H. Bowker & M. A. Pfeifer (Eds.), *The diabetic foot* (pp. 727-736). U.S.A.: Mosby.
- Aikens, J.E., Wallander, J.L., Bell, D.S.H., & Cole, J.A. (1992). Daily stress variability, learned resourcefulness, regimen adherence, and metabolic control in type I diabetes mellitus: Evaluation of a path model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 113-118.
- Almeida, V., & Oliveira, A.B. (2000). Uma intervenção de grupo de apoio com diabéticos em cuidados de saúde primários. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 679-689). Lisboa: ISPA.
- Amaral, A.P. (1997). Aspectos psicológicos do doente com diabetes mellitus. In J.L.P. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 105-118). Lisboa: ISPA.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Diabetes Association. (2000a). Diabetes mellitus and exercise. *Diabetes Care*, 23(1), 50-54.
- American Diabetes Association (2000b). Diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 23(1), 73-76.

- American Diabetes Association. (2000c). Implications of the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 23(1), 24-26.
- American Diabetes Association. (2000d). Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 23(1), 43-46.
- American Diabetes Association. (2000e). Screening for type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23(1), 20-23.
- American Diabetes Association. (2000f). Tests of glycemia in diabetes. *Diabetes Care*, 23(1), 80-82.
- American Diabetes Association. (2003a). Diabetic nephropathy. *Diabetes Care*, 26(suppl. 1), 94-98.
- American Diabetes Association. (2003b). Diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 26(suppl.1), 99-102.
- Anderson, B.J., & Laffel, L.M.B. (1997). Behavioral and psychosocial research with school-aged children with type 1 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 10(4), 277-284.
- Bagne, C.A., Luscombe, F.A., & Damiano, A. (1995). Relationships between glycemic control, diabetes-related symptoms and SF-36 scales scores in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 4, 392-393.
- Barlow, J.H., & Ellard, D.R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: care, health and development*, 30(6), 637-645.
- Basco, M.R. (1998). Perfectionism and diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 11(1), 43-48.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernbaum, M., Albert, S.G., & Duckro, P.N. (1988). Psychosocial profiles in patients with visual impairment due to diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 11(7), 551-557.
- Biderman, A., Shalev, R., Rosenblatt, I., Friger, M., Rosen, S., Weitzman, S., & Zangwill, L.M. (2000). Sex differentials in predictors of mortality for patients with adult-onset diabetes. *Diabetes Care*, 23(5), 602-605.

- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Bott, U., Mühlhauser, I., Overmann, H., & Berger, M. (1998). Validation of a diabetes-specific quality of life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 21(5), 757-769.
- Boyko, E.J., Fujimoto, W.Y., Leonetti, D.L., & Newell-Morris, L. (2000). Visceral adiposity and risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23(4), 465-471.
- Bradley, C. (1979). Life events and the control of diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 159-162.
- Bradley, C. (1988). Stress and diabetes. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress cognition and health* (pp. 383-400). Local: John Wiley & Sons Ltd.
- Bradley, C. (1994a). Contributions of psychology to diabetes management. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 11-21.
- Bradley, C. (1994b). An introduction to the guide to psychological measurement in diabetes research and practice. In C. Bradley (Ed.), *Handbook of psychology and diabetes* (pp. 3-14). Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Bradley, C. (1994c). The Well-Being Questionnaire. In C. Bradley (Ed.), *Handbook of psychology and diabetes* (pp. 89-110). Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Brand, A.H., Johnson, J.H., & Johnson, S.B. (1986). Life stress and diabetic control in children and adolescents with insulin-dependent diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 481-495.
- Brannon, L. & Feist, J. (1997). *Health Psychology. An introduction to behavior and health*. California: Brooks Cole Publishing Company.
- Brooks, L.M. (2002). *Perceived barriers to treatment adherence among pregnant African American women with diabetes*. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. U.S.A.: Case Western Reserve University (Health Sciences) (UMI No. 3058830).
- Brown, G.C., Brown, M.M., Sharma, S., Brown, H., Gozum, M., & Denton, P. (2000). Quality of life associated with diabetes mellitus in an adult population. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 14(19), 18-24.

- Brownlee-Duffeck, M., Peterson, L., Simonds, J.F., Goldstein, D., Kilo, C., & Hoette (1987). The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 139-144.
- Brun, E., Zoppini, G., Nelson, R.G., Verlato, G., Bennett, P.H., Muggeo, M., et al. (2000). Diabetes duration and cause-specific mortality in the Verona Diabetes Study. *Diabetes Care*, 23(8), 1119-1123.
- Buckalew, L.W., & Sallis, R.E. (1986). Patient compliance and medication perception. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 49-53.
- Burns, D.D., & Eidelson, R.J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test to the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 461-473.
- Carter, W.R., Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J., Clark, W.L., & Scott, D. (1985). Effect of stress on blood glucose in IDDM. *Diabetes Care*, 8, 411-412.
- Carvalho, C.S., & Pádua, M.M. (1998). Aparelhos de monitorização da glicémia para não profissionais de laboratório. *Boletim do Hospital de Pulido Valente*, 2, 87-94.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casalenuovo, G.A. (2002). *Fatigue in diabetes mellitus: Testing a middle range theory of well-being derived from Neuman's theory of optimal client system stability and the Neuman Systems Model*. Dissertation presented for the Doctor of Philosophy Degree. U.S.A.: The University of Tennessee, Knoxville (UMI No.3054100).
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Casteleiro, V.M. (2001). *Stressful life events as predictors of Hispanic children's risk for type 2 diabetes mellitus*. Dissertation submitted to the Faculty of the University of Miami in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Coral Gables, Florida (UMI No.3008164).
- Catarino, J. (2001). *Risco de morrer em Portugal, 1999*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. DSIA. Divisão de Epidemiologia.

- Cheng, T.Y.L., & Boey, K.W. (2000). Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with Type II diabetes mellitus. *Clinical Gerontologist*, 22(1), 15-30.
- Chlebowy, D.O. (2002). *Impact of social support, self-efficacy, and outcome expectations on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African-American adults with type 2 diabetes mellitus*. Dissertation presented in the fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. U.S.A.: Graduate School of the Ohio State University (UMI No.3059218).
- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., Russo, J.O. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160 (21), 3278-3285.
- Clark, D.A., Steer, R.A., & Beck, A.T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite model. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 645-654.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Clark, N.M. (2003). Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health*, 24, 289-313.
- Clayer, J.P., Bookless-Pratz, C., & Harris, R.L. (1985). Some health consequences of a natural disaster. *The Medical Journal of Australia*, 143, 182-184.
- Cluss, P.A., & Epstein, L.H. (1983). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. In P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 403-432). Canada.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, F. (1991). Measurement of coping. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping* (pp. 228-244). New York: Columbia University Press.
- Cohen, O., Norymberg, K., Neumann, E., & Dekel, H. (1998). Complication-free duration and the risk of development of retinopathy in elderly diabetic patients. *Archives of Internal Medicine*, 158, 641-644.

- Cohen, S.T., Welch, G., Jacobson, A.M., Groot, M.D., & Samson, J. (1997). The association of lifetime psychiatric illness and increased retinopathy in patients with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 38, 98-108.
- Connell, C.M., Davis, W.K., Gallant, M.P., & Sharpe, P.A. (1994). Impact of social support, social cognitive variables and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 13, 263-273.
- Cox, D.J., & Gonder-Frederick (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 628-638.
- Cox, D.J., Gonder-Frederick, L., & Saunders, J.T. (1991). Diabetes: clinical issues and management. In J. Sweet, R. Rosensky, & S. Tavian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 473-496). Plenum Press.
- Cox, D.J., Taylor, A.G., Nowacek, G., Holley-Wilcox, P., Pohl, S.L., & Guthrow, E. (1984). The relationship between psychological stress and insulin-dependent diabetic blood glucose control: Preliminary investigations. *Health Psychology*, 3, 63-75.
- Crow, S.J., Keel, P.K., & Kendall, D. (1998). Eating disorders and insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 39, 233-243.
- Cummings, K.M., Becker, M.H., Kirscht J.P., & Levin, N.W. (1981). Intervention strategies to improve compliance with medical regimens by ambulatory hemodialysis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 111-127.
- Czyzewski, D. (1988). Stress management in diabetes mellitus. In M.L. Russell (Ed.), *Stress management for chronic disease* (pp. 270-288). New York: Pergamon Press.
- Davis, W.K., Hess, G.E., & Hiss, R.G. (1988). Psychological correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care*, 11, 538-545.
- de Groot, M., Anderson, R., Freedland, K.E., Clouse, R.E., & Lustman, P.J. (2001). Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.
- Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group (1996). Influence of intensive diabetes treatment on quality-of-life outcomes in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 19, 195-203.

- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 176-302.
- DiNicola D.D., & DiMatteo, M.R. (1984). Practitioners, patients, and compliance with medical regimens: a social psychological perspective. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (vol. 4, pp. 55-84). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Direcção Geral da Saúde. (2002). *Actualização dos critérios de classificação e diagnóstico da diabetes mellitus*. Ministério da Saúde: Circular Normativa da Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P. (1982). Some issues on stressful life events. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 91-102). New York: Plenum Press.
- Dorchy, H. (1996). Traitement du diabète de type I chez l'enfant et l'adolescent. *La Revue du Praticien*, 46, 577-585.
- Eaton, W. (2002). Epidemiologic evidence on the comorbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 903-906.
- Eaton, W., Armenian, H., Gallo, J., Pratt, L., & Ford, D. (1996). Depression and risk for onset of type II diabetes: A prospective population-based study. *Diabetes Care*, 19, 1097-1102.
- Egede, L.E., & Zheng, D. (2003). Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 26(1), 104-111.
- Egede, L.E., Zheng, D., & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25, 464-470.
- Eiser, C. (1985). *The psychology of childhood illness*. New York: Springer-Verlag.
- Elasy, T.A., Ellis, S.E., Brown, A., & Pichert, J.W. (2001). A taxonomy for diabetes educational interventions. *Patient Education and Counselling*, 43, 121-127.
- Elbagir, M.N., Etayeb, N.O., Eltom, M.A., Mahadi, E.O., Wikblad, K., & Berne, C. (1999). Health-related quality of life in insulin-treated diabetic



- patients in the Sudan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 46(1), 65-73.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Butcher, J.D.A. (1993). A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology*, 49 4), 523-527.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Summerfeldt, L.J. (1996). Enfermedad y afrontamiento: Aspectos teóricos y metodológicos. In D.E.G. Fernández, & X.L.S. Novoa (Eds.), *Salud y prevención: Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica* (pp. 35-52). España: Cursos e Congresos da Universidade de Santiago de Compostela.
- Enzlin, P., Mathieu, C., & Demyttenaere, K. (2002). Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: An explorative study. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 139-45.
- Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group (1999). Epidemiology of diabetes interventions and complications. *Diabetes Care*, 22(1), 99-111.
- Feinglos, M.N., Hastedt, P., & Surwit, R.S. (1987). Effects of relaxation therapy on patients with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 10, 72-75.
- Ferreira, P.A., Amaral, J., Pais-Ribeiro, J., & Coelho-Moos, E. (2002). Controlo metabólico e sua associação com a qualidade de vida. In I. Leal, I.P. Cabral, & J.P. Ribeiro (Eds.), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 263-269). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ferreira, S.D. (1998). Contributo para o estudo da epidemiologia da diabetes mellitus no Concelho de Pombal. *Cardiologia Actual*, 8(71), 2282-2291.
- Fisher, E.B., Delamater, A.M., Bertelson, A.D., & Kirkley, B.G. (1982). Psychological factors in diabetes and its treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 993-1003.
- Fisher, L., Chesla, C.A., Mullan, J.T., Skaff, M.M., & Kanter, R.A. (2001). Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24(10), 1751-1757.

- Fisher, L., Chesla, C.A., Skaff, M.M., Mullan, J.T., & Kanter, R.A. (2002). Depression and anxiety among partners of European-American and Latino patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(9), 1564-1570.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat, & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping* (pp. 205-227). New York: Columbia University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Fonseca, J.D. (1955). *A diabetes e a sua assistência em Portugal*. Lisboa.
- Frei Bernardo, O.P. (1998). Aspectos psicológicos no comportamento dos doentes. *Arquivos de Medicina*, 12(2), 126-127.
- Frenzel, M.P., McCaul, K.D., Glasgow, R.E., & Schafer, L.C. (1988). The relationship of stress and coping to regimen adherence and glycemic control of diabetes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 77-87.
- Fukunishi, I., Akimoto, M., Horikawa, N., Shirasaka, K., & Yamazaki, T. (1998). Stress and social support in glucose tolerance abnormality. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(4), 361-369.
- Garay-Sevilla, M.E., Nava, L.E., Malacara, J.M., Huerta, R., de León, J.D., Mena, A., et al. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 9, 81-86.
- Garfield, S.A. (2002). Depression and mental disorders in patients with diabetes, kidney disease, and obesity and eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 841.
- Gary, T.L., Crum, R.M., Cooper-Patrick, L., Ford, D., & Brancati, F.L. (2000). Depressive symptoms and metabolic control in African-Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23(1), 23-29.

- Gatchel, R.J., Baum, A., & Krantz, D.S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Gençöz, T. (2002). Discriminant validity of low positive affect: Is it specific to depression? *Personality and Individual Differences*, 32, 991-999.
- Genuth, S. (1982). Classification and diagnosis of diabetes mellitus. *The Medical Clinic of North America*, 66(6), 1191-1199.
- Geringer, E.S. (1990). Affective disorders and diabetes mellitus. In C.S. Holmes (Ed.), *Neuropsychological and behavioral aspects of diabetes* (pp. 239-264). New York: Springer-Verlag.
- Glasgow, R.E., & Anderson, R.M. (1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. *Diabetes Care*, 22(12), 2090-2091.
- Glasgow, R.E., Ruggiero, L., Eakin, E.G., Dryfoos, J., & Chobanian, L. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20(4), 562-567.
- Gold, M.S., & Herridge, P. (1988). The risk of misdiagnosing physical illness as depression. In F. Flach (Ed.), *Affective disorders* (pp. 64-76). U.S.A.: W.W. Norton & Company.
- Goldbeck, R. (1997). Denial in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(6), 575-593.
- Golden, M.P. (1998). Incorporation of quality of life considerations into intensive diabetes management protocols in adolescents. *Diabetes Care*, 21(6), 885-886.
- Goldston, D.B., Kovacs, M., Obrosky, D.S., & Iyengar, S. (1995). A longitudinal study of life events and metabolic control among youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 14(5), 409-414.
- Graça, A.S. (2000). Diabetes e estilo de vida. *Diabetes – Viver em Equilíbrio*, 16, 4-5.
- Grant, M.M. (2001). *Irrational health beliefs as predictors of glycemic self-control in types 1 and 2 diabetes mellitus*. Dissertation presented in partial fulfillment of requirements for the degree of Doctor of Philosophy in the College of Arts and Sciences. Georgia State (UMI No.3024342).
- Grey, M., & Berry, D. (2004). Coping skills training and problem solving in diabetes. *Current Diabetes Reports*, 4(2), 126-131.

- Grey, M., Boland, E.A., Davidson, M., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., & Tamborlane, W.V. (1998). Short-term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. *Diabetes Care*, 21(6), 902-908.
- Grey, M., Boland, E.A., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., & Tamborlane, W.V. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21(6), 909-914.
- Grey, M., Whittemore, R., & Tamborlane, W. (2002). Depression in type 1 diabetes in children: Natural history and correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 907-911.
- Griffiths, L.S., Field, B.J., & Lustman, P.J. (1990). Life stress and social support in diabetes: association with glycemic control. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, 365-372.
- Griffiths, L.S., & Lustman, P.J. (1997). Depression in women with diabetes. *Diabetes Spectrum*, 10(2), 216-223.
- Gross, A.M., Heimann, L., Shapiro, R., & Schultz, R.M. (1983). Children with diabetes. Social skills training and hemoglobin A1c levels. *Behavior Modification*, 7(2), 151-164.
- Gu, K., Cowie, C.C., & Harris, M.I. (1998). Mortality in adults with and without diabetes in a national cohort of the U.S. population, 1971-1993. *Diabetes Care*, 36(8), 1138-1161.
- Guerra, M.P., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Hains, A.A., Davies, W.H., Parton, E., & Silverman, A.H. (2001). Brief report: A cognitive behavioral intervention for distresses adolescents with type I diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(1), 61-66.
- Hampson, S.E. (1998). Illness representations and the self-management of diabetes. In K.J. Petrie & J.A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health & illness* (pp. 323-347). The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Hanestad, B.R. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 19, 139-149.
- Hanestad, B.R., Hörnquist, J.O., & Albrektsen, G. (1991). Self-assessed quality of life and metabolic control in persons with insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM). *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 19, 57-65.

- Hanna, M.G., & Robinson, B. (1994). *Strategies for community empowerment*. New York: EmTexts.
- Hänninen, J.A., Takala, J.K., & Keinänen-Kiukaanniemi, S.M. (1999). Depression in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 22(6), 997-998.
- Hanson, C.L. (1996). Understanding and treating provider burnout. In B.J. Anderson & R.R. Rubin, *Practical psychology for diabetes clinicians* (pp. 173-181). U.S.A.: American Diabetes Association.
- Hanson, C.L., Cigrang, J.A., Harris, M.A., Carle, D.L., Relyea, G., & Burghen, G.A. (1989). Coping styles in youth with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 644-651.
- Hanson, C.L., Henggeler, S.W., & Burghen, G.A. (1987). Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 529-533.
- Hanson, C.L., Henggeler, S.W., Harris, M.A., Cigrang, J.A., Schinkel, A.M., Rodrigue, J.R., et al. (1992). Contributions of siblings relations to the adaptation of youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 104-112.
- Harris, M.A., Wysocki, T., Sadler, M., Wilkinson, K., Harvey, L.M., Buckloh, L.M., et al. (2000). Validation of a structured interview for the assessment of diabetes self-management. *Diabetes Care*, 23(9), 1301-1304.
- Harris, M.D. (2003). Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Current Diabetes Reports*, 3(1), 49-55.
- Harris, T. (2003). Depression in women and its sequelae. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 103-112.
- Hartemenn, H., Sultan, S., Sachon, C., Bosquet, F., & Grimaldi, A. (2001). How type 1 diabetic patients with good or poor glycemic control cope with diabetes-related stress. *Diabetes & Metabolism*, 27(5 Pt 1), 553-559.
- Haupt, D.W., & Newcomer, J.W. (2002). Abnormalities in glucose regulation associated with mental illness and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 925-933.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., & Sackett, D.L. (Eds.). (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Heitzmann, C.A., & Kaplan, R.M. (1984). Interaction between sex and social support in the control of type II diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (6), 1087-1089.
- Herschbach, P., Duran, G., Waadt, S., Zettler, A., Amm, C., Marten-Mittag, B., et al. (1997). Psychometric properties of the questionnaire on stress in patients with diabetes- revised (QSD-R). *Health Psychology*, 16(2), 171-174.
- Hirschberg, S.L. (2001). *The self-regulation of health behavior in children with insulin-dependent diabetes mellitus*. A dissertation presented to the Faculty of Pacific Graduate School of Psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology. Palo Alto, California (UMI No.3022935).
- Holland, W.M. (1968). The diabetes supplement of the national health survey. *Journal of the American Dietetic Association*, 52, 387-390.
- Holmes, D.M. (1985). Diabetes in the psychosocial context. In A. Marble, L.P. Krall, R.F. Bradley, A.R. Christlieb, & J.S Soeldner (Eds.), *Joslin's diabetes mellitus* (pp. 882-906). USA: Lea & Febinger.
- Hoyson, P.M. (2001). *The effect of a brief monthly telephone intervention on the self-care disease management and metabolic control of older persons with diabetes*. Submitted to the Graduate Faculty of School of Nursing in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Pittsburgh (UMI No.3026032).
- Hyland, M.E. (1999). A reformulation on quality of life for medical science. In C.B.R. Joyce, C.A. O'Boyle, & H. McGee (Eds.), *Individual quality of life. approaches to conceptualisation and assessment* (pp. 11-49). Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Jacobson, A.M. (1996). The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 334(19), 1249-1253.
- Jacobson, A.M. (2002). Depression & HRQoL in diabetes: From research to clinical care. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 9-10). Budapest: MAPI Research Institute.
- Jacobson, A.M., Adler, A.G., Derby, L., Anderson, B.J., & Wolfsdorf, J.I. (1991). Clinic attendance and glycemic control: Study of contrasting groups of patients with IDDM. *Diabetes Care*, 14, 599-601.

- Jacobson, A.M., de Groot, & Samson, J.A. (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 6(1), 11-20.
- Jacobson, A.M., Hauser, S.T., Lavori, P., Willett, J.B., Wolfsdorf, J.I., Dumont, R.H., et al. (1994). Family environment and glycemic control: A four-year prospective study of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 56(5), 401-409.
- Jacobson, A.M., Hauser, S.T., Lavori, P., Wolfsdorf, J.I., Herskowitz, R.D., Milley, J.E., et al. (1990). Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over four-year longitudinal follow-up. I The influence of patient coping and adjustment. *Journal of Pediatric Psychology* 15, 511-526.
- Jacobson, A.M., Rand, L.I., & Hauser, S.T. (1985). Psychologic stress and glycemic control: a comparison of patients with and without proliferative diabetic retinopathy. *Psychosomatic Medicine*, 47(4), 372-381.
- Janis, I.L. (1984). Improving adherence to medical recommendations: prescriptive hypotheses derived from recent research in social psychology. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 113-148). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Johnston-Brooks, C.H., Lewis, M.A., & Garg, S. (2002). Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in Young adults with type I diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 64, 43-51.
- Justice, B. (1988). Stress, coping and health outcomes. In L.M. Russel (Ed.), *Stress Management for Chronic Disease* (pp. 14-29). New York: Pergamon Press.
- Kanner, S., Hamrin, V., & Grey, M. (2003). Depression in adolescents with diabetes. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16(1), 15-24.
- Karlson, B., & Agardh, C.D. (1997). Burden of illness, metabolic control, and complications in relation to depressive symptoms in IDDM patients. *Diabetic Medicine*, 14, 1066-1072.
- Katon, W., & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 859-863.

- Kawakami, N., Takatsuka, N., Shimizu, H., & Ishibashi, H. (1999). Depressive symptoms and occurrence of type II diabetes among Japanese men. *Diabetes Care*, 22, 1071-1076.
- Kemmer, F.W., Bisping, R., Steingrüber, H.J., Baar, H., Hardtmann, F., Schlaghecke, R., et al. (1986). Psychological stress and metabolic control in patients with type I diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 314(17), 1078-1084.
- Kessler, R.C., Price, R.H., & Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kovacs, M., Brent, D., Steinberg, T.F., Paulauskas, S., & Reid, J. (1986). Children's self-reports of psychologic adjustment and coping strategies during the first year of insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9, 472-479.
- Kovacs, M., & Feinberg, T.L. (1982). Coping with juvenile onset diabetes mellitus. In A. Baum & S.E Singer (Eds.), *Issues in child health and adolescent health: handbook of psychology and health* (pp. 165-212). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D.S., & Iyengar, S. (1992). Prevalence and predictors of pervasive non-compliance with medical treatment among youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1112-1119.
- Kovacs, M., Iyengar, S., Goldston, D., Obrosky, D.S., & Marsh, J. (1990). Psychological functioning of children with insulin-dependent diabetes mellitus: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 619-632.
- Kovacs, M., Obrosky, D.S., Goldston, D., & Drash, A. (1997). Major depressive disorder in youths with IDDM. *Diabetes Care*, 20 (1), 45-57.
- Kristeller, J., & Rodin, J. (1984). A three-stage model of treatment continuity: compliance, adherence, and maintenance. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 85-112). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kubeck, J.E. (2001). *Medication adherence: Estimation of a social-cognitive model*. Dissertation presented to the Graduate Faculty of the University of Akron in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy. Akron (UMI No.3019319).



- Lamberg, L. (1996). Treating depression in medical conditions may improve quality of life. *Journal of the American Medical Association*, 18, 276(11), 857-858.
- Lane, J.D., Feinglos, M.N., McCaskill, C.C., Surwit, R.S., & Ross, S. (1993). Relaxation training for NIDDM: Predicting who will benefit. *Diabetes Care*, 16, 1087-1094.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1992). Foreword. In M. Perrez & M. Reicherts, *Stress, coping, and health* (pp. 5-9). United States of America: Hogrefe & Huber Publishers.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1991). The concept of coping. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping* (pp. 189-205). New York: Columbia University Press.
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leedom, L., Meehan, W.P., Procci, W., & Zeidler, A. (1991). Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 32, 280-286.
- Leite, M. (2005). Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças diabéticas. In Guerra & Lima (Eds.), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp. 155-174). Lisboa: Climepsi.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L. & Leventhal, E.A. (1998). It's long-term stressors that take a toll: Comment on Cohen et al. (1998). *Health Psychology*, 17(3), 211-213.
- Littlefield, C.H., Rodin, G.M., Murray, M.A. & Craven, J.L. (1990). Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes. *Health Psychology*, 9(6), 737-749.

- Littorin, B., Sundkvist, G., Nystrom, L., Carlson, A., Landin-Olsson, M., Ostman, J. et al. (2001). Family characteristics and life events before the onset of autoimmune type 1 diabetes in young adults: A nationwide study. *Diabetes Care*, 24(6), 1033-1037.
- Lloyd, C. (2002). Depression, diabetes and the impact on HRQoL: An epidemiological perspective. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 7-8). Budapest: MAPI Research Institute.
- Lloyd, C., Wilson, R., & Forrest, K. (1997). Prior depressive symptoms and the onset of coronary heart disease. *Diabetes*, 46, 13A.
- Lloyd, C.E., Dyer, P.H., & Barnett, A.H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*, 17(3), 198-202.
- Lloyd, C.E., Dyer, P.H., Lancashire, R.J., Harris, T., Daniels, J.E., & Barnett, A.H. (1999). Association between stress and glycemic control in adults with type 1 (insulin-dependent) diabetes. *Diabetes Care*, 22(8), 1278-1283.
- Lustman, P.J., Anderson, R.J., Freedland, K.E., Groot, M., Carney, R.M., & Clouse, R.E. (2000). Depression and poor glycemic control. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942.
- Lustman, P.J., & Clouse, R.E. (2002). Treatment of depression in diabetes: Impact on mood and medical outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 917-924.
- Lustman, P.J., Clouse, R.E., Griffith, L.S., Carney, R.M., & Freedland, K.E. (1997). Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosomatic Medicine*, 59(1), 24-31.
- Lustman, P.J., Frank, B.L., & McGill, J.B. (1991). Relationship of personality characteristics to glucose regulation in adults with diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 53, 305-312.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., & Clouse, R.E. (1988). Depression in adults with diabetes: Result of a 5-year follow-up study. *Diabetes Care*, 11, 605-612.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse R.E., & Cryer, P.E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus: Relationship to symptoms and glucose control. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 174, 736-742.

- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E., Freedland, K.E., Eisen, S.A., Rubin, E.H., et al. (1997). Effects of nortriptyline on depression and glucose regulation in diabetes: Results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59, 241-250.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S., & Clouse, R.E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 129, 613-621.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Gavard, J.A., & Clouse, R.E. (1992). Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 15, 1631-1639.
- Lustman, P.J., Skor, D.A., Carney, R.M., Santiago, J.V., & Cryer, P.E. (1983). Stress and diabetic control. *The Lancet*, 1(12 March), 588.
- Lutfey, K.E., & Wishner, W. J. (1999). Beyond “compliance” is “adherence”. *Diabetes Care*, 22(4), 635-639.
- Macrodimitris, S.D., & Endler, N.S. (2001). Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychology*, 20(3), 208-216.
- Matam, P., Kumaraiah, V., Munichoodappa, C., Ku,ar, K.M., & Aravind, S. (2000). Behavioural intervention in the management of compliance in young type-I diabetics. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 48 (10), 967-971.
- McNabb, W.L. (1997). Adherence in diabetes: Can we define it and can we measure it? *Diabetes Care*, 20(2), 215-218.
- Meichenbaum, D. (1986). *Stress inoculation training*. Great Britain: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. Plenum Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller-Johnson, S., Emery, R.E., Marvin, R.S., Clarke, W., Loevinger, R., & Martin, M. (1994). Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 603-610.
- Mollema, E.D., Snoek, F.J., Heine, R.J., & van der Ploeg, H.M. (2001). Insulin-treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self-testing: Psychological comorbidity and general well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 665-672.

- Morgan, C.L., Currie, C.J., & Peters, J.R. (2000). Relationship between diabetes and mortality. *Diabetes Care*, 23(8), 1103-1107.
- Muehrer, P. (2002). Research on co-morbidity, contextual barriers, and stigma: An introduction to the special issue. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 843-845.
- Myers, L.B., & Midence, K. (1998). Concepts and issues in adherence. In L.B. Myers & K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 1-24). Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Nagasawa, M., Smith, M.C., Barnes, J.H., & Fincham, J.E. (1990). Meta-analysis of correlates of diabetes patients' compliance with prescribed medications. *The Diabetes Educator*, 16, 192-200.
- Naliboff, B.D., Cohen, M.J., & Sowers, J.D. (1985). Physiological and metabolic responses to brief stress in non-insulin dependent diabetic and control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 367-374.
- Nerenz, D.R., Repasky, D.P., Whitehouse, F.W., & Kahkonen, D.M. (1992). Ongoing assessment of health status in patients with diabetes mellitus. *Medical Care*, 30, MS112-MS123.
- Nouwen, A. (2002). Understanding and assessing depression and HRQoL in diabetes: A goal systems approach. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 10-12). Budapest: MAPI Research Institute.
- Nuttall, F.Q., & Chasuk, R.M. (1998). Nutrition and the management of type 2 diabetes. *The Journal of Family Practice*, 47(Suppl.5), S45-S53.
- Nyhlin, K.T. (1990). Diabetic patients facing long-term complications: Coping with uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1021-1029.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oloff, M., Brosschot, J.F., & Godaert, G. (1993). Coping styles and health. *Personality Individual Differences*, 15(1), 81-90.
- Pádua, F. (1998). Os nossos conselhos sobre... Diabetes. *Cardiologia Actual*, 8(71), 2292-2293.
- Petterson, T., Lee, P., Hollis, S., Young, B., Newton, P., & Dornan, T. (1998). Well-being and treatment satisfaction in older people with diabetes. *Diabetes Care*, 21(6), 930-935.
- Peyrot, M., & Rubin, R.R. (1999). Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care*, 22(3), 448-452.

- Pickup, J., & Williams, G. (1997). *Textbook of diabetes*. Oxford: Blackwell Science.
- Pinheiro, M.R.M., & Ferreira, J.A.G. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333.
- Polonsky, W.H. (1996). *Understanding and treating patients with diabetes burnout*. U.S.A.: American Diabetes Association.
- Polonsky, W.H. (1999). *Diabetes burnout: What to do when you can't take it anymore*. U.S.A.: American Diabetes Association.
- Popkin, M.K., Callies, A.L., Lentz, R.D., Colon, E.A., & Sutherland, D.E. (1988). Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry*, 45, 64-68.
- Powell, T.J., & Enright, S. (1990). *Anxiety and stress managemet*. Great Britain: Routledge.
- Rajala, V., Pajunpää, Ä., Koskela, P., & Keinänen-Kiukaanniemi (2000). High cardiovascular disease mortality in subjects with visual impairment caused by diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 23(7), 957-961.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rifkin, W. (1999). Psychotherapy for depression in diabetes (Letter to the Editor). *Annals of Internal Medicine*, 131(1), 70.
- Rippere, V. (1980). What makes depressed people feel worse? *Behavior Research & Therapy*, 18, 87-97.
- Rodin, G. (1990). Quality of life in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 54, 132-139.
- Rodin, G., Craven, J., Littlefield, C., Murray, M. & Daneman, D. (1991). Eating disorders and intentional insulin undertreatment in adolescent females with diabetes. *Psychosomatics*, 32, 171-176.
- Rodin, G., Olmsted, M.P., Rydall, A.C., Maharaj, S.I., Colton, P.A., Jones, J.M. et al. (2002). Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 943-949.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Schirop, T., & Klapp, B.F. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and

- their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25(1), 35-42.
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the Health belief Model. *Health Education Monographs (Supl., Winter)*, 1-8.
- Rosentsock, I.M. (1990). The Health belief Model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer (Eds.), *Health behavior health education* (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ruas, M.M.A. (1992a). Diabetologia clínica. *O Médico*, 126(2062), 157-168.
- Ruas, M.M.A. (1992b). Diabetologia clínica. *O Médico*, 126(2062), 187-190.
- Ruas, M.M.A. (1997). Diagnóstico e classificação da diabetes. *Endocrinologia, Metabolismo & Nutrição*, 6(4), 163-164.
- Rubin, R.R., & Peyrot, M. (1996). Emotional responses to diagnosis. In B. Anderson & R.R. Rubin (Eds.), *Practical psychology for diabetes clinicians* (pp. 155-162). U.S.A.: A.D.A.
- Ryan, C.M. (1997). Psychological factors and diabetes mellitus. In J. Pickup & G. Williams (Eds.), *Textbook of diabetes* (pp. 66.1-66.13). Oxford: Blackwell Science.
- Sachs, G., Spiess, K., Moser, G., Kautzky, A., Luger, A., Pietschmann, P., et al. (1993). Hormonal and blood glucose responsiveness as an indicator of specific emotional arousal in type 1 diabetics. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(8), 831-841.
- Sackett, D.L., & Haynes, R.B. (Eds.). (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.
- Samaras, K., & Campbell, L.V. (2000). Increasing incidence of type 2 diabetes in the third millennium. *Diabetes Care*, 23(4), 441-442.
- Sarason, I.G. (1986). Test anxiety, worry and cognitive interference. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-related cognitions in anxiety and motivation* (pp. 19-34). USA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Sarason, I.G., Johnson, J.H., & Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932-946.

- Sarason, I.G., Levine, H.M., & Sarason, B.R. (1982). Assessing the impact of life changes. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 377-399). New York: Plenum Press.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Saudek, C.D., Duckworth, W.C., & Giobbie-Hurder, A. (1996). Implantable insulin pump vs. multiple-dose insulin for non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of the American Medical Association*, 276, 1322-1327.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., et al. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163, 83-90.
- Schlenk, E.A., & Hart, L.K. (1984). Relationship between health locus of control, health value and social support and compliance with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 7, 566-574.
- Schwartz, S.A., Weissberg-Benchell, J., & Perlmutter, L.C. (2002). Personal control and disordered eating in female adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 1987-1991.
- Schwarzer, R. (1986). Self-related cognitions in anxiety and motivation: An introduction. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-Related cognitions in anxiety and motivation* (pp. 1-18). USA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Seabra, H. (1997). A criança e a sua diabetes. In J.L.P. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 55-59). Lisboa: ISPA.
- Selye, H. (1974). *Stress sans détress*. Ottawa: La Press.
- Senécal, C., Nouwen, A. & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, 19(5), 452-457.
- Serra, A.V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.

- Serra, M.B. (1996). Pé Diabético, problema assistencial carenciado no nosso país. In L.M.A. Serra (Ed.), *O pé diabético e a prevenção da catástrofe* (pp. 14-18). Porto: Associação de Apoio ao Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António e Associação de Apoio ao Serviço de Ortopedia do Hospital Geral de Santo António.
- Seydel, E., Taal, E. & Boer, H. (1994). Patient Education: Self-efficacy and self-management strategies. In J.P. Dauwalder (Ed.), *Psychology and Promotion of Health*. Switzerland: Swiss Psychological Society.
- Shenfield, G.M., & Steel, J.M. (1977). Urinary glucose testing by diabetic patients. *The Practitioner*, 218, 147-150.
- Sherbourne, C.D., Hays, R.D., Ordway, L., DiMatteo, M.R., & Kravitz, R.L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(5), 447-468.
- Shorr, A.F., & Miller, F.G. (1999). Psychotherapy for depression in diabetes (Letter to the Editor). *Annals of Internal Medicine*, 131(1), 70.
- Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Porto: Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002a). Effects of glycemic control and treatment adherence on quality of life of diabetic patients. In I. Leal, T. Botelho, & J.P. Ribeiro (Eds.), *The 16<sup>th</sup> Conference of the European Health Psychology Society: Health through life cycle – A life span perspective* (pp. 315-320). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002b). Negative affect and chronic complications in diabetic patients. In I. Leal, T. Botelho, & J.P. Ribeiro (Eds.), *The 16<sup>th</sup> Conference of the European Health Psychology Society: Health through life cycle- A life span perspective* (pp. 309-313). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002c). Questionário de auto-cuidados na diabetes – Contributo para a criação de um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento. *Psiquiatria Clínica*, 23(3), 227-237.



- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.
- Silva, I., & Ribeiro, J. (2000). Programa de intervenção psicológica num grupo com problemas de pé diabético. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 311-322). Lisboa: ISPA.
- Silva, I., Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002a). Effects of life events on metabolic control, treatment adherence and negative affect in diabetic patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 392.
- Silva, I., Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002b). Effects of treatment adherence on metabolic control and quality of life in diabetic patients. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 125.
- Silva, M.H.C.P. (1999). *Contribuição para o estudo da sensibilidade à insulina na obesidade e no síndrome metabólico*. Dissertação de candidatura ao Grau de Professor Doutor. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Singer, J.E. (1976). Traditions of stress research: integrative comments. In C.D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 25-34). USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Sinzato, R., Fukino, O., Tamai, H., Isizu, H., Nakagawa, T., & Ikemi, Y. (1985). Coping behaviors of severe diabetics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 219-226.
- Skinner, T.C., Hampson, S.E., & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health Psychology*, 21(1), 61-70.
- Smári, J., & Valtýsdóttir, H. (1997). Dispositional coping, psychological distress and disease-control in diabetes. *Personality and Individual Differences*, 22(2), 151-156.
- Smith, M.S., Mauseth, R., Palmer, J.P., Pecoraro, R., & Wenet, G. (1991). Glycosilated hemoglobin and psychological adjustment in adolescent with diabetes. *Adolescence*, 26(101), 31-40.
- Snaith, P. (1993). What do depression rating scales measure? *British Journal of Psychiatry*, 163, 293-298.

- Snaith, P. (1994). Anxiety control training. *Advances in Psychiatric Treatment*, 1, 57-61.
- Snaith, P. (1995). Anxiety: One of medicine's blind spots. *British Journal of Hospital Medicine*, 53(4), 126-127.
- Snoek, F.J. (2000). Psychology in diabetes. *The Diabetes Annual*, 13, 219-232.
- Snoek, F.J., van der Ven, N.C., Lubach, C.H., Chatrou, M., Ader, H.J., Heine, R.J., & Jacobson, A.M. (2001). Effects of cognitive behavioural group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin-dependent (type 1) diabetes: A pilot study. *Patient Education and Counselling*, 45(2), 143-148.
- Sochett, E., & Daneman, D. (1999). Early diabetes-related complications in children and adolescents with type 1 diabetes: Implications for screening and intervention. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 28(4), 865-882.
- Somerfield, M.R., & McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research. *American Psychologist*, 55(6), 620-625.
- Sonnaville, J.J.J., Snoek, F.J., Colly, L.P., Devillé, W., Wijkkel, D., & Heine, R.J. (1998). Well-being and symptoms in relation to insulin therapy in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 21(6), 919-924.
- Spiess, K., Sachs, G., Moser, G., Pietschmann, P., Schernthaner, G., & Prager, R. (1994). Psychological moderator variables and metabolic control in recent onset type I diabetic patients – A two year longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 3, 249-258.
- Stokols, D. (1976). A congruence analysis of human stress. In C.D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 35-64). USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Stone, A.A., Greenberg, M.A., Kennedy-Moore, E., & Newman, M.G. (1991). Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 648-658.
- Surgenor, L.J., Horn, J., Hudson, S.M., Lunt, H., & Tennent, J. (2000). Metabolic control and psychological sense of control in women with diabetes mellitus: alternative considerations of the relationship. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 267-273.

- Surwit, R.S., & Feinglos, M.N. (1983). The effect of relaxation on glucose tolerance in non-insulin-dependent diabetes. *Diabetes Care*, 6, 176-179.
- Surwit, R.S., Feinglos, M.N., & Scovern, A.W. (1983). Diabetes and behavior: A paradigm for health psychology. *American Psychologist*, 33, 225-662.
- Surwit, R.S., & Schneider, M.S. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 380-393.
- Surwit, R.S., van Tilburg, M.A.L., Zucker, N., McCaskill, C.C., Parekh, P., Feinglos, M.N., et al. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(1), 30-34.
- Surwit, R.S., & Williams, P.G. (1996). Animal models provide insight into psychosomatic factors in diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 58(6), 582-589.
- Taché, J., & Selye, H. (1976). On stress and coping mechanisms. In C.D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 3-24). USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Talbot, F., & Noewen, A. (2002). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link? *Diabetes Care*, 23(10), 1556-1562.
- Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Bélanger, A., & Audet, J. (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 18(5), 537-542.
- Testa, M.A., & Simonson, D.C. (1996). Beneficial effects of improved glycemic control with glipizide GITS on quality of life and symptoms in NIDDM [On-line]. *Diabetes*, 45(Suppl.2), 123A. Abstract from: PubMed.
- Testa, M.A., & Simonson, D.C. (1998). Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Medical Association*, 280(17), 1490-1496.
- Testa, M.A., & Simonson, D.C. (1999). Letters. *Journal of the American Medical Association*, 281(21), 1986.
- Testa, M.A., Simonson, D.C., & Turner, R.R. (1998). Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 21(3), 44-52.

- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2000). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 23(suppl.1), 4-19.
- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2003). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 26(suppl.1), 5-20.
- Tilburg, M.A.L.V., McCaskill, C.C., Lane, J.D., Edwards, C.L., Bethel, A., Feinglos, M.N., et al. (2001). Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 551-555.
- Toobert, D.J., & Glasgow, R.E. (1994). Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In C. Bradley (Ed.), *Handbook of Psychology and Diabetes* (pp. 351-378). Switzerland: Hardwood Academic Press.
- Toobert, D.J., Hampson, S.E., & Glasgow, R.E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: Results from seven studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950.
- Trief, P.M., Grant, W.G., Elbert, K., & Weinstock, R.S. (1998). Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 21(2), 241-245.
- Trigwell, P., Grant, P.J., & House, A. (1997). Motivation and glycemic control in diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), 307-315.
- Tunbridge, R. (1970). Reliability and costs of diabetic diets. *British Medical Journal*, 2, 78-80.
- Turkington, R.W. (1980). Depression masquerading as diabetic neuropathy. *Journal of the American Medical Association*, 243, 1147-50.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (1999). Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control. *Diabetes Care*, 22, 1125-1136.
- Upchurch, R., Wiebe, D.J., Berg, C.A., Korbel, C.D., Divaker, N., Palmer, D.L. et al. (2003, Março). *Dyadic coping patterns in adolescents with type 1 diabetes and their mothers*. Poster presented in the 61<sup>st</sup> Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society, Phoenix (Arizona), United States of America.

- Van der Does, F.E.E., de Neeling, J.N.D., Snoek, F.J., Kostense, P.J., Grootenhuys, P.A., Bouter, L.M., et al. (1996). Symptoms and well-being in relation to glycemic control in Type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 19, 204-210.
- van der Ven, N.C., Lubach, C.H., Hogenelst, M.H., van Iperen, A., Tromp-Wever, A.M., Vriend, A. van der Ploeg, H.M., Heine, R.J., & Snoek, F.J. (2005). Cognitive behavioural group training (CBGT) for patients with type 1 diabetes in persistent poor glycaemic control: Who do we reach? *Patient Education and Counselling*, 56(3), 313-322.
- Vázquez, I.A., Rodríguez, C.F., & Álvarez, M.P. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Spain: Ediciones Pirámide, S.A.
- Vileikyte, L. (2000). Psychological and behavioural issues in diabetic neuropathic foot ulceration. In A. Boulton, H. Connor, & P. Cavanagh (Eds.), *The foot in diabetes* (pp. 121-130). United-Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Vinha, E. & Medina, J.L. (1988). Exercício físico e diabetes mellitus. *O Médico*, 118(1886), 776-77.
- Wagner, J.A., Schnoll, R.A., & Gipson, M.T. (1998). Development of a scale to measure adherence to self-monitoring of blood glucose with latent variable measurement. *Diabetes Care*, 21(7), 1046-1051.
- Ward-Collins, D. (1998). "Noncompliant", isn't there a better way to say it? *American Journal of Nursing*, 98(5), 27-32.
- Warren, L., & Hixenbaugh, P. (1998). Adherence and diabetes. In L.B. Myers & K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 423-453). Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Watkins, J.D., Williams, T.F., Martin, D.A., Hogan, M.D. & Anderson, E. (1967). A study of diabetic patients at home. *American Journal of Public Health*, 57, 452-459.
- Watkins, K.W., Klem, L., Connell, C.M., Kickey, T., Fitzgerald, J.T., & Ingersoll-Dayton, B. (2000). Effect of adults' self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care*, 23(10), 1511-1515.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1020-1030.

- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2) 219-235.
- Watts, F.N. (1980). Behavioural aspects of the management of diabetes mellitus: Education, self-care and metabolic control. *Behavior Research & Therapy*, 18, 171-180.
- Weinberger, M., Kirkman, M.S., Samsa, G.P., Cowper, P.A., Shortliffe, E.A., Simel, D.L., et al. (1994). The relationship between glycemic control and health-related quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Medical Care*, 32(12), 1173-1181.
- Wells, K.B., Rogers, W., Burnam, M.A., & Camp, P. (1993). Course of depression in patients with hypertension, myocardial infarction, or insulin-dependent diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 150, 632-638.
- Wetzel, J.W. (1984). *Clinical handbook of depression*. USA: Gardner Press, Inc.
- White, R., Tata, P., & Burns, T. (1996). Mood, learned resourcefulness and perceptions of control in type 1 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(2), 205-212.
- WHO. (1998). *Global burden of diabetes*. Retrieved 2000, from [www.who.int](http://www.who.int).
- Wiebe, D.J., Alderfer, M.A., Palmer, S.C., Lindsay, R., & Jarrett, L. (1994). Behavioral self-regulation in adolescents with type I diabetes: Negative affectivity and blood glucose symptom perception. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1204-1212.
- Wikblad, K., Leksell, J., & Wibell, L. (1996). Health-related quality of life in relation to metabolic control and late complications in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 5, 123-130.
- Wikby, A., Hörnquist, J.-O., Stenström, U., & Anderson, P.-O. (1993). Background factors, long-term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. *Quality of Life Research*, 2, 281-286.
- Williams, T.F., Anderson, E., Watkins J.D., & Coyle, V. (1967). Dietary errors made at home by patients with diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*, 51, 19-25.

- Wilson, W., Ary, D.V., Biglan, A., Glasgow, R.E., Toobert, D.J., & Campbell, D.R. (1986). Psychosocial predictors of self-care behaviours (compliance) and glycemic control in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9, 614-622.
- Wing, R.R., Epstein, L.H., Nowalk, M.P., & Lamparski, D.M. (1986). Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*, 99(1), 78-89.
- Wing, R.R., Phelan, S., & Tate, D. (2002). The role of adherence in mediating the relationship between depression and health outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 877-881.
- Winokur, G. (1981). *Depression: The facts*. Oxford University Press.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva.
- Worrall-Davies, A., Owens, D., Holland, P., & Haigh, D. (2002). The effect of parental expressed emotion on glycaemic control in children with type 1 diabetes: Parental expressed emotion and glycaemic control in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 107-113.
- Wredling, R., Stålhammar, J., Adamson, U., Berne, C., Larsson, Y., & Östman, J. (1995). Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: a Swedish population-based study. *Quality of Life*, 4, 515-522.
- Wrigley, M., & Mayou, R. (1991). Psychological factors and admission for poor glycaemic control: A study of psychological and social factors in poorly controlled insulin dependent diabetic patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(2/3), 335-343.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 505-531). New York: Wiley.
- Zgibor, J.C., & Simmons, D. (2002). Barriers to blood glucose monitoring in a multiethnic community. *Diabetes Care*, 25(10), 1772-1777.