



Dora Cristina de Oliveira Pinto

nº 22929

Aspetos psicológicos na diabetes mellitus: avaliação da ansiedade, depressão, alexitimia e suporte psicológico e social em pacientes com diabetes do tipo 1 e tipo 2

Dissertação de Mestrado para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Maria João Cunha do Instituto Universitário da Maia

Outubro de 2015

Dedicatória

*A ti, que sempre me cuidaste, amas-te e adoraste ver-me de capa preta.
A ti Mãe pelo sonho realizado e pela Mulher, Mãe, Amiga e Guerreira
que sempre foste!*

Agradecimentos

Em especial à minha *MÃE*, pelo apoio, paciência, compreensão, amor incondicional e pela força que sempre tiveste e me transmitiste, apesar de todos os momentos e experiências mais difíceis. Obrigada por acreditares em mim.

Ao meu Pai, à minha Irmã e ao Migas, pela força, pelo carinho e pela união. Obrigada por me “*aturarem*”.

Ao Jorge pelo amor, carinho, paciência e presença constante nas horas mais difíceis, pois nunca me deixaste “*baixar os braços*”, és o meu porto seguro.

À Lúcia, pelas palavras de força e tenacidade, pelas lágrimas, pelos risos, e acima de tudo pela sua Amizade.

À Sandra e Andreia Sousa, pela força, pelo carinho com que sempre me acompanharam neste percurso e pelos momentos de cumplicidade e dedicação.

Às minhas colegas de curso e orientação, Andreia Bessa, Cláudia Cunha, Cláudia Cerqueira, Guia, Cátia, Liliana, Isabel, Sara e Paulo pelas palavras amigas, momentos em comum e apoio nas horas mais complicadas.

A todos os restantes colegas de curso, obrigada pelas ajudas e por todos os momentos divertidos no meio de todo o stress das aulas.

À minha Orientadora Dra Maria João Cunha pelo apoio e pelos conselhos sábios ao longo do percurso académico.

À Associação Diabéticos do Minho, à Dra Goreti e restantes colaboradores, pela sua simpatia e apoio neste Projeto.

Aos participantes, sem os quais este trabalho de investigação não era possível, obrigado pelo vosso contributo.

A todos que de uma forma ou de outra partilharem comigo o percurso da Faculdade.

Ψ Tudo está descrito da simples forma de vários olhares, onde as ilusões de uma vida passada deixam marcas nesta presente. E os sonhos que posso querer alcançar vêm até mim, devagar, silenciosos para que não os sinta, só os sinta no meu eu interior, numa pura verdade, de que a vida é bela e é má, mas é a realidade crucial, para a vivência dos momentos incapazes de serem diferentes, só por nos mesmos mudados. *(minha autoria)*

Resumo

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica e orgânica e vem sendo alvo de muitas preocupações relacionadas com o diagnóstico, o tratamento, a qualidade de vida e a vivência psicológica e social da doença. Esta investigação tem como objetivos identificar, avaliar e analisar as questões da ansiedade, depressão, alexitimia e do suporte psicológico e social experienciado nos pacientes diabéticos; avaliar as diferenças ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia entre os grupos dos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2; analisar diferenças entre homens e mulheres com diagnóstico da diabetes ao nível das variáveis, perceber a relação entre o suporte familiar, social, médico e psicológico relacionado com a ansiedade, depressão e alexitimia entre os participantes com diabetes. A amostra foi composta por 47 participantes do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 70 anos, com diagnóstico de diabetes tipo 1 e tipo 2. Para a concretização destes objetivos foi realizado um estudo quantitativo onde os participantes foram avaliados com aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico; Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) ambos auferidos para a população portuguesa. Como principais resultados desta investigação foi apurado que, existe presença de índices de Ansiedade e Depressão entre os participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2, sendo que no tipo 2 há uma maior prevalência de sintomatologia, em relação à alexitimia predominam níveis mais elevados da mesma nos participantes com diabetes tipo 2. No que concerne às diferenças entre homens e mulheres, não há evidência de diferenças ao nível da ansiedade, depressão, contudo ao nível da alexitimia, há presença de índices alexitimicos nos homens superior às mulheres. No que diz respeito à perceção de apoio familiar, social, médico e psicológico, verificou-se que existe uma relação significativa entre o apoio familiar e social ao nível da depressão e uma relação entre o apoio médico e ansiedade no grupo diabetes tipo 1. Observou-se ainda relação entre o apoio familiar, social e médicos relacionados com a depressão e ainda uma relação entre o apoio social relacionado com a ansiedade no grupo de diabetes tipo 2. Numa última análise apurou-se que existe relação entre o apoio familiar e social ao nível da alexitimia no grupo diabetes tipo 2. Estas conclusões contribuem para a verificação em como a componente psicológica na diabetes é de extrema importância e merece a nossa maior atenção em investigações futuras.

Palavras chave: doença crónica, diabetes mellitus, ansiedade, depressão, alexitimia, apoio psicológico, apoio social.

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease and organic and has been the subject of many concerns related to diagnosis, treatment, the quality of life and the experience of psychological and social problems of the disease. This research has as objectives to identify, evaluate and analyze the issues of anxiety, depression, alexitimia and psychological and social support and experienced in diabetic patients; evaluate the differences at the level of anxiety, depression and alexitimia between groups of participants with diabetes type 1 and type 2; to analyze differences between men and women with a diagnosis of diabetes at the level of the variables, understanding the relationship between the family support, social, medical and psychological related to anxiety, depression and alexitimia among participants with diabetes. The sample was composed by 47 participants of the male and female, between the ages of 18 years and 70 years, with diagnosis of diabetes type 1 and type 2. For the achievement of these objectives was conducted a quantitative study where the participants were evaluated with the application of the following instruments: sociodemographic questionnaire and clinical; scale of the Hospital Anxiety and depression (HADS) and the scale of the Toronto Alexitimia (TAS-20) both realized for the Portuguese population. As the main results of this investigation it has been established that there is presence of the indices of anxiety and depression among the participants with diabetes type 1 and type 2, being that in type 2 there is a greater prevalence of symptomatology, in relation to alexitimia predominate higher levels of the same in the participants with type 2 diabetes. As regards the differences between men and women, there is no evidence of differences in the level of anxiety, depression, however the level of alexitimia, there is presence of alexitimic indicators in men superior to women. As regards perceiving of family support, social, medical and psychological support, it was found that there is a significant relationship between the between the family and social support to the level of depression and a relation between the medical support and anxiety in group type 1 diabetes. It was still observed relationship between the family support, social and medical related to depression and even a relationship between the social support related to anxiety in the group of type 2 diabetes. In a final analysis it was found that there is a relationship between the family and social support to the level of alexitimia in group type 2 diabetes. These findings contribute to the check in as the psychological component in diabetes is of extreme importance and deserves our greatest attention in future investigations.

Key words: chronic disease, diabetes mellitus, anxiety, depression, alexitimia, psychological support, social support

Índice

Resumo.....	V
<i>Abstrat</i>	VI
Lista de abreviaturas.....	IX
Índice de Tabelas.....	X
Índice de Anexos.....	XII
<i>Parte I- Capítulo Introdutório</i>	1
1-Introdução.....	1
<i>Parte II-Revisão da Literatura</i>	1
2.1. Psicologia da Saúde e da Doença.....	1
2.2. A Doença crónica.....	2
2.3. Caracterização da doença.....	3
2.4. A Diabetes Mellitus.....	3
2.4.1. Epidemiologia da Diabetes Mellitus.....	4
2.4.2. Tipologia da Diabetes Mellitus.....	4
2.4.3. Diabetes Mellitus tipo 1.....	5
2.4.4. Diabetes Mellitus tipo 2.....	5
2.4.5. Diabetes Gestacional.....	6
2.5. Diagnóstico e Complicações na Diabetes Mellitus.....	7
2.6. Controlo, tratamentos e cuidados na Diabetes Mellitus.....	8
2.7. Os aspetos psicológicos na Diabetes Mellitus.....	8
2.7.1. Ansiedade (conceito e história do construto).....	11
2.7.2. A Diabetes Mellitus e a Ansiedade.....	11
2.7.3. A Depressão (conceito e história do construto).....	12
2.7.4. A Diabetes mellitus e a Depressão.....	12
2.7.5. As Emoções e a Alexitimia.....	13
2.7.6. A Alexitimia.....	14
2.7.7. A Diabetes mellitus e a Alexitimia.....	15
2.8. O Apoio psicológico e social na Diabetes Mellitus.....	17
<i>Capítulo III- Estudo Empírico</i>	20
3. <i>Fase Metodológica</i>	20
3.1. Procedimentos e Recursos.....	20
3.2. Amostra Participantes.....	20
3.3. Objeto e Objetivos de estudo.....	20

3.4. Desenho da Investigação.....	21
3.5. Materiais e Instrumentos de medida.....	21
3.5.1. O Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	21
3.5.2. O Instrumento Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.....	22
3.5.3. O Instrumento Escala de Alexitimia de Toronto 20 itens.....	22
3.6. Identificação dos Problemas e Hipóteses de Investigação.....	22
Capítulo IV- Análise e Interpretação dos Resultados.....	24
4. Análise Descritiva dos dados e Apresentação dos Resultados.....	24
5. Discussão dos Resultados.....	46
6. Conclusões Finais.....	51
7. Referências bibliográficas.....	54
8. Anexos.....	61

Lista de abreviaturas:

ADA- American Diabetes Association

DG- Diabetes Gestacional

DM- Diabetes Mellitus

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

IMC- índice de massa corporal

HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale

HbA1c- Hemoglobina Glicada

OMS- Organização Mundial da Saúde

TAS- Toronto Alexithymia Scale

T1- Tipo 1

T2- Tipo 2

WHO- World Health Organization

Índice de Tabelas

- **Tabela 1-** *Descrição sociodemográfica da amostra- Sexo*
- **Tabela 2-** *Descrição sociodemográfica da amostra- Idade*
- **Tabela 3-** *Descrição sociodemográfica da amostra- Grau de Escolaridade*
- **Tabela 4-** *Descrição sociodemográfica da amostra- Profissão*
- **Tabela 5-** *Descrição sociodemográfica da amostra- Estado Civil*
- **Tabela 6-** *Descrição sociodemográfica da amostra- Concelho de Residência*
- **Tabela 7-** *Descrição clinica da amostra-Altura, Peso e IMC*
- **Tabela 8-** *Descrição clinica da amostra- Como avalia o seu estado de saúde*
- **Tabela 9-** *Descrição clinica da amostra- Tipo de Diabetes*
- **Tabela 10-** *Descrição clinica da amostra- Tempo diagnóstico*
- **Tabela 11-** *Descrição clinica da amostra- Autocontrolo glicémico regularmente*
- **Tabela 12-** *Descrição clinica da amostra- Fazer tratamentos*
- **Tabela 13-** *Descrição clinica da amostra- Tratamento*
- **Tabela 14-** *Descrição clinica da amostra- Alimentação saudável*
- **Tabela 15-** *Descrição clinica da amostra- Prática de exercício físico*
- **Tabela 16-** *Descrição clinica da amostra- Serviço de saúde*
- **Tabela 17-** *Descrição clinica da amostra- Motivo (consulta)*
- **Tabela 18-** *Descrição clinica da amostra- Filhos*
- **Tabela 19-** *Descrição clinica da amostra- Filhos com Diabetes*
- **Tabela 20-** *Descrição clinica da amostra- Filhos Tipo de Diabetes*
- **Tabela 21-** *Descrição clinica da amostra- Perceção de apoio/suporte-Apoio Familiar*
- **Tabela 22-** *Descrição clinica da amostra- Perceção de apoio/suporte-Apoio Social*
- **Tabela 23-** *Descrição clinica da amostra- Perceção de apoio/suporte-Apoio Médico*
- **Tabela 24-** *Descrição clinica da amostra- Perceção de apoio/suporte- Apoio Psicológico/Psicoterapêutico*
- **Tabela 25-** *Descrição níveis HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*
- **Tabela 26-** *Resultados da sintomatologia ansiógena*
- **Tabela 27-** *Resultados da sintomatologia depressiva*
- **Tabela 28-** *Descrição Tas 20- Escala de Alexitimia de Toronto*
- **Tabela 29-** *Descrição dos níveis de Alexitimia*
- **Tabela 30:** *Diferenças ao nível da Ansiedade e Depressão entre o grupo de diabetes tipo 1 e tipo 2*

- **Tabela 31:** *Diferenças ao nível da Alexitimia total e os seus 3 Fatores entre o grupo diabetes tipo 1 e tipo 2*
 - **Tabela 32:** *Diferenças ao nível da Ansiedade e Depressão entre o sexo masculino e sexo feminino*
 - **Tabela 33:** *Diferenças ao nível da Alexitimia total e Fatores entre o sexo masculino e sexo feminino*
 - **Tabela 34:** *Correlações entre o apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da ansiedade e depressão no grupo de diabetes tipo 1*
 - **Tabela 35:** *Correlações entre o apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da ansiedade e depressão nos grupos de diabetes tipo 2.*
 - **Tabela 36:** *Correlações entre o apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da Alexitimia e os seus Fatores no grupo de diabetes tipo 1*
 - **Tabela 37:** *Correlações entre o apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da Alexitimia e os seus 3 Fatores nos grupos de diabetes tipo 2*
- Tabela 38:** *Alfa de Cronbach Instrumentos_Amostra*

Índice de Anexos

-Anexo 1- Autorização autor Escala HADS.....	62
-Anexo 2- Autorização autora Escala TAS-20.....	64
-Anexo 3 - Consentimento informado.....	66
-Anexo 4- Questionário Sócio-demográfico e Clínico.....	67

Parte I- Capítulo Introdutório

Introdução:

Esta dissertação emerge da continuidade da realização do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Superior da Maia. Com esta investigação pretende-se verificar e estudar os aspetos psicológicos em pacientes com diagnóstico da diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2, de modo a identificar e avaliar a presença de índices de ansiedade, depressão e alexitimia, assim como analisar a perceção do suporte psicológico e social. A diabetes *mellitus* é uma doença crónica e orgânica e tem sido muito investigada. Vem sendo alvo de muitas preocupações relacionadas com o diagnóstico, tratamento e vivência psicológica e social da doença. Para a elaboração desta dissertação foi crucial fazer uma análise aprofundada dos aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais que a diabetes acarreta e como os pacientes experienciam e vivem na condição de doença. Posteriormente é realizado e desenvolvido um estudo quantitativo de comparação de grupos e relação entre variáveis, de forma a fazer a sua descrição e análise estatística de acordo com as hipóteses de investigação em estudo.

Capítulo II- Revisão da Literatura

2.1 Psicologia da Saúde e da Doença:

A psicologia da saúde é uma disciplina de abrangência ampla, com possibilidades de ser aplicada em intervenções ao nível da saúde e autónoma em relação à clínica, conforme as definições dos autores como Matarazzo (1982); como Godoy (1999), Simon (1999) e Teixeira (2002), e Lovelle (2003). Para estes autores a psicologia da saúde é uma disciplina centrada nas intervenções da saúde geral, voltada para as práticas de saúde na “*atenção primária (atenção básica), secundária (especializada) e terciária (alta complexidade)*”. Os principais elementos que identificam a psicologia da saúde são, a amplitude das intervenções em todos os níveis de atenção, o cuidado com a saúde geral e a independência em relação à psicologia clínica. A Psicologia da Saúde desenvolve contribuições disciplinares e profissionais da disciplina de Psicologia para a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença (Matarazzo, 1980, p. 815, citado por Joyce-Moniz & Barros, 2005). De acordo com os autores Joyce-Moniz & Barros (2005) as intervenções ao nível da Psicologia da Doença devem ter lugar no contexto geral dos cuidados de saúde, dado que, não se destinam apenas a substituir as intervenções biomédicas, mas sim a complementá-las. Alves et al (2011) referem que a psicologia da saúde visa aplicar os seus saberes com o objetivo de avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer

outro relevante para os processos de saúde e doença (Teixeira, 2002; Castro & Bornholdt, 2004).

Noutra perspetiva, os pesquisadores da psicologia clínica apresentam-na como igualmente ampla, capaz de abarcar também as práticas de saúde em geral (Alves et al, 2011). Os psicólogos da saúde devem estar direcionados para a compreensão dos fatores biológicos, comportamentais e sociais, que influenciam a saúde e a doença e centrados na sua promoção prevenção. (Teixeira, 2004 citado por Ayres de Almeida & Malagris, 2011). Para Pereira & Carvalho (2006), a saúde tem de ser vista e interpretada numa perspetiva individual, social e cultural, sendo esta influenciada pelo carácter cultural, social e temporal, pelo género, a idade e também pelos média. Pereira & Carvalho (2006) p. 23) referem que “*A doença é causada por processos internos, tais como a degenerescência devida à idade ou falta de autorregulação, ou ainda, por processos externos tais como a invasão do corpo por agentes patogénicos*”. Torna-se indispensável para a promoção da saúde desenvolver as capacidades das pessoas e das populações através do fornecimento de uma educação e de informação necessária, para que estas assumam escolhas esclarecidas ao longo da vida de modo a delinear um estilo de vida saudável compatível com o seu bem-estar físico e psíquico.

Joyce-Moniz & Barros (2005) indicam que a psicologia da doença pressupõe variadas intervenções, desde o tratamento médico curativo, que visa eliminar a doença (processos agudos) como o acompanhamento médico paliativo, processos crónicos e terminais. Estas intervenções visam desenvolver a adaptação das pessoas à realidade da doença, de forma a melhorar a vivência deste processo. Assim, “*a literatura da Psicologia da Doença aborda principalmente as doenças crónicas, que são as que representam melhor as conceções biomédicas de integração das vias curativa e paliativa*” (Joyce-Moniz & Barros, 2005, p. 15). Joyce-Moniz & Barros (2005) referem que, se o significado da doença e do seu confronto e tratamento é adequado, a pessoa pode controlar as suas emoções e atitudes, respondendo corretamente às situações, contudo se a visão dessa realidade é distorcida, tudo o resto desde as reações emocionais aos comportamentos instrumentais se torna negativo.

2.2. A Doença Crónica:

O autor Amorim (2009) descreve que a doença crónica é uma designação geral que abrange doenças prolongadas e, é o tempo que define esta condição de cronicidade. Miguel e Borges (2002) citados por Amorim, 2009, p. 60, definem doenças crónicas como “*todas as doenças de longo termo e que não têm cura efetiva, variando na gravidade e na extensão das suas consequências*”. O tratamento e o controlo ou gestão da doença, não tem como finalidade específica a cura, mas sim a procura de alívio dos sintomas, a diminuição do

sofrimento e a continuação da vida. De acordo com a literatura, a doença crónica é vista como uma situação que se prolonga no tempo e na maioria dos casos não tem uma cura efetiva. Wellard (1998), citado por Amorim (2009) indica que o tratamento da doença crónica está focado em minimizar o impacto da doença a nível físico, contudo falha no reconhecimento de uma realidade que vai para além do aspeto físico da pessoa com uma doença crónica, cuja cura não é possível. A experiência de viver com uma doença crónica é exigente e pode afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente o funcionamento familiar, social e ocupacional. Desta vivência resultam efeitos negativos na qualidade de vida que, por sua vez, requerem um ajustamento em múltiplos domínios. Como indicam Vilhena, Pais Ribeiro, Silvas et al (2014) p.1 de acordo com o seu estudo, onde participaram 774 indivíduos com diagnóstico de doença crónica (30% diabetes) entre outros, sugerem ainda que *“as pessoas mais otimistas, mais ativas e com uma melhor adesão aos tratamentos apresentam um melhor bem-estar geral, uma melhor saúde mental e um melhor bem-estar subjetivo”* A doença crónica interfere com vários aspetos mentais e emocionais nos indivíduos e é uma mais-valia para os pacientes quando estes aderem aos tratamentos de uma forma contínua e positiva.

2.3. Caracterização da doença crónica:

2.4. A Diabetes Mellitus (DM)

A Diabetes é caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, a hiperglicemia. A hiperglicemia (açúcar elevado no sangue) que existe na Diabetes, deve-se em alguns casos à insuficiente produção, noutros à insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores. As pessoas com Diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações.” (Santos, 2014). Como refere Santos (2014) a diabetes mellitus está associada a um grande número complicações no organismo (retinopatia, nefropatia, neuropatia, pé diabético e ainda doenças coronária, cerebrovascular e vascular periférica), o que faz reduzir a esperança de vida dos doentes diabéticos. Correia, Boavida, Fragoso de Almeida et al (2014) referem que os danos da diabetes podem ser reduzidos através de um *“controlo rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, entre outros, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (retina, nervos, rim, coração, etc.).* (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, p. 56, cap. 6). A hiperglicemia crónica está associada a danos a longo prazo, falha e disfunção de vários órgãos, especialmente os olhos, rins, nervos, assim como um risco aumentado para a doença cardiovascular (Goldenberg & Punthakee, 2013). A Diabetes Mellitus pode causar consideráveis restrições físicas, mas também emocionais e sociais, que podem modificar profundamente as várias dimensões da vida das pessoas. Tais alterações podem ser difíceis,

pois requerem mudanças de hábitos alimentares, seleção de alimentos, controlo de quantidade e horários das refeições, e também atividades físicas regulares. Diante disso, a adesão ao tratamento é de grande importância na diabetes *mellitus*, acarretando uma elevada exigência ao nível psicológico e comportamental (Organização Mundial da Saúde, 2013). É de realçar que a diabetes assume um papel significativo nas causas de morte, tendo a sua importância relativa crescido ligeiramente no último ano.

2.4.1. Epidemiologia da Diabetes:

Ferreira & Ferreira (2009) apontam que a prevalência de Diabetes Mellitus tem aumentado devido ao crescimento e envelhecimento populacional, uma maior urbanização, um aumento da prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevivência do paciente diabético. A maioria dos diagnósticos da DM prevalece em duas principais categorias: diabetes tipo 1, que engloba 5% a 10% dos casos e a diabetes tipo 2, forma mais comum, que abrange cerca de 90% a 95% dos casos (American Diabetes Association, 2010) citada por Sukkariéh (2011). Outros tipos de diabetes, que representam “1% a 5% dos casos, são causadas principalmente por doenças do pâncreas exócrino (fibrose cística), defeitos genéticos nas células beta em função da ação da insulina, e medicação induzida” (Sukkariéh, 2011, p.8). Prevalece uma estimativa do número de diabéticos de aproximadamente, 366 milhões para o ano de 2030, dos quais 90% apresentarão diabetes tipo 2 (Wild et al 2004 citados por Ferreira & Ferreira, 2009). Medidas de prevenção reduzem significativamente a mortalidade da DM, por isso constituem prioridades para a saúde pública no mundo. A OMS (2013) indica que a diabetes é “um problema de saúde pública, causando impacto social e econômico, tanto em termos de produtividade (relacionadas a faltas ao trabalho), quanto de altos custos (relacionados às principais causas de hospitalização).” p. 868. O Observatório Nacional da Diabetes (2014) aponta que (...) em 2013 a prevalência da Diabetes “...aumentou na população portuguesa com idades entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes”. Foi ainda apurado que a taxa de prevalência da Diabetes entre o ano de 2009 e 2013 corresponde a um crescimento de 11%. (Correia et al, 2014). A DM é uma doença orgânica e crónica que apesar de possuir um forte componente hereditária na sua etiologia, sabe-se que, existem vários comportamentos de risco associados à sua emergência ou agravamento.

2.4.2. Tipologia da Diabetes Mellitus:

De acordo com Santos (2013) p. 15, a Associação Americana de Diabetes refere que subsistem quatro classes clínicas de diabetes, são portanto, a Diabetes Mellitus tipo 1, a

Diabetes Mellitus tipo 2, a Diabetes Mellitus gestacional, e o tipo induzido por drogas ou químicos.

2.4.3. Diabetes mellitus tipo 1:

Na maioria dos casos de diabetes tipo 1, há uma grande prevalência genética onde os pacientes herdaram fatores de risco comuns por parte de ambos os pais. (ADA, 2015). De acordo com WHO (1985) citado por Almeida (2004) Este tipo de diabetes...”*designada anteriormente de diabetes mellitus Insulino-Dependente ou de Diabetes Juvenil, deve-se à completa ausência de secreção de insulina, resultando da destruição das células beta do pâncreas*” (Genut & col., 1998; Home, 1998; GEDM, 1999; ADA, 1997, 2000). Estes pacientes dependem da administração exógena de insulina. (Almeida 2004). A diabetes mellitus tipo 1 consiste numa doença autoimune, ou seja, existe uma deficiência absoluta de insulina como consequência da destruição das células beta que são as células pancreáticas responsáveis pela produção de insulina (geralmente emerge na infância e adolescência). A diabetes T1 pode afetar pessoas de qualquer idade mas incide mais em crianças ou jovens adultos. Os pacientes com diagnóstico da Diabetes T1 “*necessitam de injeções de insulina diariamente para controlar os seus níveis de glicose no sangue. Sem insulina, as pessoas com Diabetes tipo 1 não sobrevivem.*” (Correia et al 2014, p. 57).

Ainda de acordo com os autores Correia et al (2014) p. 57, estes referem que a Diabetes tipo 1 pode surgir repentinamente e acarreta os seguintes sintomas de descompensação: cansaço; falta de energia; fome constante; perda de peso súbita; sede anormal e secura de boca; micção frequente; infecções recorrentes; feridas de cura lenta; visão turva. Os “*fatores de risco ambientais, o aumento da altura e de peso, o aumento da idade materna no parto e, possivelmente, alguns aspetos da alimentação, bem como a exposição a certas infeções virais, podem desencadear fenómenos de autoimunidade ou acelerar uma destruição das células beta já em progressão*”. (Correia et al 2014, p. 57). A ADA (2015) refere que a Diabetes do T1 tem predisposição genética, portanto, os indivíduos com diabetes T1, tem tendência a ter filhos com a mesma doença.

2.4.4. Diabetes Mellitus tipo 2:

A Diabetes mellitus tipo 2 tem uma ligação genética mais forte relacionada com a história familiar do indivíduo e da linhagem de T1, embora este tipo também dependa de fatores ambientais e estilos de vida que potenciam o seu desenvolvimento. (ADA, 2015). A diabetes tipo 2, não insulino dependente, geralmente surge na idade adulta e está mais relacionada com os comportamentos do indivíduo ao longo do seu ciclo vital (e.g.

alimentação hipercalórica e sedentarismo). Na diabetes tipo 2 a anomalia da secreção da insulina é progressiva (perda progressiva da função das células beta) associada a um estado de resistência à insulina. De acordo com Correia et al (2014) no, 2014, p. 57 “*A Diabetes tipo 2 ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida.* Na grande maioria dos adultos com diabetes, a diabetes tipo 2 pode ocorrer após os 35 anos, contudo o seu diagnóstico ocorre usualmente após os 40 anos de idade, geralmente associado à obesidade. Os sintomas só aparecem quando a glicemia se encontra muito elevada e, habitualmente, de modo mais lento que na criança ou jovem. Os níveis de açúcar elevados vão provocando estragos mesmo sem o doente se aperceber da sua condição, razão pela qual, por vezes, já podem existir complicações (e.g. olhos) após se descobrir a diabetes. Os pacientes com diabetes podem ter uma diabetes, impropriamente chamada, “*ligeira*”, a qual só é descoberta ao realizar uma análise de sangue ou ao apresentar alguns dos sintomas pouco marcados, e que levam à suspeita do diagnóstico. Correia et al (2014). Convém referir que inclusive as crianças e adolescentes podem também desenvolver a Diabetes T2. Este tipo de diabetes pode ser assintomático, ou seja, passa despercebido por muitos anos, sendo o diagnóstico muitas vezes realizado devido à manifestação de complicações associadas. Correia et al (2014) indicam que existem alguns fatores possíveis para o desenvolvimento da Diabetes T2: ambiente intrauterino deficitário; etnia; envelhecimento; história familiar de diabetes; obesidade, alimentação inadequada e inatividade física e resistência à insulina. De acordo com a ADA (2015) a Diabetes tipo 2 está presente nos membros da família devido à predisposição genética já referida. Esta tendência é devida ao relacionamento familiar que potencia nas crianças a aquisição dos maus hábitos por parte dos pais (dieta pobre, sedentarismo).

2.4.5. A Diabetes Mellitus Gestacional:

Diabetes *mellitus* gestacional é definida como uma “*intolerância aos carboidratos de diferentes graus de severidade com início ou primeiro reconhecimento durante a gravidez*”, e está associada a um aumento do risco de complicações para a mãe e filho durante a gravidez e o parto. A investigação epidemiológica sugere que as mulheres que têm diabetes gestacional têm maior risco de posteriormente sofrerem de diabetes tipo 2 (Horvath et al., 2010). Um controlo dos níveis de glicose no sangue materno reduz claramente o risco para o bebé recém-nascido. Porém o aumento da glicose materna resulta em complicações para o recém-nascido, nomeadamente macrossomia (tamanho excessivo do bebé), traumatismo de parto,

hipoglicemia e icterícia. Este tipo de diabetes está associado a um elevado risco de obesidade e de perturbações do metabolismo da glicose durante a infância e a vida adulta dos filhos.

2.5. Diagnóstico e Complicações na Diabetes Mellitus:

As doenças crónicas quase sempre acarretam complicações fisiológicas e psíquicas ao paciente, como é neste caso em estudo, a Diabetes Mellitus. Como indica a autora Santos (2013), p. 17, a “*hemoglobina glicada (HbA1c) ou hemoglobina glicosilada, refere-se a um conjunto de substâncias formadas com base em reações entre a hemoglobina A (HbA) e alguns açúcares*”. Este exame *HbA1c (hemoglobina glicada)* foi definido como um padrão importante “*na monitorização do tratamento da diabetes (...). A HbA1c superior de 6,5% é um critério fundamental para o diagnóstico da diabetes, pois em pacientes já diagnosticados implicam riscos progressivamente maiores que acarretam complicações crónicas (Associação Americana de Diabetes, 2012 citada por Santos, 2013, p. 17). Os sintomas relacionados com o excesso de açúcar no sangue aparecem na diabetes T2, de forma gradual, e quase sempre lentamente. Podem surgir complicações no paciente ao nível dos olhos, rins, nervos periféricos e sistema vascular, que se não forem detetados cedo podem ser fatais ao ponto de causar cegueira, insuficiência renal e amputação dos membros inferiores (amputações major) ou membros superiores (amputações minor). A coexistência de neuropatia, isquemia e imunodeficiência favorece o desenvolvimento de infeções nos membros inferiores que, se não tratadas adequadamente podem levar a amputações e até à morte. (Assumpção, Pitta & Lisboa de Macedo, 2009). Segundo os autores Assumpção et al (2009) “as amputações definidas como “maiores” são aquelas em que ocorre amputação da parte proximal do pé, perna (abaixo do joelho), coxa (acima do joelho) e desarticulação do quadril, enquanto que as “menores” são restritas aos dedos dos pés ou à parte anterior do pé*”. Para que seja possível melhorar os cuidados com o paciente diabético é essencial o controlo e o tratamento das lesões.

O pé diabético pode surgir quando emergem problemas e/ou danos ao nível dos nervos, também chamada neuropatia. A diabetes pode implicar também o aumento do risco de doença coronária e acidente vascular cerebral (AVC). No caso das crianças, se persistir um deficiente controlo metabólico, pode causar um deficit no desenvolvimento, assim como ocorrência de hipoglicemias graves e hiperglicemias crónicas. As crianças são mais sensíveis à falta de insulina do que os adultos, o que cria um maior risco de desenvolvimento rápido da cetoacidose diabética (glicose no sangue a um nível muito alto). O paciente diabético pode ter crises de hipoglicemia ou hiperglicemia. A hipoglicemia geralmente ocorre em diabéticos que utilizam fármacos para o controlo da doença, sendo estes a insulina ou antidiabéticos orais.

Esta condição pode acontecer por três motivos, toma excessiva ou incorreta da medicação, jejum prolongado e exercício físico inadequado. A hiperglicemia pode acarretar sintomas como: dificuldade no raciocínio, tremores, palidez, palpitações, convulsões, perda da consciência e até ficar em coma. ADA (2015). No entanto, um estudo de Stratton et al (2000) relatou que em cada 1% de redução da *HbA1c* está associado 37% de diminuição do risco de complicações micro-vasculares e uma redução de 21% no risco de diabetes relacionada com morte. (Al Hayek, Robert et al, 2013, p. 80).

2.6. Controlo, tratamentos e cuidados na Diabetes Mellitus:

É necessário que exista um foco preventivo, educativo e adaptativo com a diabetes, já que estes pacientes sofrem com as inúmeras alterações comportamentais, no que concerne à dieta, aos tratamentos e ingestão de medicamentos e ainda com a mudança brusca do estilo de vida. (Benardini dos Santos, 2013). Um bom controlo metabólico na diabetes é essencial, ou seja, ter a diabetes controlada significa ter níveis de açúcar no sangue dentro da normalidade, atendendo a alguns fatores como a idade, estilo de vida, atividades e outras doenças associada. A DM está associada à hipertensão arterial e ao colesterol elevado, o que faz agravar as suas complicações, ou seja, controlo destes dois fatores de risco é parte integrante do controlo da Diabetes. (Correia et al. 2014, pp. 58-59, cap.6). O paciente deve ter um autocontrolo através de testes da glicemia regulares Este controlo da diabetes resulta assim, do balanço destes três fatores, a autovigilância, é crucial para o doente diabético, pois requer uma reeducação de hábitos saudáveis; uma adaptação nos hábitos alimentares e a prática de exercício físico.

Santos (2013) refere que na promoção da qualidade de vida em pacientes diabéticos, é importante e crucial travar o avanço da doença e incidir no aspeto da sua prevenção e adaptação, uma vez que, os pacientes diabéticos sofrem com as alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos. Em suma, o paciente diabético deverá manter hábitos e rotinas saudáveis, assim como, avaliações médicas periódicas. Os autores Malathy et al (2011) citados por Al Hayek, et al (2013) p. 79 indicam que os pacientes diabéticos desenvolvem complicações devido a uma compreensão negativa da doença e de um inadequado controlo glicémico. A existência de uma educação ou reeducação constante do paciente diabético é a forma mais eficaz de o mesmo gerir a doença e, assim reduzir as complicações que a diabetes acarreta.

2.7. Os Aspetos psicológicos na Diabetes Mellitus

Nas doenças crónicas há toda uma mudança brusca do estilo de vida, o que acarreta transformações e alterações comportamentais e psicológicas no individuo, neste caso em

estudo, relacionadas com a Diabetes Mellitus (DM). A componente psicológica é de extrema importância, pois como menciona António (2010, p. 3 e 4) *“Certas situações podem representar um menor ou maior risco, no entanto, a relevância não está tanto na situação em si mesma, mas nas reações cognitivas, afetivas e comportamentais do indivíduo enquanto interage com essas situações.* Péres et al., (2007) no estudo qualitativo que realizaram pretendiam verificar as dificuldades dos pacientes diabéticos em relação ao tratamento para o controle da doença, onde participaram na investigação 24 pessoas com a diabetes. Os resultados demonstraram que *“são inúmeras as dificuldades relacionadas ao seguimento do tratamento: rejeição e negação da condição de doente, sofrimento e revolta devido às restrições impostas pela alimentação, atividade física e medicamentos”*. Alguns pacientes diagnosticados com diabetes relatam ter sentimentos de desânimo e negação da doença, reações emocionais intensas, como a *“raiva do mundo”*, dificuldades de raciocínio, mal-estar psicológico, preocupação e ansiedades, privação de prazer e suscetibilidade à crítica do outro. Os autores Adili et al., (2006) que estudaram os aspetos psicológicos na DM apontam que o aspeto psicossocial é um fator importante, porque tem um impacto significativo na vida das pessoas com a diabetes. É gerada toda uma influência na sua capacidade do paciente gerir a doença, assim como as complicações físicas que a diabetes acarreta, constituindo diferentes tipos e graus de violência psicológica para o mesmo.

Power (2002) citado por Adili et al., (2006) argumentam que a variedade de respostas psicológicas dos pacientes em relação às emoções no momento do conhecimento do diagnóstico, incluem sentimentos de frustração, negação, choque, tristeza, medo, culpa, ansiedade, raiva ou mesmo alívio, referem ainda que, a educação para a diabetes tem-se debruçado na direção de uma abordagem mais comportamental, baseada nas teorias psicológicas de aconselhamento e mudança no comportamento da pessoa. Silva et al (2010) refere que alguns estudos apontam para a prevalência da ansiedade e depressão na diabetes foi encontrada não só nos adultos, mas pacientes com idades mais jovens (Kovacs et al 1997). Outros estudos longitudinais e transversais relatam que a maioria dos jovens tem uma boa adaptação à doença com poucas consequências psicológicas (Ryan, 1997; White et al, 1997). p. 81. Fisher et al (2002) citado por Silva (2010) p. 82, demonstraram que os níveis de depressão e ansiedade rondam os 21,4% nos doentes com diabetes. De acordo com os autores Chaudhry et al., (2010) citados por Santos (2013), p. 19 estes referem que, *“os portadores de doenças crônicas têm o dobro de probabilidade de desenvolver transtornos de ansiedade e depressão em comparação com pessoas saudáveis”*. Investigações realizados por Wang et al., (2008); de Groot et al., (2001); Katon et al., (2005) citados por Santos, (2013), indicam que

um nível de glicose elevado pode contribuir para o desenvolvimento da ansiedade e da depressão e que, devido a estes transtornos psicológicos, pode conduzir a um desenvolvimento negativo no curso da diabetes, originando incapacidade funcional e até mesmo a morte.

Os “*transtornos psicológicos como la depresión y la ansiedad afectan con mayor énfasis a la persona diabética y generalmente se asocian a conductas de adherencia poco efectivas*” Watari, Letamendi, Elderkin-Thompson, Harron, et al. (2006) citados por Huerta, Téllez, Salinas & Díaz (2013), p. 170. Tem sido apontado na literatura que estes distúrbios psicológicos (*e.g.* ansiedade e depressão) são os mais comuns na DM tipo 2 e têm tendência a exacerbarem, quando combinados com condições específicas da doença (*e.g.* vivência da doença já durante um longo período tempo; a presença de complicações e outras doenças associadas; idade avançada, baixo nível educacional e sócio-económico a ainda associados ao consumo de substâncias e um mau controlo glicémico). (Huerta et al, 2013). Estudos realizados por Amorim & Coelho (2008); Zimmernan & Walker, (2002); Peyrot, (2003) e Peyrot & Rubin (1999) citados por Costa, Campos & Costa (2014) p. 64, consideram que a relação com a Diabetes T2 e os fatores psicossociais, os estudos são unânimes, apontam evidências de que a associação de sintomas de ansiedade e depressão relacionados com a diabetes têm uma maior prevalência do que na população em geral.

No que concerne a estudos com comparações entre ambos sexos, em relação à existência de sintomatologia depressiva e ansiosa, Llyod et al (2000) citados por Silva (2010) p. 83 indicam num estudo realizado com diabéticos do tipo 1 e tipo 2 onde se verificou que os homens apresentam maior índice de depressão e que as mulheres demonstram um índice superior na ansiedade. Ramos & Ferreira (2011) não apresentam diferenças em relação à depressão, assim como estudos de Khuwaja & Kadir, (2010); Ramos & Ferreira, (2011) em relação a sintomas de ansiedade (Costa et al, 2014, p. 64). Os autores Gucciardi et al (2008) citados por Costa et al (2014) sugerem que as mulheres têm uma maior probabilidade de ter uma história familiar de diabetes e de ter um melhor suporte social. Costa, Campos & Costa (2014) p. 77, analisaram a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais em doentes com Diabetes T2, no qual estabeleceram padrões comparativos entre os géneros, foram avaliados 90 pacientes, com diagnóstico da diabetes T2 e a sua análise foi feita através da subescala HADS- Escala de ansiedade e depressão Hospitalar. Foi verificado no estudo a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, entre os quais “*se apurou que as mulheres apresentavam maiores scores de ansiedade e depressão*”. Os autores concluíram também que a presença de sintomatologia ansiosa tem elevada prevalência nos doentes com diabetes do T2

e que as mulheres têm uma maior vulnerabilidade em relação à ansiedade e à depressão. No entanto a relação entre a diabetes e a depressão parece enfraquecer quando há um apoio social forte. (Nouwen 2002, citado por Silva 2010). Uma melhoria no controlo glicêmico poderia diminuir os sintomas de depressão e ansiedade e potenciar uma melhoria na qualidade de vida. (Stoop et al 2011, citados por Kaur, Hari kumar, Navis, 2014, p. 930).

A adaptação psicológica à doença crônica abarca várias dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais relacionadas com a sua adaptação.

Existe uma mudança no indivíduo ao nível das crenças e expectativas acerca da saúde e da doença, no relacionamento com os outros, com a vida e com a morte. Viver com um estado de saúde delicado, é um processo complexo e dinâmico para alguém com uma doença crônica. (Sharpeand Curran, 2006; Stantonetal, 2007; Ridderetal, 2008, citados por Kaur 2014).

2.7.1. A Ansiedade (conceito e história do construto)

A ansiedade segundo os autores Hallstrom & McClure (2000) “*caracteriza-se por preocupações irrealistas/excessivas sobre circunstâncias da vida e por uma série de sintomas físicos que persistem durante algumas semanas e estão presentes na maior parte dos dias*” (Airosa & Silva, 2013, p. 64). Recentemente a investigação tem sugerido que a ansiedade está associada com escassos cuidados em matéria de saúde, como o exemplo das doenças crônicas, causando complicações e mortalidade precoce. Khan et al (2010) citados por Edwards & Mezuk (2012) p. 418. Os transtornos de ansiedade afetam milhões de pessoas, a maior prevalência da ansiedade está presente em pessoas que sofrem de doenças crônicas (Bouwman et al., 2010 citado por Santos (2013) p. 20. De acordo com o Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR (2006) os critérios de diagnóstico para a Ansiedade englobam um conjunto de sintomas, tais como: *apreensão expectante, dificuldade em controlar a preocupação, agitação ou tensão interior, nervosismo, fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular, evitamentos, medos excessivos, perturbações do sono e perturbações alimentares*. Condições psicológicas como a depressão, têm sido largamente investigadas como fatores preditores e resultado de condições médicas. A literatura tem dado menos atenção para a potencial relação entre a ansiedade e o risco de doenças crônicas, tais como diabetes T2. (Golden et al., 2004; Mezuk, et al., 2008, citados por Edwards & Mezuk, 2012, p. 418.).

2.7.2. A Diabetes Mellitus e a Ansiedade:

O paciente diabético apresenta sintomas de stresse devido à mudança abrupta do estilo de vida relacionada com o risco que esta doença crônica acarreta. Ao possuir níveis elevados

e contínuos de stresse o paciente diabético desenvolve respostas neuro-endócrinas favorecendo o desenvolvimento de algum transtorno de ansiedade. (Benardini dos Santos, 2013). “*A presença do transtorno de ansiedade não diagnosticado é uma preocupação cada vez maior, uma vez que existe alta prevalência da associação da diabetes com a ansiedade e os sintomas dessa condição afetam diretamente o tratamento*”. (Khuwaja et al., 2010 citados por Santos, 2013, p. 20). A ansiedade generalizada é o subtipo mais encontrado em pacientes com diabetes e que pode afetar até 14% dos diabéticos.

Grigsby et al., (2002) citados por Santos (2013) referem que existe uma alta prevalência da associação da diabetes com a ansiedade e esta pode chegar até aos 40%. A perturbação da ansiedade “*está diretamente correlacionado com a baixa adesão ao tratamento, ao controle glicêmico inadequado e também com aumento da atividade adrenérgica*”. (Anderson et al., 2002; Collins et al. 2009, citados por Santos, 2013, p. 19).

2.7.3. A Depressão (conceito e história do construto)

Para Widlocher (2001) citado por Airosa & Silva 2013, p. 65 “*a depressão é reconhecida como uma doença grave que afeta a maneira da pessoa sentir, pensar, agir, comer e dormir. As pessoas com depressão podem apresentar uma atividade neuronal reduzida em áreas cerebrais que controlam, entre outras, o humor, o apetite e o sono*”. A depressão é considerada um quadro clínico de elevada prevalência na população geral, está diversas vezes associada a uma deterioração grave dos funcionamentos físico e social, e implicando o recurso constante aos cuidados de saúde primários (McQuaid, Stein, Laffaye, & McCahill, 1999; Simon, Ormel, VonKorff, & Barlow, 1995 citados por Gameiro, Carona, Pereira & Vaz Serra, 2008, p. 104). De acordo com o Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - *DSM-IV-TR* (2006) os principais sintomas relacionados com a depressão são os seguintes: *humor depressivo constante* (tristeza, vazio, choro), *diminuição do interesse ou prazer em quase todas ou todas as atividades, perda de peso ou aumento de peso significativos, diminuição ou aumento do apetite, insónias, hipersónias, agitação ou lentificação motora, fadiga, perda de energia, falta de concentração, pensamentos negativos* (morte, medo de morrer ideação suicida), *sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva*. Geralmente a perturbação depressiva está associada a outras perturbações e problemáticas do foro psicológico e comportamental. (e.g. ansiedade; perturbação da personalidade, doenças crónicas, problemas sociais, entre outros).

2.7.4. A Diabetes Mellitus e a Depressão

De acordo com os autores Groot et al (2001); Bruce et al (2005); Gonzalez et al (2005); Markowitz, et al (2011) e Atlantis et al (2012), a depressão é um dos transtornos

psiquiátricos mais frequentes em pacientes com diabetes T2. A sua prevalência ao longo da vida corresponde entre 24% a 29% e um ponto prevalência de 10 % a 15%. Esta perturbação está significativamente associada com um pobre controlo glicémico, reduzida atividade física, complicações crônicas, mau funcionamento mental, o que potencia maiores custos de saúde. Um estudo epidemiológico recente demonstrou que os indivíduos com diabetes e depressão associada têm uma pior qualidade de vida relacionada com a saúde e com a não aderência à dieta e medicamentos necessários para o seu controlo. (Starkstein, Wendy, Davis, Dragovic & Bruce, 2014, p.1). De acordo com a literatura, Anderson et al (2001) sugerem que nos pacientes com DM tipo 2, os sintomas depressivos são normalmente prevalentes de duas a três vezes mais quando comparados com pessoas sem doenças somáticas. Golden et al. (2008); Pan et al. (2010) indicam que os sintomas depressivos surgem principalmente quando os tratamentos mais intrusivos começam, tais como uso de insulina, ou quando surgem complicações tardias com a diabetes. (Engum et al. 2005; Brown et al., 2006) citados por Gois, Akiskal, Akiskal & Figueira, 2012, p. 2). Egede e Ellis (2010) citados por Starkstein et al., (2014) p.1 observaram que a má gestão da diabetes funciona como uma barreira para o reconhecimento precoce dos sintomas depressivos, tais como fadiga, alterações no peso e apetite, distúrbios do sono, lentificação motora, anedonia. Estes sintomas resultam em alterações no estilo de vida em função da diabetes. Os sintomas depressivos também parecem estar associados às alterações familiares relacionadas com a doença, tais como: uma maior sobrecarga familiar específica para a diabetes, conflitos familiares (Hood et al., 2006), bem como menor capacidade de adaptação da família, a coesão, calor e carinho. (Grey, Whittemore, & Tamborlane, 2002, citados por Huestis, 2011, p. 18). Os autores Nutt et al. (2006) e Edwards & Mezuk (2012) indicam que em relação à população no geral, a co-morbidade existente entre a perturbação depressiva e a ansiedade é extremamente prevalente.

Atasoy, Anaforoğlu, Algün, & Kutanis (2013) p. 32 indicam que, de acordo com estudos de Grey et al (2002); McIntyre et al (2006); Sağlam et al (2010) e Korczak et al (2012), estes autores concordam que a presença de vulnerabilidades biológicas comuns podem ter impacto sobre a co-morbidade da DM tipo 1 com a depressão. Atasoy et al (2013) p. 31 no estudo que realizaram, foi possível verificar a prevalência de depressão, em pacientes com a DM T1 comparativamente com grupo de controlo. Como resultados obtiveram scores mais elevados de depressão e ansiedade nos pacientes com diabetes. De acordo ainda com vários estudos que analisaram a co-morbidade entre a depressão e ansiedade em pacientes com a DM, estes encontraram limitações devido a deficiências metodológicas importantes, tais como o diagnóstico de diabetes apenas ser feito com base no autorrelato. (Starkstein et al.,

2014, p. 2). O reconhecimento da ansiedade e da depressão é fundamental e se as intervenções psicológicas forem aplicadas em tempo oportuno e de modo eficaz, conseguirão reduzir os níveis de ansiedade e depressão e também, prevenir a morbidade psicológica associada a esta doença crónica. (Helgeson, 2013).

2.7.5. As Emoções e a Alexitimia

Gazzaniga e Heatherton (2003;2005) citados por Freire (2010) definem emoção como sendo sentimento: *“a emoção se refere a sentimentos que envolvem avaliação subjetiva, processos psicológicos e crenças cognitivas”* (p. 315). Damásio (1995, 1994/1996, 1999/2000) indica que *“as emoções são quantificáveis e observáveis na pessoa “emocionada”, por uma terceira pessoa: expressão facial, ritmo e movimento do corpo, sudorese etc. Sentimentos são resultados da percepção dessas reações pela própria pessoa: ela “sente” a emoção. São, portanto, experiências subjetivas, somente acessíveis à própria pessoa.”* (Freire, 2010, p. 16). As emoções para além dos seus sintomas fisiológicos, são muitas vezes intransmissíveis, a própria pessoa não consegue perceber o que sente ou transmiti-lo aos demais.

2.7.6. A Alexitimia (conceito e história do construto)

A Alexithymia tem origens gregas: a partícula *a* tem um sentido de negação, de “falta ou ausência”; *lex*, significa “palavra”; e *thymos* é “emoção ou sentimento”. A alexitimia pode ser traduzida como *“sem palavras para sentimento”*. A dificuldade de expressar emoções foi recentemente conceituada como alexitimia (Sifneos, 1973, citado por Freire, 2010). *“Alexitimia é um construto que envolve três principais componentes: (a) uma grande dificuldade para usar uma linguagem apropriada para expressar e descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais; (b) uma capacidade de fantasiar e imaginar extremamente pobre; e (c) um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e orientado externamente, também conhecido como pensamento operacional.”* (Freire, 2010, p. 18). Contudo a expressividade emocional é um construto diferente, pois está relacionado com a resposta interna da tendência e capacidade dos indivíduos expressarem os seus sentimentos subjetivos exteriormente. (Bruta & John,1995, 1997, citados por Perry & Hayaki, 2014, p. 60). A Alexitimia é assim vista como construto multidimensional da personalidade, que engloba um conjunto de características cognitivas e afetivas, relacionadas com a deficiência em identificar e descrever as emoções. Os estilos de pensamento estão orientados para o lado externo e a capacidade de imaginação é limitada, resultando na deficiência de auto regulação de respostas emocionais. (Chatzi, Bitsios, Solidaki, et all, 2009).

Os autores Vermeulen & Corneille (2006); Mantani et al (2005); e Lumley et al (2007) citados por Chatzi, Bitsios, Solidaki, et al, (2009) indicaram que a alexitimia também tem sido vista como um mecanismo de defesa, que protege cronicamente os doentes do stresse e das suas consequências, contudo este construto é predominantemente considerado um déficit em vez de um processo defensivo. O individuo alexitímico sente-se incapacitado em identificar seus estados emocionais, tem grande dificuldade em regular emoções, assim como em transmiti-las aos outros. Esta falta de partilha das emoções dificulta a interação com as outras pessoas, ou seja, os indivíduos que sentem uma grande incapacidade de falar sobre suas emoções e fantasias e sofrem imensamente de sintomas psicossomáticos e problemas relacionais. (Spitzer, Siebel-Jurges, Barnow, Grabe, & Freyberger, 2005 citados por Freire, 2010, p. 21). Alguns autores Herbert et al., (2011); Yoshiyuki Mantani et al., (2005); McDonald & Prkachin, (1990); Taylor et al., (1991) citados por Scarpazza, Pellegrino & La`davas (2014), p. 60 indicam que embora a alexitimia seja classicamente definida como uma dificuldade da própria pessoa em compreender e descrever os seus próprios sentimentos.

Contudo e segundo a perspectiva de outros autores Lee et al., (2011); McDonald & Prkachin (1990) citados por Scarpazza et al (2014) p. 602 estes sugerem que, com a presença de alexitimia, os individuos tem dificuldades em reconhecer as emoções dos outros, inclusive em tarefas nas quais os participantes são obrigados a reconhecer as emoções. Em mais de 60% dos pacientes existe uma sobrecarga psicopatológica e somática distribuída especialmente entre três vertentes: a perturbação depressiva pode intervir na causa de um processo orgânico, e estar associada a alguma doença; o bloqueio emocional está presente como uma forma de reagir a um processo somático, o que oferece ao individuo alguma proteção contra o sofrimento envolvido na doença; e o perfil da personalidade alexitimica ou algum outro transtorno de personalidade, assumem um papel consensual em mais de 25% de certos doentes somáticos crônicos. (Alonso-Fernández, 2011, p. 485).

Piper e Joyce (2005) citados por Nunes da Silva, Vasco & Watson (2013) expõem que a alexitimia não pode ser vista como uma perturbação psiquiátrica, mas sim como uma característica psicológica do pensamento, sentimentos e processos relacionados com a mesma. De uma forma geral as emoções estão relacionadas com qualquer tipo de perturbação e associadas a estados físicos e mentais, quando existe uma grande incapacidade de transmitir essas emoções podemos considerar que as pessoas são alexitimicas. De acordo com alguns estudos verificou-se que a alexitimia estava presente num largo espectro de perturbações, inclusive perturbações de ansiedade e depressão (Wise, Mann, & Hill, 1990; Zeitlan & McNally, 1993, citados por Nunes da Silva et al, 2013, p. 97). Os autores (Lane & Schwartz,

1987; Taylor et al., 1997) citados por Nunes da Silva, 2013, p. 199) apontam a hipótese de a alexitimia ter uma base desenvolvimentista, com estilos de vinculação e socialização desadequados e inseguros. De acordo com a literatura, a alexitimia é atualmente conceptualizada como um conjunto de défices prolongados na regulação das emoções ou fatores de vulnerabilidade, estes podem influenciar a evolução de uma série de doenças somáticas e/ou perturbações mentais.

2.7.7. A Diabetes mellitus e a Alexitimia

Alguns estudos debruçaram-se sobre a relação entre a alexitimia e a Diabetes Mellitus. De acordo com os autores Housiaux, Luminet, Broek & Dorchy (2010) p. 456, realizaram um estudo onde participaram 45 jovens do sexo masculino e feminino, com diagnóstico da diabetes T1, foi avaliado o controlo glicémico com o nível de alexitimia e outras variáveis sociodemográficas. Conclui-se que os participantes que demonstraram dificuldade em expressar as suas emoções, também apresentam um menor controlo glicémico, o que potencia o risco de crises de hiperglicemia. Num outro estudo realizado por Meunier et al (2008) citados por Housiaux et al. (2010) p. 456, onde participaram 45 jovens e crianças do sexo masculino e feminino, entre os 6 e os 18 anos, foi revelado que os jovens que tiverem crises de hiperglicemia e vários internamentos hospitalares, também revelaram altos índices de alexitimia. Essas mesmas crianças e jovens em estudo, que se desenvolveram num ambiente familiar onde os pais não transmitiam ou partilhavam as emoções, estes inclusive, não conseguiam perceber as emoções dos seus filhos. Kooiman et al (2000) e Phillips et al (2002) citados por Hintistan, Cilingir & Birinci, 2013, p. 1344 referem que os pacientes com diabetes sentem dificuldades em lidar com as emoções e com as relações interpessoais, pois a expressão de sentimentos profundos torna-se um entrave na regulação emocional.

Existem evidências neuro-psicológicas que demonstram que, para alguns diabéticos mais idosos, o processamento das emoções torna-se mais difícil e estes sentem-se menos capazes de descrever as emoções como raiva, arrependimento ou culpa. Para estes autores, a alexitimia parece estar também associada a doenças crônicas devido a idade avançada dos doentes. Investigações de Bamonti et al., (2010) e Mattila (2006) citados por Hintistan, et al. 2013 relatam que estas características alexitimicas relacionadas com a doença crônica verificam-se em cerca de 4,7% dos jovens e 29,3% nos idosos. Sapozhnikova et al. (2012) citados por Hintistan, et al. (2013) num estudo comparativo que realizaram acerca da diabetes, estudaram 265 pacientes com DM T2, com idades por volta dos 65 anos em comparação com um grupo de controlo. Em conclusão os autores apuraram que, quando comparado com o grupo controlo, os pacientes com DM T2 tiveram um maior nível de alexitimia (47,2% *versus*

21,5%). Chatzi, Bitsios, Solidaki et al (2009) p. 310 referem os estudos de Abramson et al (1991); Topsever et al (2006) em que estes analisaram a associação entre alexitimia e diabetes tipo 1, Anderson et al (2001); Barnard et al (2006) investigaram ainda a relação entre a prevalência de alexitimia entre pacientes diabéticos e um grupo de controlo, onde foram excluídos pacientes diabéticos, diagnosticados com depressão clínica, ou outros transtornos psiquiátricos, em ambos os estudos verificaram que a alexitimia pode ser prevalente em pacientes com diabetes. Investigações de Friedman et al (2003); Honkalampi (2001); Saarijarvi (2006) sugerem que a diabetes está associada à alexitimia. (Chatzi et al 2009, p. 310). Os mesmos autores apontam que a inclusão da alexitimia exhibe níveis mais elevados respetivamente relacionados com a DM T1, quando comparada com pacientes com ausência de depressão ou de qualquer outro distúrbio psiquiátrico. De acordo com a literatura (Levant, Hall, Williams, & Hasan, 2009; Parker, Bagby, Taylor, Endler, & Schmitz, 1993) citados por Perry & Hayaki (2014) há evidências que indicam que os homens normalmente apresentam níveis mais elevados de alexitimia do que as mulheres. Uma possível explicação para este fato é que, segundo Levant (1992) a alexitimia é vista como um padrão comum de que os homens estão limitados emocionalmente, provavelmente pela ideia pré concebida da sociedade acerca do homem e da sua masculinidade. Homens e mulheres diferem nos seus níveis de expressividade emocional, pois de um modo geral, os homens tendem a ser menos expressivos emocionalmente que as mulheres. (Zakowski et al., 2003, citados por Perry & Hayaki, 2014, p. 60). Os pacientes com diabetes experienciam muitas reações e alterações emocionais com a vivência da doença, pois o ter de viver com vários cuidados e uma constante adaptação à sua condição, pode causar perturbações emocionais e um desequilíbrio no estilo de vida.

2.8. O Apoio social e psicológico na Diabetes Mellitus

Para que possamos obter uma maior e mais profunda compreensão da experiência do sujeito diabético, tendo como objetivo especificar e melhorar a sua intervenção, essa deve ser feita no sentido de apoiar nas dificuldades em gerir a perda da sua saúde, quer nos obstáculos do seu quotidiano, autonomia e ainda, apoiar no diálogo entre a família e a equipa de saúde que visa a manutenção do tratamento. O apoio social proporcionado pela família, amigos ou outros, poderá ser uma mais-valia para o controlo de doenças crónicas como a Diabetes Mellitus (Pereira, Berg-Cross, Almeida & Machado, 2008). Neste sentido, e dado a sua cronicidade, é uma doença que envolve além do próprio paciente todos os outros que com ele convivam e dela tenham conhecimento. As relações familiares ou de amizade podem igualmente ser abaladas na sua dinâmica habitual até então. O doente pode sentir-se irritado,

impaciente e, de tal modo triste que, se refugia e ignora todas as tentativas de aproximação que visem apoiá-lo. Apesar da importância atribuída ao apoio social como fator psicossocial relevante na compreensão da vivência da diabetes, é importante frisar que, o apoio sentido está inclusive muito relacionado com a personalidade de cada doente e, mais concretamente, com as suas crenças em relação ao modo como percebe a doença e os outros de uma maneira geral. Isto é, pelo modo como cada pessoa atribui significados a toda a experiência, sem que nunca se deva ignorar a influência sociocultural inerente a todos estes processos. (Pereira et al, 2008).

Como refere António (2010, p. 23) “*No caso específico da diabetes mellitus, a abordagem psicológica torna-se necessária, uma vez que a integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, resultando em níveis maiores de qualidade de vida* (Silva et al., 2003; Silva, 2006)”. Neste caso o profissional de psicologia pode também facilitar o “*envolvimento harmonioso entre pacientes, família e profissionais de saúde na procura de atingir o equilíbrio biológico, psíquico e social do indivíduo...*” (António, 2010, p.2). Um estudo longitudinal realizado por Helgeson et al., (2013), onde se debruçaram sobre o impacto da diabetes nos relacionamentos entre pais e os filhos, estes com ou sem diabetes *mellitus* do tipo 1, os autores analisaram inclusive as relações de ter ou não diabetes com os comportamentos saudáveis, controlo dos índices de glicemia e ainda o apoio e bem-estar psicológico demonstrado. Foram avaliados 117 jovens com diabetes e 122 jovens sem diabetes do tipo 1. Os resultados indicaram que os pacientes nas suas relações com os familiares e amigos que tem um maior apoio na diabetes, estão associadas a resultados positivos na saúde, referem inclusive um aumento ao nível do bem-estar psicológico relacionado com um melhor autocuidado dos pacientes com a doença.

Helgeson et al., (2013), descrevem ainda que, é de grande relevância um apoio contínuo da família, assim como são essenciais os cuidados clínicos e psicológicos nesta fase de vida do paciente com diabetes. A autora Domínguez-Reyes (2014) no estudo que realizou com pacientes com diabetes tipo 2, onde participaram 25 pacientes com diagnóstico inferior a 6 meses. A mesma executou uma análise qualitativa e de conteúdo acerca das reações psicológicas com um diagnóstico recente. Foi evidente no estudo que os pacientes ao experienciar o estado de doença, as suas alterações psicológicas caracterizam-se principalmente pelo medo, a expectativa de mudança de vidas, elevado impacto sobre o relacionamento com a família. A revisão da literatura sugere ainda que o apoio social tem sido identificado como um fator importante na adaptação e bem-estar do indivíduo com diabetes. A autora Silva (2010) expõe que a investigação sobre o apoio social na diabetes centra-se

mais sobre os efeitos da adesão ao seu tratamento e ao controlo glicémico e que, quando existe um bom controlo glicémico, este está associado a uma elevada coesão familiar. Silva, Pais Ribeiro & Ramos (2003) citados Silva (2010) averiguaram que a perceção de apoio social tem um papel crucial no controlo glicémico e na qualidade de vida dos pacientes com diabetes, contudo, estes doentes quando sofrem maiores complicações crónicas da doença revelam uma menor satisfação com o apoio social fornecido. O apoio social percebido e o apoio social disponível influenciam o comportamento e os resultados derivados do tratamento na diabetes (Silva, 2010). Nos pacientes com diabetes com idades mais avançadas, verificou-se que o apoio social dado pelos amigos tem maior significado do que o apoio prestado à condição de doença e inclusive o apoio familiar. Cheng & Boey (2000) citados por Silva (2010) p. 45. A rede de apoio ou suporte social pode ser consolidada “*pelos laços sociais entre as pessoas, especialmente entre os membros da família da pessoa com uma doença crónica*”.

Este apoio torna-se mais importante para a pessoa com diabetes conseguir aceitar sua situação. (Dias, Wanderley, Mendes, 2002 citados por Rossi, Pace & Hayashida, 2009 p. 41). Gilmert et al, (2005) citados por Rossi et al (2009) p. 44 indicam que “*os profissionais da saúde têm um papel chave quanto ao incentivo para o autocuidado, facilitando a mudança no estilo de vida, dando sustentação psicológica e social e, nesse processo, a família deve ser envolvida no fortalecimento da sustentação física e emocional, auxiliando no cuidado*”. Cunha, Chibante & André (2014) descrevem que, segundo os autores (Saborit, 2003 cit por Boas, 2009) a perceção do apoio social em alguém que vive com doença crónica demonstrou efeitos positivos no controlo da doença, ou seja, quando o individuo que percecione um bom apoio social tem uma maior facilidade em se adaptar física e psicologicamente à doença crónica. Cunha et al (2014) realizaram um estudo acerca do suporte social e *empowerment*, onde avaliaram 150 pessoas com diabetes, acompanhadas em unidades de saúde, concluíram que, a maioria dos participantes pontuou com elevado *empowerment* e, em relação ao apoio social, este foi percecionado como bom. Em relação à Alexitimia, há poucos estudos realizados onde alexitimia tem sido associada a um menor suporte social e com uma evidente resposta negativa em relação ao stress. (Fukunishi et al 1995; Fukunishi et al 1997 citados por Posse, Haé Ilstroé, & Backenroth-Ohsako, 2002). Nunes da Silva et al (2013) referem que os pacientes não procuram ajuda psicológica, queixando-se especificamente de alexitimia, mas sim de sintomas relacionados com a depressão, ansiedade, entre outras.

As intervenções psicológicas nesta área teriam como objetivos “*aumentar a consciência da experiência e promover a representação mental das emoções*” e com isso,

permitir melhores resultados nos processos terapêuticos com pacientes alexitímicos. (Nunes da Silva, 2013, p. 200). A DM é uma doença crônica orgânica que acarreta diversas alterações psicológicas e na qual “*o comportamento ou estilo de vida assumem um papel fundamental*” (Silva, 2003 referido por Oliveira & Matos, 2012, p. 216) o que evidencia a pertinência da intervenção da área especialista nesta vertente, a Psicologia da Saúde. Kaur et al (2014) referem que a DM como doença crônica aumenta as hipóteses do indivíduo ter problemas psicológicos como a depressão e ansiedade. Uma intervenção psicológica com combinação de terapia medicamentosa pode ser útil na obtenção de melhores resultados no tratamento psicológico na diabetes. Como já foi referido, o apoio psicológico seria uma forma de atenuar apoiar nos vários sintomas e alterações psicológicas advindos da doença crônica da diabetes, contudo existe uma pouca procura do doente por apoio psicológico, ou, por outro lado, o acesso ao mesmo, está condicionado a outros aspetos interpessoais, psicossociais e económicos. Muitas estratégias não-farmacológicas (*e.g.* educação do paciente, intervenção psicológica, educação alimentar, de autocontrolo, entre outras) têm sido desenvolvidas, mas a sua eficácia, de acordo com a literatura, continua a ser ainda um enigma. (Farmer et al (2005); Pimouguet et al (2011) citados por Al Hayek, et al (2013) p. 80).

Capítulo III- Estudo Empírico

3. Fase Metodológica

3.1. Procedimentos e Recursos:

Numa fase inicial foram contactadas algumas instituições de apoio ao doente diabético na zona norte do país, por via correio eletrónico e, posteriormente, presencialmente por forma a apresentar o projeto de investigação. Após o contacto presencial com uma das Associações, a Associação Diabéticos do Minho, que aceitou contribuir no apoio e na cedência de participantes para o estudo. Posteriormente foi efetivado o pedido de autorização à entidade responsável escolhida para a realização da investigação entre os meses de Junho e Julho de 2015 e foi assim garantida a sua disponibilidade e a colaboração. Por forma a salvaguardar gastos e deslocações aos participantes, foi acordado com a Associação que os respetivos questionários: consentimento informado (**Anexo 3**) questionário sociodemográfico e clínico (**Anexo 4**) e os dois instrumentos de avaliação fossem colocados numa plataforma *Online* (*Google Docs*) por forma a simplificar o processo aos participantes, respeitando sempre a confidencialidade dos dados recolhidos. O acesso aos questionários ficou disponível através do site da Associação Diabéticos do Minho e através de e-mail entre os meses de Julho e Agosto de 2015.

3.2. Amostra e Participantes:

A amostra selecionada é constituída por 47 participantes e dividida entre dois grupos, diabéticos do tipo 1 e do tipo 2. Foram nomeados alguns critérios de inclusão da amostra: serem homens e mulheres, idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico da diabetes mellitus do tipo 1 e tipo 2 e consentirem participar na investigação. Em relação ao tipo de amostragem esta foi feita através do método intencional/não probabilístico de amostragem, como refere Smith (1975) citado por Pais Ribeiro (2010) p.42, as amostras intencionais e heterogéneas, podem ser, como neste caso, amostras representativas onde “*um conjunto de indivíduos que possuem a variável são intencionalmente escolhidos para garantirem a amplitude de representação da variável*”.

3.3. Objeto e Objetivos de estudo:

Foram definidos como objetivos de estudo a análise da ansiedade, depressão, alexitimia e suporte psicológico e social dos pacientes diabéticos do tipo 1 e tipo 2. Por conseguinte foi nomeado como objetivo geral: realização de uma descrição abrangente da amostra em estudo ao nível sociodemográfico e clínico, bem como identificar, avaliar e analisar as questões da ansiedade, depressão, alexitimia e suporte psicológico e social experienciado nos pacientes diabéticos. Por outro lado, como objetivos específicos pretende-se: -Identificar e avaliar as diferenças ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia entre os grupos dos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2; -Averiguar e avaliar os índices de depressão, ansiedade e alexitimia entre homens mulheres com diagnóstico da diabetes; e ainda, -perceber a relação entre a perceção de apoio/suporte familiar, social, médico e psicológico relacionado com a ansiedade, depressão e alexitimia nos participantes.

3.4. Desenho da Investigação:

Esta investigação segue uma modalidade quantitativa, trata-se de um estudo de nível II, pois vai adotar um desenho observacional e descritivo. Como refere Pais Ribeiro (2010), os estudos observacionais-descritivos, fornecem informação acerca da população que se pretende estudar e podem ser do tipo transversal, de comparação de grupos ou longitudinal e onde os dados são recolhidos num único momento. Para a análise descritiva dos dados foram realizadas (frequências, percentagens, médias e desvios-padrão). Nesta investigação foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p \leq 0,05$. Não ser utilizados ainda os testes de diferenças inter-sujeitos, de comparação de grupos (*Independent Sample T Test*) para amostras independentes e o (*coeficiente de correlação de Sperman*) para as associações, de acordo com as hipóteses de investigação e as variáveis em estudo. Como refere Martins, 2011, p. 135, “*O teste T para amostras independentes averigua se as médias da variável*

dependente nos dois grupos em comparação diferem significativamente uma da outra”. Os testes de associação, como indica Martins (2011) avaliam se duas ou mais variáveis tem alguma relação entre si e permite ainda, averiguar se a variação de uma variável está associado à variação da outra.

3.5. Materiais e Instrumentos de medida: As técnicas de recolha de dados que vão ser utilizadas são através de questionários anónimos, do tipo autorresposta, onde se incluem:

3.5.1. O Questionário Sociodemográfico e Clínico- composto por 21 questões, de resposta aberta e fechada, onde se incluem como variáveis sociodemográficas: o sexo, idade, escolaridade, profissão, residência, e como variáveis clínicas: altura; peso; estilo de vida, práticas de alimentação saudável e práticas de exercício físico; estado de saúde; tipo de diabetes; tempo de diagnóstico; tratamentos diabetes; serviço de saúde; tipo de consulta; filhos com diabetes; e a perceção do apoio/suporte familiar, social, médico e psicológico, numa escala tipo Likert de *0-Nenhum; 1-Mau; 2- Razoável; 3- Bom; 4-Muito Bom*.

3.5.2. O Instrumento Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale - Hads*), Instrumento de avaliação da ansiedade e depressão, auferida para a população portuguesa por J. Pais- Ribeiro. A Hads está organizada através da separação dos itens de ansiedade e dos itens de depressão (Zigmond & Snaith, 1983). A HADS é composta por 14 itens, onde engloba duas subescalas (ansiedade e depressão), cada uma com 7 itens, para cada item há 4 respostas possíveis e um intervalo de resultados possíveis entre 0 e 21 pontos. Cada item é cotado numa escala ordinal de 0 a 3, onde 0 (ausência de ansiedade ou depressão) a 3 (ansiedade ou depressão elevada). (Pais- Ribeiro et al, 2006; Almeida, Simões, Machado & Gonçalves, 2008). No que diz respeito aos pontos de corte de cada subescala, considera-se que 0-7 = normal; 8-10= leve; 11-14=moderada; 15-21= grave-; e => 21 muito grave. O estudo de adaptação portuguesa da escala considerou como ponto de corte para a presença de ansiedade ou depressão um resultado de 11 pontos ou superior (Pais-Ribeiro *et al.*, 2006). Em termos de propriedades psicométricas, a versão portuguesa da HADS revelou-se um instrumento válido e consistente para avaliar a ansiedade e a depressão em contextos médicos, com resultados semelhantes aos dos estudos realizados.

3.5.3. O Instrumento Escala de Alexitimia de Toronto 20 itens (*The 20 item Toronto Alexithymia Scale*) auferida para a população Portuguesa por Nina Prazeres. Esta escala foi originalmente desenvolvida por Bagby, Parker e Taylor (1994, *in* Prazeres, Parker & Taylor, 2000). É composta por 20 itens, numa escala de tipo Likert de cinco pontos (1:“discordo totalmente” a 5:“concordo totalmente”). A cotação é realizada atribuindo a cada item um valor de 1 a 5, e a nota total de alexitimia, expressa numa escala de 20 a 100.

(Almeida et al, 2008). Para TAS-20 total, foram definidos os seguintes pontos de corte: igual ou inferior a 51, não alexitímico ou ausência de alexitimia; os resultados entre 52 e 60 correspondem a uma zona fronteira ou alexitimia ligeira; igual ou superior a 61, alexitímico ou alexitimia elevada. (Taylor *et al.*, 1997, *in* Torres, 2005). Tem uma estrutura com três fatores, coerentes com o construto de alexitimia: -*Factor 1*- dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais decorrentes da ativação emocional; - *Factor 2*- dificuldade em comunicar ou expressar os sentimentos aos outros; e -*Factor 3*- estilo de pensamento orientado para o exterior (Almeida et al, 2008). A versão portuguesa da TAS-20 apresenta uma adequada consistência interna e uma excelente fiabilidade. (Prazeres, Parker & Taylor, 2000; Veríssimo, 2001).

3.6. Identificação Formal dos Problemas e das Hipóteses de Investigação:

A identificação dos problemas de investigação é uma fase primordial ao longo da investigação, por outro lado, as hipóteses correspondem a uma possível associação ou comparação entre as temáticas abordadas na investigação antecipando os resultados da mesma (Fortin, 2003).

Problema 1: *Será que existem diferenças ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia entre o grupo de diabetes tipo 1 e o grupo de diabetes tipo 2?*

Hipóteses:

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas referentes à ansiedade, depressão e alexitimia entre o grupo com diabetes tipo 1 e tipo 2.

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas referentes à ansiedade, depressão entre o grupo com diabetes tipo 1 e tipo 2.

H2: Existem diferenças estatisticamente significativas referentes à alexitimia entre o grupo com diabetes tipo 1 e tipo 2.

Problema 2: *Será que existem diferenças entre mulheres e homens com diagnóstico da diabetes ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia?*

Hipóteses:

H0: Não há diferenças estatisticamente significativas referentes à ansiedade, depressão e alexitimia entre homens e mulheres com diabetes.

H1: Há diferenças estatisticamente significativas referentes à ansiedade, depressão e alexitimia entre homens e mulheres com diabetes.

H2: Há diferenças estatisticamente significativas referentes à alexitimia entre homens e mulheres com diabetes.

Problema 3. *Será que existe relação entre a percepção de apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia nos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2?*

Hipóteses:

H0: Não existe relação estatisticamente significativa ao nível da ansiedade e depressão relacionada com a percepção de apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico nos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2

H1: Existe relação estatisticamente significativa ao nível da ansiedade e depressão quando relacionada com a percepção de apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico nos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2

H2: Existe relação estatisticamente significativa ao nível da alexitimia quando relacionada com a percepção de apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico nos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2.

Capítulo IV- Análise e Interpretação dos Resultados

4. Análise Descritiva dos dados e Apresentação dos Resultados:

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0.

Tabela 1- *Descrição sociodemográfica da amostra- Sexo*

	F	%
masculino	24	51,1%
feminino	23	48,9%
Total	47	100,0%

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	masculino	12	48,0%
	feminino	13	52,0%
	Total	25	100,0%
Tipo 2	masculino	12	54,5%
	feminino	10	45,5%
	Total	22	100,0%

O Total dos participantes da amostra é de 47 indivíduos (N=47) distribuídos por 2 grupos, Diabetes Tipo 1 (N=25) e Diabetes Tipo 2 (N=22), sendo que, a sua maioria é do sexo masculino constituindo 51,1% da amostra. No entanto em relação ao Tipo de Diabetes, a sua maioria é do sexo feminino no tipo 1, 52,0% e do sexo masculino no tipo 2, com 54,5 %.

Tabela 2- *Descrição sociodemográfica da amostra- Idade*

Tipo de Diabetes:		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tipo 1	Idade:	25	18	61	25,04	8,691
Tipo 2	Idade:	22	29	70	47,73	10,973

Relativamente à Idade, verifica-se que esta varia entre os 18 e os 61 anos na diabetes tipo 1, tendo uma média 25,04 anos e (dp= 8,691) e entre os 29 e os 70 anos na diabetes do tipo 2, sendo que a média 47,73 anos (dp= 10,973).

Tabela 3- *Descrição sociodemográfica da amostra- Grau de Escolaridade*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	9º ano	3	12,0%
	12º ano	12	48,0%
	ensino superior	10	40,0%
Tipo 2	Inferior	4	18,2%
	9º ano	2	9,1%
	12º ano	6	27,3%
	ensino superior	10	45,5%

Em relação ao Grau de Escolaridade verifica-se que a sua maioria se encontra ao nível do 12º ano correspondendo a 48,0% da amostra, com a diabetes do tipo 1 e com a diabetes do tipo 2, encontram-se ao nível do Ensino Superior e que correspondem a 45,5% da amostra.

Tabela 4- *Descrição sociodemográfica da amostra- Profissão*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Estudante	9	36,0%
	Área administrativa	4	16,0%
	Educação	1	4,0%
	Área Saúde	4	16,0%
	Desempregado	3	12,0%
	outras áreas	4	16,0%
	Tipo 2	Estudante	1
2	Área administrativa	7	31,8%
	Educação	3	13,6%
	Área Saúde	3	13,6%
	Advocacia	2	9,1%
	Desempregado	2	9,1%
	Reformado	2	9,1%
	outras áreas	2	9,1%

No que diz respeito à Profissão, em relação à diabetes do tipo 1, a sua maioria encontra-se como Estudante, correspondendo a 36,0% da amostra, no entanto, 31,8% da amostra encontra-se na Área Administrativa em relação à diabetes do tipo 2.

Tabela 5- *Descrição sociodemográfica da amostra- Estado Civil*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Solteiro/a	20	80,0%
	Casado/a	3	12,0%
	Viúvo/a	1	4,0%
	União de facto	1	4,0%
Tipo 2	Solteiro/a	2	9,1%
	Casado/a	15	68,2%
	Divorciado/a	1	4,5%
	Viúvo/a	1	4,5%
	União de facto	3	13,6%

Relativamente ao Estado Civil verifica-se que na sua maioria, 80,0% da amostra são Solteiros/as, em relação à diabetes do tipo 1, no entanto 68,2% da amostra são casados/as em relação à diabetes do tipo 2.

Tabela 6- *Descrição sociodemográfica da amostra- Concelho de Residência*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Arouca	1	4,0%
	Barcelos	13	52,0%
	Braga	3	12,0
	Guimarães	1	4,0%
	Lisboa	1	4,0%
	midi perineus	1	4,0%
	Valongo	1	4,0%
	Vila Nova de Cerveira	1	4,0%
	Vila Verde	2	8,0%
	Vizela	1	4,0%
	Total	25	100,0%
	Alenquer	1	4,5%
Tipo 2	Arcos de Valdevez	1	4,5%
	Barcelos	8	36,4%
	Braga	4	18,2%
	Caminha	2	9,1%
	Esposende	2	9,1%
	Famalicão	1	4,5%
	Valongo	1	4,5%
	Vila nova de gaia	1	4,5%
	Vila Verde	1	4,5%
	Total	22	100,0%

Em relação à variável Concelho de Residência, a sua maioria reside em Barcelos, tipo 1 com 52,0% da amostra e tipo 2 com 36,4% da amostra.

Tabela 7- Descrição clínica da amostra-Altura, Peso e IMC

Tipo de Diabetes:		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tipo 1	Altura	25	1,57	1,95	1,6888	,07870
	Peso	25	50	88	64,68	9,932
	IMC	25	14,7	30,4	22,730	3,3691
Tipo 2	Altura	22	1,52	1,87	1,6955	,09179
	Peso	22	52	105	70,41	13,074
	IMC	22	17,7	36,3	24,494	4,1839

Relativamente ao Peso, Altura e IMC (índice de massa corporal), a tabela indica que em relação à diabetes do tipo 1, a altura mínima é de 1,57m e máxima de 1,95m, com uma média de 1,68 (dp= 0,78); no Peso, verifica-se que o mínimo é de 50kg e máximo de 88kg, cuja média é de 64,68kg (dp= 9,93); o IMC na diabetes do tipo 1 encontra-se no valor mínimo de 14,7 e máximo de 30,4, com uma média de 22,73 (dp= 3,36). No que concerne aos valores do grupo Tipo 2, verifica-se uma altura mínima de 1,52m e máxima de 1,87m, cuja média é de 1,69 (dp= 0,091); em relação ao Peso verifica-se que o mínimo é de 52kg e máximo de 105kg, com uma média de 70,41 e (dp= 13,07); o IMC encontra-se no valor mínimo de 17,7 e máximo 36,3, com uma média de 24,49 (dp= 4,18).

Tabela 8- Descrição clínica da amostra- Como avalia o seu estado de saúde

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Mau	1	4,0%
	Regular	16	64,0%
	Bom	8	32,0%
Tipo 2	Mau	2	9,1%
	Regular	15	68,2%
	Bom	5	22,7%

No que concerne à avaliação do estado de saúde feita pelos participantes, os mesmos consideraram-no, na sua maioria, como Regular, quer no grupo tipo 1 com 64,0% e no grupo tipo 2 com 68,2% da amostra.

Tabela 9- Descrição clinica da amostra- Tipo de Diabetes

	F	%
Tipo 1	25	53,2%
Tipo 2	22	46,8%
Total	47	100,0%

Em relação ao Tipo de Diabetes, é evidente que a sua maioria é do Tipo 1 (N=25) com 53,2% da amostra.

Tabela 10- Descrição clinica da amostra- Tempo diagnóstico

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Menos de 1 ano	4	16,0%
	Entre 1 a 5 anos	2	8,0%
	Mais de 5 anos	19	76,0%
Tipo 2	Recentemente	5	22,7%
	Menos de 1 ano	4	18,2%
	Entre 1 a 5 anos	7	31,8%
	Mais de 5 anos	6	27,3%

Quanto ao Tempo de Diagnóstico, é possível analisar que, em relação ao Tipo 1, se encontra na sua maioria, em Mais de 5 anos, constituindo 76,0% da amostra, contudo em relação ao Tipo 2, este encontra-se na sua maioria em Entre 1 a 5 anos, correspondendo a 31,8% da amostra.

Tabela 11- Descrição clinica da amostra- Autocontrolo glicémico regularmente

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Sim	23	92,0%
	Não	2	8,0%
Tipo 2	Sim	15	68,2%
	Não	7	31,8%

Relativamente ao autocontrolo glicémico regular, verifica-se que na sua maioria os participantes responderam que *Sim*, correspondendo na sua maioria a 92,0% no Tipo 1 e a 68,2% no Tipo 2 da amostra.

Tabela 12- *Descrição clínica da amostra- Fazer tratamentos*

Tipo de Diabetes:	F	%
Tipo 1	Sim 25	100,0%
Tipo 2	Sim 22	100,0%

Quanto à variável Tratamentos, verifica-se todos os participantes da amostra responderam que *Sim* quer no grupo com diabetes tipo 1 e tipo 2.

Tabela 13- *Descrição clínica da amostra- Tratamento.*

Tipo de Diabetes:	F	%
Tipo 1	Insulina 25	100,0%
Tipo 2	Insulina 1	4,5%
	Oral 21	95,5%

Em relação ao Tipo de Tratamento é possível analisar que todos os participantes com diabetes do tipo 1 responderam que o tratamento era Insulina, com 100%, contudo, em relação ao tipo 2, 95,5% da amostra refere fazer tratamentos ao nível Oral.

Tabela 14- *Descrição clínica da amostra- Alimentação saudável*

Tipo de Diabetes:	F	%
Tipo 1	Todos os dias 16	64,0%
	Algumas vezes 8	32,0%
	Quase nunca 1	4,0%
Tipo 2	Todos os dias 4	18,2%
	Algumas vezes 18	81,8%

Quanto à variável Alimentação Saudável, verifica-se que a sua maioria realiza Todos os Dias com 64,0% da amostra, em relação à diabetes tipo 1, no entanto em relação à diabetes tipo 2, 81,8% da amostra refere realizar Algumas vezes uma alimentação saudável.

Tabela 15- *Descrição clínica da amostra- Prática de exercício físico.*

Tipo de Diabetes:	F	%
Tipo 1	Regularmente 6	24,0%
	Algumas vezes 18	72,0%
	Não pratico 1	4,0%

Tipo 2	Regularmente	5	22,7%
	Algumas vezes	11	50,0%
	Não pratico	6	27,3%

Relativamente à prática de exercício físico, verifica-se que a maioria dos participantes a realiza Algumas vezes, com 72,0% da amostra, em relação à diabetes tipo 1, e com 50,0% em relação à diabetes tipo 2.

Tabela 16- *Descrição clínica da amostra- Serviço de saúde*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Sim	24	96,0%
	Não	1	4,0%
Tipo 2	Sim	22	100,0%

No que concerne à necessidade de ter utilizado algum Serviço de Saúde no ultimo ano, verifica-se que 96,0% da amostra respondeu que *Sim*, em relação ao Tipo 1 e Tipo 2 na sua totalidade.

Tabela 17- *Descrição clínica da amostra- Motivo (consulta)*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Consulta de Rotina	17	68,0%
	Consulta de Emergência	5	20,0%
	Consulta de Psicologia	2	8,0%
	NR	1	4,0%
Tipo 2	Consulta de Rotina	11	50,0%
	Consulta de Emergência	4	18,2%
	Consulta de Nutrição	3	13,6%
	Consulta de Psicologia	4	18,2%

Ao analisar o Motivo de Consulta, é possível constatar que, com a diabetes Tipo 1 necessitaram recorrer a Consulta de Rotina 68,0% participantes e do Tipo 2, 50,0% na sua maioria, seguidamente das consultas de Emergência e assim sucessivamente.

Tabela 18- *Descrição clínica da amostra- Filhos*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Sim	3	12,0%
	Não	22	88,0%
Tipo 2	Sim	17	77,3%
	Não	5	22,7%

Relativamente aos filhos, verifica-se que a grande maioria Não tem filhos relativamente ao Tipo 1 com 88,0% da amostra, contudo em relação ao Tipo 2, é visível que a maioria tem filhos, com 77,3% da amostra.

Tabela 19- *Descrição clínica da amostra- Filhos com Diabetes*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Sim	1	4,0%
	Não	24	96,0%
Tipo 2	Sim	2	9,1%
	Não	20	90,9%

Tabela 20- *Descrição clínica da amostra- Filhos Tipo de Diabetes*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Tipo 2	1	4,0%
		24	96,0%
Tipo 2	Tipo 1	2	9,1%
		20	90,9%

Relativamente à Tabela 18 e 19 é visível que a maioria dos participantes Não tem filhos com Diabetes, com 96,0% da amostra no grupo tipo 1, contudo existe um participante do tipo 1, cujo filho tem diabetes do tipo 2. No entanto em relação ao Tipo 2 que, inclusive, Não Têm filhos com diabetes, com 90,9% da amostra, contudo verifica-se a presença de filhos com diabetes tipo 1.

Tabela 21- *Descrição clínica da amostra- Percepção de apoio/suporte-Apoio Familiar*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Nenhum	2	8,0%
	Razoável	2	8,0%
	Bom	5	20,0%
	Muito Bom	16	64,0%
Tipo 2	Mau	1	4,5%
	Razoável	6	27,3%
	Bom	6	27,3%
	Muito Bom	9	40,9%

No que concerne à Percepção de Apoio Familiar, é possível analisar que, a sua maioria, com os grupos com diabetes tipo 1 e tipo 2, o consideram o apoio como Muito Bom, com 64,0% e 40,9% da amostra respetivamente.

Tabela 22- *Descrição clínica da amostra- Percepção de apoio/suporte- Apoio Social*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Nenhum	7	28,0%
	Mau	2	8,0%
	Razoável	8	32,0%
	Bom	6	24,0%
	Muito Bom	2	8,0%
Tipo 2	Mau	7	31,8%
	Razoável	6	27,3%
	Bom	7	31,8%
	Muito Bom	2	9,1%

No que concerne à Percepção de Apoio Social, é possível analisar que, a sua maioria, com diabetes tipo 1, os participantes consideram-no o Razoável, com 32,0% da amostra, no entanto com diabetes tipo 2, os participantes consideram na sua maioria, entre Apoio Bom e Apoio Mau, com 31,8% da amostra.

Tabela 23- *Descrição clínica da amostra- Percepção de apoio/suporte- Apoio Médico*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Nenhum	1	4,0%
	Mau	3	12,0%
	Razoável	4	16,0%
	Bom	6	24,0%
	Muito Bom	11	44,0%
Tipo 2	Mau	1	4,5%
	Razoável	11	50,0%
	Bom	4	18,2%

No que respeita à Percepção de Apoio Médico, é possível analisar que, a maioria, com diabetes tipo 1, é considerado o Apoio Muito Bom, com 44,0% da amostra, no entanto com a diabetes tipo 2, os participantes consideram na sua maioria, o Apoio Razoável, com 50,0% da amostra.

Tabela 24- *Descrição clínica da amostra- Percepção de apoio/suporte- Apoio Psicológico/Psicoterapêutico*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Nenhum	8	32,0%
	Mau	2	8,0%
	Razoável	5	20,0%
	Bom	4	16,0%
	Muito Bom	6	24,0%
Tipo 2	Nenhum	9	40,9%
	Mau	2	9,1%
	Razoável	7	31,8%
	Bom	4	18,2%

No que respeita à Percepção de Apoio Psicológico/psicoterapêutico, é possível verificar que, a maioria dos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2, não tem Apoio Psicológico (Nenhum) com 32,0% e com 40,9% da amostra respetivamente.

Tabela 25- *Descrição níveis HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*

Tipo de Diabetes:		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tipo 1	HADS_ ansiedade	25	1	16	7,52	4,043
	HADS_ depressão	25	0	14	5,60	4,163
Tipo 2	HADS_ ansiedade	22	4	20	10,18	4,360
	HADS_ depressão	22	0	20	10,00	5,210

Em relação às análises realizadas ao Instrumento HADS e evidenciando o total das Escalas Ansiedade e Depressão, é possível analisar que, para o grupo da diabetes tipo1 (N25) o valor mínimo de índice é de 1 e o máximo 16 na Hads Ansiedade, com uma média de 7,52 (dp= 4,04); e para a Hads Depressão, o valor mínimo dos índices é 0 e o máximo 14, com uma média de 5,60 (dp= 4,16); Relativamente ao grupo do tipo 2, (N22), na Hads Ansiedade, o valor mínimo de índice é de 4 e o máximo de 20, com uma média de 10,18 (dp= 4,36); em relação à Hads Depressão, o valor mínimo é de 0 e o máximo de 20, com média de 10,00 (dp= 5,21).

Tabela 26- *Resultados da sintomatologia ansiógena*

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Ausência	13	52,0
	leve	6	24,0
	moderado	5	20,0
	severo	1	4,0
Tipo 2	ausência	7	31,8
	leve	6	27,3
	moderado	5	22,7
	severo	4	18,2

Após a verificação das respostas atribuídas ao Instrumento HADS e a sua respetiva categorização dos níveis de Ansiedade, foi possível verificar que existe evidência de Ansiedade Severa na diabetes tipo 1, com 4% da amostra e na diabetes tipo 2 com 18,2% da amostra. Embora os índices maioritários prevaleçam numa Ausência de sintomatologia. Contudo verificam-se alguns valores de presença leve a moderada entre os grupos, no total com 44% e 50% da amostra respetivamente.

Tabela 27- Resultados da sintomatologia depressiva

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	ausência	17	68,0%
	leve	3	12,0%
	moderado	5	20,0%
	Total	25	100,0%
Tipo 2	ausência	8	36,4%
	leve	4	18,2%
	moderado	5	22,7%
	severo	5	22,7%
	Total	22	100,0%

Após a verificação das respostas atribuídas ao Instrumento HADS e a sua respectiva categorização dos níveis de Depressão, foi possível verificar que existe evidência de Depressão Severa na diabetes tipo 2, com 22,7% da amostra e na diabetes tipo 1, presença de sintomatologia leve a moderada, com 22% no tipo 1 e tipo 2 com 40,9% da amostra. Contudo, os índices maioritários evidenciam uma Ausência de sintomatologia em ambos os grupos, com 68,0% e 36,4% respectivamente.

Tabela 28- Descrição Tas 20- Escala de Alexitimia de Toronto

Tipo de Diabetes:		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tipo 1	TAS_Total	25	42,0	78,0	56,600	9,4736
	TAS_Fator 1	25	7,0	34,0	16,440	6,9467
	TAS_Fator 2	25	9,0	20,0	13,600	2,8577
	TAS_Fator 3	25	21,0	36,0	26,560	3,3050
Tipo 2	TAS_Total	22	45,0	92,0	68,182	10,0647
	TAS_Fator 1	22	12,0	34,0	22,864	6,5268
	TAS_Fator 2	22	10,0	22,0	17,227	3,3371
	TAS_Fator 3	22	23,0	36,0	28,091	3,3652

Em relação às análises realizadas ao Instrumento TAS 20 e evidenciando o total da Escala (TAS total) é possível analisar que, para o grupo da diabetes tipo 1 (N25) o valor

mínimo de índice é de 42,0 e o máximo 78,0, com uma média de 56,60 (dp= 9,47); para a TAS fator 1, o valor mínimo dos índices é 7,0 e o máximo 34,0, com uma média de 16,44 (dp= 6,94); Na Tas fator 2 o valor mínimo dos índices é 9,0 e o máximo 20,0, com uma média de 13,60 (dp= 2,85); na TAS fator 3, o valor mínimo dos índices é 21,0 e o máximo 36,0, com uma média de 26,56 (dp= 3,30);

Verifica-se para o grupo do tipo 2 (N22) que o Total da Escala tem um valor mínimo de índice é de 45,0 e o máximo 92,0, com uma média de 68,18 (dp= 10,06); para a TAS fator 1, o valor mínimo dos índices é 12,0 e o máximo 34,0, com uma média de 22,86 (dp= 6,52); na TAS fator 2 o valor mínimo dos índices é 10,0 e o máximo 22,0, com uma média de 17,22 (dp= 3,33); no TAS fator 3, o valor mínimo dos índices é 23,0 e o máximo 36,0, com uma média de 28,09 (dp= 3,36);

Tabela 29- Descrição dos níveis de Alexitimia

Tipo de Diabetes:		F	%
Tipo 1	Ausência Alexitimia	7	28,0%
	Alexitimia Ligeira	13	52,0%
	Alexitimia Elevada	5	20,0%
	Total	25	100,0%
Tipo 2	Ausência Alexitimia	1	4,5%
	Alexitimia Ligeira	3	13,6%
	Alexitimia Elevada	18	81,8%

Após a verificação das respostas atribuídas ao Instrumento TAS 20 e a sua respetiva categorização dos níveis de Alexitimia, foi possível verificar que existe evidência de Alexitimia elevada na diabetes tipo 2, com 81,8% da amostra e na diabetes tipo 1, presença de Alexitimia ligeira, com 52,0% da amostra.

Análise dos Testes de Hipóteses:

Através do teste de *Shapiro-Wilk* foi possível verificar todas as variáveis em estudo provém de uma Distribuição Normal, portanto serão utilizados os Testes Paramétricos. Assim foi utilizado o T. Teste para amostras independentes para as diferenças entre grupos e o Coeficiente de correlação de *Spearman* para as correlações (Martins, 2011). Relativamente às análises respetivas das Hipóteses de Investigação seguem-se as seguintes tabelas conclusões.

Problema de Investigação 1: Será que existem diferenças ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia entre o grupo de diabetes tipo 1 e o grupo de diabetes tipo 2?

Tabela 30: Diferenças ao nível da Ansiedade e Depressão entre o grupo de diabetes tipo 1 e tipo 2

	Tipo Diabetes	N	Média	Desvio	
				Padrão	
HADS_ ansiedade	Tipo 1	25	7,52	4,043	
	Tipo 2	22	10,18	4,360	
HADS_ depressão	Tipo 1	25	5,60	4,163	
	Tipo 2	22	10,00	5,210	

	Teste de Levene		t-test		Sig.(2 tailed)	Mean Difference
	F	Sig.	t	df		
HADS ansiedade	,218	,643	-2,171	45	,035	-2,662
			-2,160	43,172		,036
HADS depressão	,637	,429	-3,216	45	,002	-4,400
			-3,170	40,142		,003

Conclusão: verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas $t(45) = -2,171$, $p = ,035$, entre os grupos com diabetes tipo 1 e tipo 2 ao nível da Ansiedade, sendo que o grupo com diabetes tipo 2 é superior $M = 10,18$, $DP = 4,36$ ao grupo com diabetes tipo 1, $M = 7,52$, $DP = 4,04$. Verifica-se inclusive que existem diferenças estatisticamente significativas $t(45) = -3,216$, $p = ,002$, entre o grupo com diabetes do tipo 1 e tipo 2 ao nível da Depressão, sendo que o grupo com diabetes tipo 2 é superior $M = 10,00$, $DP = 5,21$ ao grupo com diabetes tipo 1, $M = 5,6$, $DP = 4,16$. Estes dados proporcionam a aceitação da **Hipótese (H1)**, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com diabetes tipo 1 e tipo 2 referentes à ansiedade e depressão.

Tabela 31: Diferenças ao nível da Alexitimia total e os seus 3 Fatores entre o grupo diabetes tipo 1 e tipo 2

	Tipo de Diabetes:	N	Média	Desvio Padrão
TAS_Fator 1	Tipo 1	25	16,440	6,9467
	Tipo 2	22	22,864	6,5268
TAS_Fator 2	Tipo 1	25	13,600	2,8577
	Tipo 2	22	17,227	3,3371
TAS_Fator 3	Tipo 1	25	26,560	3,3050
	Tipo 2	22	28,091	3,3652
TAS_Total	Tipo 1	25	56,600	9,4736
	Tipo 2	22	68,182	10,0647

Teste de Levene's		t-test				
	F	Sig.	t	df	Sig.(2-tailed)	Mean Difference
TAS_Fator1	,014	,907	-3,254	45	,002	-6,4236
			-3,267	44,791	,002	-6,4236
TAS_Fator2	,317	,576	-4,015	45	,000	-3,6273
			-3,975	41,666	,000	-3,6273
TAS_Fator3	,584	,449	-1,571	45	,123	-1,5309
			-1,569	44,026	,124	-1,5309
TAS_Total	,022	,884	-4,062	45	,000	-11,5818
			-4,046	43,418	,000	-11,5818

Conclusão: verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas $t(45) = -4,062$, $p = ,000$, entre os grupos com diabetes tipo 1 e 2, ao nível da Alexitimia Total, sendo que o grupo com diabetes tipo 2 é superior $M = 68,18$, $DP = 10,06$ ao grupo com diabetes tipo 1, $M = 56,60$, $DP = 9,47$. Pode-se verificar ainda que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de diabetes tipo 1 e tipo 2, ao nível dos dois fatores de Alexitimia:

Fator 1 (dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção) $t(45) = -3,254$, $p = ,002$, sendo que o grupo com diabetes tipo 2 é superior $M = 22,85$, $DP = 6,52$; **Fator 2** (dificuldade em descrever os sentimentos aos outros) $t(45) = -4,015$, $p = ,000$, sendo que o grupo com diabetes tipo 2 é superior $M = 17,22$, $DP = 3,33$ ao grupo com diabetes tipo 1, $M = 13,60$, $DP = 2,85$; Em relação ao **Fator 3** (estilo de pensamento orientado para o exterior) $t(45) = -1,571$, $p = ,123$ e os grupos com diabetes do tipo 1 e 2, não há evidência de diferenças estatisticamente significativas.

Estes dados proporcionam a aceitação da **Hipótese (H2)**, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com diabetes tipo 1 e tipo 2 ao nível de Alexitimia Total e os F1 e F2.

Problema de Investigação 2: Será que existem diferenças entre homens e mulheres com diagnóstico da diabetes ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia?

Tabela 32: *Diferenças ao nível da Ansiedade e Depressão entre o sexo masculino e sexo feminino*

	Sexo:	N	Média	Desvio Padrão
HADS_ ansiedade	masculino	24	8,33	4,380
	feminino	23	9,22	4,390
HADS_ depressão	masculino	24	8,33	5,198
	feminino	23	6,96	5,085

	Teste de Levene's		t-test			
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
HADS_ ansiedade	,023	,881	-,691	45	,493	-,884
			-,691	44,907	,493	-,884
HADS_ depressão	,002	,963	,917	45	,364	1,377
			,918	44,979	,364	1,377

Conclusão: verifica-se que Não existem diferenças estatisticamente significativas $t(45) = -2,171$, $p = 0,493$, entre o sexo masculino e feminino referentes à Ansiedade, contudo

o sexo feminino apresenta uma média superior $M= 9,22$, $DP= 4,39$ à do sexo masculino. Verifica-se inclusive que Não existem diferenças estatisticamente significativas $t(45) = ,917$ $p = ,364$, entre o sexo masculino e feminino ao nível da depressão, sendo que o sexo masculino tem uma média superior $M= 8,33$, $DP= 5,19$ ao sexo feminino.

Estes dados proporcionam a aceitação da **Hipótese (H0)**, ou seja, Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino referentes à ansiedade e a depressão.

Tabela 33: *Diferenças ao nível da Alexitimia total e Fatores entre o sexo masculino e sexo feminino*

	Sexo:	N	Média	Desvio Padrão
TAS_Fator1	masculino	24	19,792	7,5468
	feminino	23	19,087	7,4463
TAS_Fator2	masculino	24	15,833	3,6792
	feminino	23	14,739	3,4274
TAS_Fator3	masculino	24	28,833	3,3319
	feminino	23	25,652	2,6390
TAS_Total	masculino	24	64,458	11,1705
	feminino	23	59,478	11,0572

	Teste de Levene's		t-test			Mean Difference
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	
TAS_Fator1	,059	,809	,322	45	,749	,7047
			,322	44,959	,749	,7047
TAS_Fator2	,136	,714	1,054	45	,298	1,0942
			1,055	44,966	,297	1,0942
TAS_Fator3	,157	,149	3,618	45	,001	3,1812
			3,636	43,486	,001	3,1812
TAS_Total	,010	,920	1,535	45	,132	4,9801
			1,536	44,950	,132	4,9801

Conclusão: verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas $t(45) = 3,618$, $p = ,001$, entre o e o sexo masculino e feminino referente ao Fator 3 de Alexitimia, sendo que o sexo masculino é superior $M= 28,83$, $DP= 3,33$ ao sexo feminino. Pode-se

verificar ainda que Não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Alexitimia Total e dos restantes fatores entre os grupos.

Contudo verifica-se uma média superior no sexo masculino ao nível do Fator 1, M= 19,79, DP= 7,54; Fator 2, M= 15,83, DP= 3,67 e Alexitimia Total, M= 64,45, DP= 11,17. Estes dados proporcionam a aceitação **Hipótese (H2)**, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino, referentes à Alexitimia, no que diz respeito ao **Fator 3** (estilo de pensamento orientado para o exterior).

Problema de Investigação 3: Será que existe relação entre o perceção de apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia nos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2?

Tabela 34: *Correlações entre o apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da ansiedade e depressão no grupo de diabetes tipo 1.*

Tipo 1	HADS_ansiedade	HADS_depressão
Spearman's rho		
Perceção de apoio/suporte [Apoio Familiar]	-,204	-,498
N	,328	,011
	25	25
Perceção de apoio/suporte [Apoio Social]	-,171	-,421
N	,414	,036
	25	25
Perceção de apoio/suporte: [Apoio Médico]	-,455	-,560
N	,022	,004
	25	25
Perceção de apoio/suporte [Apoio Psicológico/Psicoterapêutico]	-,216	-,319
N	,300	,120
	25	25

Conclusão: Observa-se que no grupo de diabetes tipo 1, existe uma relação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a depressão e o apoio familiar $r(45)$

= $-,498$, $p = ,011$; Entre a depressão e o apoio social $r(45) = -,421$, $p = ,036$, e ainda entre a depressão e o apoio médico, $r(45) = -,560$, $p = ,004$. Observa-se ainda uma relação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a ansiedade e o apoio médico, $r(45) = -,455$, $p = ,022$. Não foi verificada nenhuma relação estatisticamente significativa ao nível dos restantes apoios (familiar, social e psicológico) relativamente à Ansiedade.

Não há inclusive nenhuma relação estatisticamente significativa ao nível do apoio psicológico relacionado com a depressão no grupo de diabetes tipo 1. Estes dados proporcionam a aceitação da **Hipótese (H1)**, ou seja, quanto melhor e mais evidente é a perceção de apoio, menor será o nível de ansiedade e a depressão nos participantes.

Tabela 35: *Correlações entre o apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da ansiedade e depressão no grupo de diabetes tipo 2.*

Tipo 2	HADS_ ansiedade	HADS_ depressão
Spearman's rho		
Perceção de apoio/suporte [Apoio Familiar]	-,329	-,413
N	,135	,056
	22	22
Perceção de apoio/suporte [Apoio Social]	-,446	-,510
N	,038	,015
	22	22
Perceção de apoio/suporte [Apoio Médico]	-,240	-,436
N	,282	,042
	22	22
Perceção de apoio/suporte [Apoio Psicológico/Psicoterapêutico]	,432	,208
N	,045	,353
	22	22

Conclusões: Pode-se observar no grupo de diabetes tipo 2, que existe uma relação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a ansiedade e o apoio social, $r(45) = -,446$, $p = ,038$; e entre a depressão e o apoio social $r(45) = -,510$, $p = ,015$. Relativamente ao apoio médico e a depressão verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa, negativa e moderada $r(45) = -,436$, $p = ,042$; No que concerne ao apoio psicológico e a ansiedade, está presente uma relação estatisticamente significativa, positiva e moderada $r(45) = ,432$, $p = ,045$.

Não foi verificada nenhuma relação estatisticamente significativa ao nível do apoio familiar relativamente à Ansiedade e à Depressão, nem entre a Ansiedade e o Apoio Médico. Não existe nenhuma relação estatisticamente significativa ao nível do apoio psicológico relacionado com a Depressão. Estes dados proporcionam a aceitação da **Hipótese (H1)** quanto melhor e mais evidente é a perceção de apoio, menor será o nível de ansiedade e a depressão nos participantes.

Tabela 36: *Correlações entre o apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da Alexitimia e os seus Fatores no grupo de diabetes tipo 1*

Tipo 1	TAS	TAS	TAS	TAS
Spearman's rho	Fator1	Fator 2	Fator 3	Total
Perceção de apoio/suporte [Apoio Familiar]	-,349	-,222	-,002	-,380
N	,087	,285	,991	,061
	25	25	25	25
Perceção de apoio/suporte [Apoio Social]	-,141	-,127	-,205	-,239
N	,501	,546	,326	,250
	25	25	25	25
Perceção de apoio/suporte [Apoio Médico]	-,322	-,259	,181	-,288
N	,117	,211	,388	,162
	25	25	25	25
Perceção de apoio/suporte [Apoio Psicológico/Psicoterapêutico]	,137	-,064	,147	,082
N	,514	,762	,483	,697
	25	25	25	25

Conclusões: Pode-se observar que no grupo de diabetes tipo 1 não existem relações estatisticamente significativas entre o apoio familiar, social, médico e psicológico ao nível da Alexitimia e os dos seus 3 Fatores. Estes dados proporcionam a aceitação da **Hipótese (H0)**.

Tabela 37: Correlações entre o apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da Alexitimia e os seus 3 Fatores nos grupos de diabetes tipo 2.

Tipo 2	TAS	TAS	TAS	TAS
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Total
Spearman's rho				
Perceção de apoio/suporte	-,505	-,430	,423	-,469
[Apoio Familiar]	,017	,046	,050	,028
N	22	22	22	22
Perceção de apoio/suporte	-,466	-,467	,050	-,556
[Apoio Social]	,029	,028	,825	,007
N	22	22	22	22
Perceção de apoio/suporte	-,200	-,172	,229	-,200
[Apoio Médico]	,372	,445	,306	,373
N	22	22	22	22
Perceção de apoio/suporte [Apoio	-,006	,063	,187	,182
Psicológico/Psicoterapêutico]	,979	,780	,405	,418
N	22	22	22	22

Conclusões: Pode-se observar que no grupo de diabetes tipo 2, existe uma relação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a Alexitimia Total e o Apoio Familiar, $r(45) = -,469$, $p = ,028$; inclusive entre o Fator 1 e o Apoio familiar, $r(45) = -,505$, $p = ,017$; e o mesmo se verifica entre o Fator 2 e o Apoio familiar $r(45) = -,430$, $p = ,046$; e entre o Fator 3 e o Apoio familiar $r(45) = -,423$, $p = ,050$. É possível analisar que existe uma relação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a Alexitimia Total e o Apoio Social, $r(45) = -,556$, $p = ,007$; entre o Fator 1 e o Apoio Social $r(45) = -,466$, $p = ,029$; e o Fator 2 $r(45) = -,467$, $p = ,028$ em relação ao apoio social. Verifica-se ainda que não existe relação estatisticamente significativa entre o Apoio Social e o Fator 3. Não há evidência de correlações estatisticamente significativas ao nível do Apoio Médico e Apoio Psicológico em relação à Alexitimia Total, Fator 1, Fator 2 e Fator 3. Estes dados proporcionam a aceitação da **Hipótese (H2)** quanto melhor e mais evidente é a perceção de apoio, menor será o nível de alexitimia nos participantes.

Em relação à fiabilidade da amostra, neste caso em estudo, verifica-se que o *alfa de Cronbach* (α) em relação à amostra avaliada com o Instrumento HADS e o instrumento TAS 20 tem fiabilidade consistente.

Tabela 38: *Alfa de Cronbach Instrumentos_Amostra*

Alfa de Cronbach HADS Ansiedade	Alfa de Cronbach HADS Depressão	Alfa de Cronbach TAS 20
Cronbach's Alpha ,845	Cronbach's Alpha ,865	Cronbach's Alpha ,785

Discussão dos Resultados:

Ao longo da análise dos resultados desta investigação foi possível verificar que a amostra tem um maior número de participantes do sexo masculino, constituindo 51,1%. Em relação às idades é visível que as idades mais jovens pertencem ao grupo diabetes tipo 1 com $M=25,04$ anos e as mais avançadas ao grupo com diabetes do tipo 2, $M=47,73$ anos pois como foi verificado, a diabetes tipo 1 incide nas idades mais jovens. Correia et al (2014) a diabetes T1 pode afetar pessoas de qualquer idade, mas incide mais em crianças ou jovens adultos.

A maioria dos participantes pertence ao Conselho de Barcelos, local onde foi adquirida a amostra (*Associação diabéticos do Minho*); Em relação à escolaridade e profissão verifica-se que os participantes mais jovens, do tipo 1 são estudantes com 12º ano e Ensino superior e os participantes do tipo 2, são do ensino superior e trabalham em várias áreas.

De acordo com os dados clínicos da amostra, na sua maioria os participantes fazem autocontrolo glicémico regular, praticam exercício físico e fazem uma alimentação saudável regularmente e algumas vezes. Quer os participantes do tipo 1 e do tipo 2 consideram o seu estado de saúde Regular na grande maioria. Ao nível do diagnóstico este teve o seu início para o grupo tipo 1 há mais de 5 anos e para o tipo 2 entre 1 a 5 anos, dados que segundo a literatura, os pacientes diabéticos do tipo 1 adquirem o estado de doença da diabetes logo desde muito jovens (infância e adolescência). Na grande maioria os participantes fazem controlo glicémico, este controlo é imprescindível, pois a literatura indica que é essencial o doente diabético realizar controlo da glicemia.

No que concerne ao tipo de tratamento, a insulina prevalece para o grupo tipo 1 e o método oral (comprimidos) para o grupo tipo 2, aspeto evidente na bibliografia, pois os pacientes com diagnóstico da Diabetes T1 “*necessitam de injeções de insulina diariamente para controlar os seus níveis de glicose no sangue*” (Correia, et al, 2014). Os grupos de

participantes praticam exercício físico e fazem uma alimentação saudável, estes são cuidados essenciais para quem vive com a diabetes.

Os participantes já foram acompanhados no serviço de saúde no último ano, maioritariamente em consultas de Rotina, 68% o grupo tipo 1 e 50% do tipo 2. Relativamente à perceção de apoio e suporte, os participantes consideram o Apoio familiar Muito Bom, o Apoio social entre Bom (tipo2) e Razoável (tipo1) na sua maioria, quanto ao Apoio Médico é considerado Muito bom no tipo 1 e Razoável no Tipo 2 na maioria.

De acordo com a análise dos Instrumentos de avaliação, foi possível conferir que ao nível da Hads Ansiedade M= 10,18 e Hads Depressão M= 10 predomina uma média superior no índice de sintomatologia nos participantes de diabetes tipo 2. Também é visível que ao nível da sintomatologia ansiógena esta tem prevalência de leve a moderada no grupo tipo 1 e de leve a moderada no grupo tipo 2, com algumas evidências de sintomatologia severa no tipo 2.

Tem sido apontado na literatura que estes distúrbios psicológicos (ansiedade, depressão) são os mais comuns na DM tipo 2 (Huerta et al, 2013); e Atasoy et al (2013) p. 31 no estudo que realizaram foi possível verificaram a prevalência de depressão em pacientes com a DM T1, entre outras investigações analisadas. Em relação ao Instrumento da Alexitimia, verifica-se que há evidência de níveis de Alexitimia, no que diz respeito à TAS escala total e em relação aos 3 fatores, nos 2 grupos. Predomina um nível de alexitimia elevado no grupo diabetes tipo 2 (81,1%) e alexitimia ligeira no grupo com diabetes tipo 1 (52,0%).

Estes aspetos são sustentados pelas investigações de Bamonti et al., (2010) e Mattila (2006) relatam que estas características alexitimicas relacionadas com a doença crónica verificam-se em cerca de 4,7% dos jovens e 29,3% nos idosos. (Hintistan, et al. 2013). Sapozhnikova et al. (2012) citados por Hintistan, et al. (2013) os autores apuraram que, quando comparado com o grupo controlo, os pacientes com DM T2 tiveram um maior nível de alexitimia; Topsever et al (2006) analisaram a associação entre alexitimia e diabetes tipo 1; Anderson et al (2001); Barnard et al (2006) investigaram a relação entre a prevalência de alexitimia entre pacientes diabéticos e verificaram que a alexitimia pode ser prevalente em pacientes diabéticos.

Relativamente aos Problemas de Investigação propostos verificar, foi possível observar que, na no 1º problema estão evidentes diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com diabetes T1 e T2 ao nível da Ansiedade e Depressão, ou seja, como já foi referido, há uma predominância de índices da ansiedade e depressão nos dois tipos de

diabetes, com maior evidência no tipo 2, cuja média se verifica superior na Ansiedade $M=10,18$ e Depressão $M=10,00$ em oposição ao tipo 1. Em consonância com a literatura estes distúrbios psicológicos (ansiedade, depressão) são os mais comuns na DM tipo 2 (Huerta et al, 2013); nos pacientes com DM tipo 2, os sintomas depressivos são normalmente prevalentes de duas a três vezes mais quando comparados com pessoas sem doenças somáticas. (Anderson et al 2001); a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes em pacientes com diabetes T2. (Groot et al 2001; Bruce et al 2005; Gonzalez et al 2005; Markowitz, et al 2011 e Atlantis et al 2012).

De acordo com os dados, foi possível apurar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com diabetes tipo 1 e tipo 2 ao nível da Alexitimia. Tendo em consideração os dados, há uma maior predominância de alexitimia no grupo de diabetes tipo 2, ou seja, os participantes tem uma maior dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais decorrentes da ativação emocional (f1); e uma elevada dificuldade em comunicar ou expressar os sentimentos aos outros (f2) e o seu estilo de pensamento está mais orientado para o exterior. Este “*pensamento operativo do construto da alexitimia, que se caracteriza por um estilo cognitivo que apresenta a preferência por detalhes externos da vida diária mais do que os conteúdos do pensamento relacionados a sentimentos, fantasias ou outros aspetos de experiências internas pessoais*”). Wiethaeuper, Balbinotti, Pelisoli & Barbosa 2005, p. 223).

Importa contextualizar de acordo com a literatura, que Sapozhnikova et al. (2012) citados por Hintistan, et al. (2013) estudaram 265 pacientes com DM T2, com idades por volta dos 65 anos, em comparação com um grupo de controlo. Os autores apuraram que, quando comparado com o grupo controlo, os pacientes com DM T2 tiveram um maior nível de alexitimia (47,2% *versus* 21,5%). Contudo a alexitimia apesar de menos prevalente no grupo de diabetes tipo 1, também parece estar evidente em alguns estudos, onde 45 jovens do sexo masculino e feminino, com diagnóstico da diabetes T1, foram avaliados ao nível do controlo glicémico com o nível de alexitimia e outras variáveis sociodemográficas, os participantes que demonstraram dificuldade em expressar as suas emoções. (Housiaux, Luminet, Broek & Dorchy, 2010 p. 456).

No 2º problema de investigação, onde de pretendeu avaliar se existiam diferenças entre o sexo masculino e feminino ao nível da ansiedade e depressão, foi possível verificar que, não existem diferenças estatisticamente significativas, não há evidência de ser mais prevalente nos homens ou nas mulheres com diagnóstico da diabetes. Porém predomina uma

média superior nos homens ao nível da depressão $M= 8,33$ e uma média superior nas mulheres ao nível da Ansiedade, $M= 9,22$.

O que de certa forma vai ao encontro dos estudos de Llyod et al (2000) citados por Silva (2010) p. 83, que indicam no estudo realizado com diabéticos do tipo 1 e tipo 2, em que os homens apresentam maior índice de depressão e que as mulheres e estas demonstram um índice superior na ansiedade. Contudo Ramos & Ferreira (2011) indicam que homens e mulheres não apresentam diferenças em relação à depressão, assim como estudos de Khuwaja & Kadir, (2010); Ramos & Ferreira, (2011) e o mesmo se passa em relação a sintomas de ansiedade (Costa et al, 2014, p. 64).

No que concerne à avaliação da Alexitimia entre o sexo feminino e sexo masculino, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na análise, contudo há um destaque ao nível do Fator 3 da Alexitimia (F3- Estilo de pensamento orientado para o exterior) entre e o sexo masculino e feminino, sendo que, o sexo masculino é em média superior $M= 28,83$ ao sexo feminino $M= 25,65$.

Considerou-se pertinente verificar que, de acordo com a literatura (Levant, Hall, Williams, & Hasan, 2009; Parker, Bagby, Taylor, Endler, & Schmitz, 1993) há evidências que indicam que os homens normalmente apresentam níveis mais elevados de alexitimia do que as mulheres. Ao nível do fator 3 significa que, os estilos de pensamento estão orientados para o lado externo e a capacidade de imaginação é limitada, resultando na deficiência na autorregulação de respostas emocionais. (Chatzi, Bitsios, Solidaki, et al, 2009).

Por conseguinte e analisando o 3º e último problema de investigação, onde se pretendia averiguar se existe relação entre a perceção de apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da ansiedade, depressão e alexitimia nos participantes com a diabetes tipo 1 e tipo 2. De acordo com as análises realizadas observa-se que existem relações estatisticamente significativas entre o apoio familiar, social e médico, relacionadas com a depressão e ainda entre o apoio médico relacionado com a ansiedade no grupo tipo 1. Não há relação estatisticamente significativa entre o apoio psicológico relacionado com a Ansiedade e a Depressão no grupo de diabetes tipo 1. Assim como, se verifica inclusive, relações estatisticamente significativas entre o apoio familiar, social e médico ao nível da depressão e ainda relações estatisticamente significativas entre o apoio social relativamente à ansiedade e depressão no grupo tipo 2. Não há relação estatisticamente significativa entre a Apoio Familiar e Médico ao nível da ansiedade, e ainda, nenhuma relação significativa entre o apoio psicológico relacionado com a Depressão no grupo de diabetes tipo 2.

É evidente através da literatura, que nos pacientes com diabetes de idades mais avançadas, o apoio social dado pelos amigos tem maior significado, do que o apoio prestado à condição de doença ou o apoio familiar. Cheng & Boey (2000) citados por Silva (2010) p. 45. Helgeson et al., (2013), estes debruçaram-se sobre o impacto da diabetes nos relacionamentos entre pais e os filhos, estes resultados indicaram que os pacientes nas suas relações com os familiares e amigos que tem um maior apoio na diabetes, estão associadas a resultados positivos na saúde, referem inclusive um aumento ao nível do bem-estar psicológico e um melhor autocuidado dos pacientes com a doença.

Podemos concluir que quanto melhor e mais positiva é a percepção do apoio, seja este social, familiar ou médico, menor será a sintomatologia depressiva e ansiosa. A relação entre a diabetes e a depressão parece enfraquecer quando há um apoio social forte. Nouwen (2002) citado por Silva (2010).

Porém há um dado evidente que nos revela o contrário aos estudos, verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre o apoio psicológico e a ansiedade no grupo de diabetes tipo 2. Poderá demonstrar, e de acordo com os dados apurados, a maioria dos participantes com diabetes tipo 1 e tipo 2, Não tem Apoio Psicológico (Nenhum) com 32,0% e com 40,9% da amostra respetivamente. Porém no grupo tipo 2 que usufruiu do apoio psicológico consideraram-no como Mau 9,1% e Razoável 31,8%. Poder-se-á indagar que, o facto de existir uma correlação positiva entre o apoio psicológico e a ansiedade, o que demonstra que, esta percepção negativa evidente do apoio psicológico, poderá aumentar ou manter a ansiedade dos participantes. Todavia, não há presença ou evidência de estudos pertinentes que demonstrem a sustentação para este dado isolado.

Por último na análise efetuada acerca da relação entre a percepção de apoio e suporte familiar, social, médico e psicológico ao nível da Alexitimia, apurou-se que, no grupo de diabetes tipo 1, não existe relação estatisticamente significativa entre o apoio familiar, social, médico e psicológico ao nível da Alexitimia e os dos seus três Fatores. Podemos completar que o apoio ou suporte dado aos pacientes com diabetes Tipo 1 não interfere ou altera a forma como estes percebem e expressam as emoções e seus estados emocionais. Inclusive foi relatado que os participantes do tipo 1 evidenciaram menor índice de Alexitimia (alexitimia ligeira ou ausência) que os participantes do tipo 2. No entanto, é possível presenciar que no grupo de diabetes tipo 2 predominam relações estatisticamente significativas entre o apoio familiar e a Alexitimia (incluindo o F1; F2; F3); Verifica-se ainda presença de relação estatisticamente significativa entre o apoio social ao nível da Alexitimia e os F1 e F2, não existindo relação entre o apoio social o F3. Não é observada relação estatisticamente

significativa entre o apoio médico e apoio psicológico em relação à Alexitimia e os F1, F2 e F3. Corroborando com as escassas investigações realizadas, há poucos estudos realizados onde alexitimia tem sido associada a um menor suporte social e com uma evidente resposta negativa em relação ao stress. (Fukunishi et al 1995; Fukunishi et al 1997 citados por Posse, Haé Ilstroé, & Backenroth-Ohsako, 2002).

Em suma, quanto melhor e mais evidente é a percepção de apoio, seja este social e familiar, menor será o nível de alexitimia nos participantes, ou seja, menor serão as dificuldades dos mesmos em expressar os seus sentimentos e conseguir distingui-los das sensações corporais, assim como, a elevada dificuldade em comunicar ou expressar os sentimentos aos outros poderá ser menor e ainda o seu estilo de pensamento poderá não ser apenas focado para o exterior, ou seja, o individuo deverá conseguir valorizar as suas experiencias internas pessoais. (Wiethaeuper et al 2005). *“Uma boa expressão de emoções está associada a um maior bem-estar psicossocial, a uma maior autoconfiança e assertividade, a um espírito mais lutador e a uma melhor qualidade de vida”* (Mantani et al., 2007) citados por Sousa, Guerra & Lencastre (2015) p. 41.

Conclusões Finais:

Compreender as questões relacionadas com as alterações psicológicas na vivência de doenças crónicas, neste caso em estudo, a Diabetes Mellitus, torna-se pertinente na medida em que, analisar os aspetos psicológico que esta doença acarreta é de extrema importância. A experiência de viver com uma doença crónica é exigente e pode afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente o funcionamento familiar, social e ocupacional. Desta vivência resultam efeitos negativos na qualidade de vida que, por sua vez, requerem um ajustamento em múltiplos domínios. (Vilhena et al, 2014). Na Diabetes, assim como em outras doenças crónicas, para além das alterações fisiológicas e comportamentais, os indivíduos desenvolvem sintomas de ansiedade, depressão, desregulação emocional e até sintomas psicopatológicos. É extremamente importante existir acompanhamento médico e psicológico desde o início do diagnóstico da diabetes, por forma a tratar e prevenir determinados sintomas e comportamentos. No que diz respeito à revisão de literatura efetuada acerca da doença crónica que se pretende estudar, foi verificado que, com base em nas investigações realizadas na área diabetes verifica-se que os estudos realizados emergem maioritariamente de áreas como a medicina e a enfermagem, sendo poucos os estudos realizados na área da psicologia e intervenção psicológica. Foi verificado que existe uma predominância elevada de estudos científicos acerca da qualidade de vida, do controlo

glicêmico e da adesão ao tratamento no doente diabético, assim como, estudos relacionados maioritariamente com a depressão. A literatura carece de estudos relacionados especificamente com a ansiedade e alexitimia na diabetes, assim como desenvolver mais a componente psicológica e o apoio psicológico. De acordo com a investigação portuguesa, esta não incide com relevância nos aspetos psicológicos relacionados com a ansiedade, alexitimia com a doença crónica da diabetes. Sublinha-se ainda a necessidade de mais estudos acerca da componente psicológica na diabetes e da sua atempada intervenção psicoterapêutica, o que parece não estar em evidência na maioria dos estudos científicos de acordo com a revisão da literatura efetuada.

Ao longo desta investigação debruçamo-nos em tentar perceber efetivamente onde estaria presente uma maior prevalência de índices de ansiedade, depressão e alexitimia nos participantes. Estão em evidência resultados nesta investigação que, a nosso ver, são vantajosos e positivos para o desenvolvimento de outros estudos na área da psicologia e da doença crónica da diabetes.

Como limitações foi encontrada uma grande dificuldade no contributo à investigação por parte das instituições de apoio aos pacientes diabéticos, assim como uma fraca adesão aos questionários por parte dos participantes. Dado ser uma doença crónica bastante divulgada e com inúmeros estudos realizados, obter uma participação ao nível de 47 pacientes com diabetes, foi uma participação, quiçá, abaixo do razoável e esperado. Tendo realizado a opção de colocar os questionários numa plataforma *Online* para obtenção de respostas, de forma a evitar transtornos e deslocações aos participantes, este modo de divulgação é mais prático mas, teve as suas desvantagens, pois os participantes não aderiram ao preenchimento total dos três instrumentos, impossibilitando o seu contributo para o estudo. De acordo com a revisão da literatura, também foi encontrado como limitação, existem poucos estudos acerca da componente psicológica da diabetes, inclusive a falta de estudos comparativos em relação ao tipo de diabetes, tipo 1 e diabetes do tipo 2, e ainda reduzidas investigações acerca do construto da alexitimia (emoções) relacionada com a diabetes e o apoio psicossocial.

O cuidado na Diabetes Mellitus é crucial para uma melhor qualidade de vida e uma atempada intervenção psicológica seria essencial no âmbito das doenças crónicas, pois auxilia o doente a fazer uma adaptação menos negativa da sua condição de saúde. Para além do apoio psicológico, um bom suporte familiar, médico e social é uma mais-valia para que, os pacientes diabéticos se sintam seguros para conseguir enfrentar a doença. Apesar de serem reduzidas as investigações e os estudos que visem interpretar e perceber qual o impacto do

apoio psicológico na vida da pessoa com a diabetes, existe uma necessidade fulcral da realização de mais estudos por parte dos profissionais e psicólogos.

Com este estudo pretende-se contribuir para o aumento da informação que envolve a questão da doença crónica neste caso, a diabetes mellitus, relacionada com a depressão, ansiedade e alexitimia e o apoio social e psicológico. Consideramos inclusive fundamental dar um contributo para o avanço do conhecimento sobre Diabetes Mellitus relacionada com Alexitimia e as alterações emocionais na doença. Toda esta investigação teve como principal finalidade elucidar e potenciar novos estudos acerca dos aspetos psicológicos na diabetes e para apoiar na educação e melhoria do apoio psicológico fornecido a crianças, jovens e adultos que vivem esta situação de vida.

Em suma, o reconhecimento da ansiedade e da depressão é fundamental e se as intervenções psicológicas forem aplicadas em tempo oportuno e de modo eficaz, conseguirão reduzir os níveis de ansiedade e depressão e também, prevenir a morbilidade psicológica associada a esta doença crónica.(Helgeson, 2013).

Referências bibliográficas:

Adili, F., Larijani, B., & Haghghatpanah, M. (2006). Diabetic Patients-Psychological Aspects. Iran: *Annals New York Academy of Sciences*, 1084, 329–349. doi: 10.1196.

Almeida, L. S., Simões, M. R., Machado, C., & Gonçalves, M. M. (2008). Avaliação Psicológica- Instrumentos validados para a população portuguesa. Coimbra: Quarteto Editora. 2 ed. v.II.

Almeida, P. J. (2004). Impacto dos fatores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho. Braga. retirada de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10577/1/Tese_Doutoramento_Paulo_Almeida.pdf

Al Hayek, A. A., Robert, A. A., Al Dawish, A. M., Zamzami, M. M., Sam, E. A. & Alzaid, A. A. (2013). Impact of an education program on patient anxiety, depression, glycemic control, and adherence to self-care and medication in Type 2 diabetes. India:*Journal of Family and Community Medicine*, 20(2), 77-82. doi:10.4103/2230-8229.114766

António, P. (2010). A psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na diabetes mellitus. Lisboa: *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1),15-27.

Alonso-Fernández (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. Madrid: *Salud Mental*, 34, 481-490.

Alves, F. R., Ernesto, V. M., Pimentel da Silva, R., Maria de Souza, F., Barros de Lima, G. A., & Eulálio, C. M. (2011). Psicologia da saúde: abrangência e diversidade teórica. Brasil: *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 19(1-2), 1-10.

Alves, F., Railda & Ernesto, V. Monalisa & Silva, P. Renata & Souza, M. Fabiana & Lima, G. B., Ana & Eulálio, C. Maria. (2011). Mudanças. Brasil: *Psicologia da Saúde*, 19, 1-10.

American Diabetes Association. (2015). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 38(1), 1-94. doi: 10.2337/dc15-S001

American Psychiatric Association. (2006). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Amorim, M. (2009). Para lá dos números... aspetos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes Mellitus tipo 2. (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto. Porto. retirada de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7211>

Atasoy, V., Anaforoğlu, I., Algün, E., & Kutanis, R. (2013). Depression, Anxiety and Quality of Life Among Adult Turkish Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. Turkey: *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17, 28-32. doi: 10.4274/Tjem.2058

Assumpção, E. C., Pitta, G. B., Lisboa de Macedo, C. A., Borges de Mendonça, G., Araújo de Albuquerque, C. L., Braga de Lyra, C. L., et al. (2009). Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. Porto Alegre: *Jornal Vascular Brasileiro*, 8(2). doi.org/10.1590/S1677-54492009000200006

Ayres de Almeida, R. & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. Rio de Janeiro: *Revista Sociedade brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2).

Benardini dos Santos, M. A. (2013). Avaliação da presença de transtornos de ansiedade e qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 dependentes de insulina. (Tese de Mestrado). Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Chatzi, L., Bitsios, P., Solidaki, E., Christou, I., Kyrlaki, E., Sfakianaki, M., et al. (2009). Type 1 diabetes is associated with alexithymia in nondepressed, non-mentally ill diabetic patients: A case-control study. Greece: *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 307–313. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.04.011

Correia, G., Boavida, L., Fragoso de Almeida, J. M., Cardoso, J. P. M., Dores, S., Duarte, J. S., et al. (2014). Diabetes: Factos e Números 2014 - *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Costa, Campos & Costa (2014). Relationship between socio-demographic, clinical and psychosocial variables in patients with Type 2 Diabetes. *Análise Psicológica*, 1(32), 63-77. doi: 10.14417/ap.720

Cunha, M., Chibante, R. & André, S. (2014). Suporte Social, Empowerment e doença crónica. Lisboa: *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1(21)

Edwards, L. E. & Mezuk, B. (2012). Anxiety and risk of type 2 diabetes: Evidence from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. Virginia-United States: *Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), 418–423. doi: 10.1016/j

Ferreira, C. L. R. A, & Ferreira, M. G. (2009). Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. Brasil: *Arquivo Bras endocrinol metab.* 53(1), 80-86. doi.org/10.1590/S0004-27302009000100012

Fortin, MF. (2003). *O Processo de Investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusociência

Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. Feira de Santana-Brasil: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15-24.

Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., et al. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população em geral. Coimbra: *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.

Gois, C., Akiskal, H., Akiskal, K. & Figueira, L. (2012). Depressive temperament, distress, psychological adjustment and depressive symptoms in type 2 diabetes. Lisboa: *Journal of Affective Disorders*, 143, 1–4. dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.028

Gomes-Villas Boas, L. C., Foss, M. C., Freitas, M. C. F., & Pace A. E., (2012). Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus1. *Revista Latino-Americana- Enfermagem*, 20(1).

Hintistan, S., Cilingir, D., & Birinci, N. (2013). Alexithymia among elderly patients with diabetes. *Pak J Med Sci.* 29(6), 1344-1348. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.296.2159>

Helgeson, V. S., Palladino, D. K., Reynolds, K. A., Becker, D. J., Escobar, O., & Siminerio, L. (2013). Relationships and Health Among Emerging Adults With and Without Type 1 Diabetes. Pittsburgh: *Health Psychology*. American Psychological Association. (1-9). doi: 10.1037/a0033511

Horvath, K., Koch, K., Jeitler, K., Matyas, E., Bender, R., & Bastian, H. (2010) Effects of treatment in women with gestational diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 340:c1395. doi:10.1136

Housiaux, M., Luminet, O., Broek, N., & Dorchy, H. (2010). Alexithymia is associated with glycaemic control of children with type 1 diabetes. Belgium: *Diabetes & Metabolism*, 36, 455-46. dx.doi.org/10.1016/j.diabet.2010.06.004

Huerta, K. C., Téllez, G. Y., Salinas, C. A. A. & Díaz, J. M. M. (2013). Funcionamiento cognoscitivo en la diabetes tipo 2: una revisión. México: *Salud mental*, 36(2), 167-175.

Huestis, S. E. M. A. (2011). Youth With Type 1 Diabetes Mellitus: An Investigation of The Role of Emotion Regulation as a Protective Factor for Depression and Anxiety (Tese de Doutorado). U.S.A.

Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa

Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IMB SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e regidir. Braga: Psiquilibrios Edições.

Nunes da Silva, A., Vasco & Watson. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2 (31). 197-211.

Pais-Ribeiro, J. L., (2010). Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Livpsic. 3ª ed.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferrreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Porto: *Psychology Health & Medicine*. 12(2). 225 – 237.

Péres, D. S., Santos, M. A. Zanetti, M. L., & Ferronato, A. A., (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Brasil: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(6). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600008>

Pereira, M.G., Berg-Cross, L., Almeida, P., & Machado, J. C. (2008). Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. Braga: *Int Jornal Behavior Medicine*, 15(3), 187-93. doi: 10.1080/10705500802222436

Perry, R. M. & Hayaki, J. (2014). Gender differences in the role of alexithymia and emotional expressivity in disordered eating. United States: *Personality and Individual Differences*, 71, 60–65. [doi:10.1016/j.paid.2014.07.029](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.07.029)

Praceres, N., Parker, J. & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (tas-20). *Revista oficial de la asociación iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica (RIDEP)*, 9(1). 7-21.

Posse, M., Haé Ilstroé, T. M. & Backenroth-Ohsako (2002). Alexithymia, social support, psycho-social stress and mental health in a female population. Oslo: *Nord J Psychiatry*, 56, 329–334.

Ramos, L., & Ferreira, E. A. P. (2011). Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. Brasil: *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 21(3), 867-877.

Rossi, C. E. V., Pace, E. A. & Hayashida, M. (2009). Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. São Paulo: *Ciência et Praxis*. v 2(3). 41-46.

Santos, F. A. V. (2014). *Importância da Terapêutica Educacional no Tratamento da Diabetes mellitus tipo 2*. (Tese de Mestrado) Porto.

Santos, M. A. (2013). Avaliação da presença de transtornos ansiosos e qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus Tipo 2 dependentes de insulina. (Tese de Mestrado). Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Scarpazza, C., Pellegrino, G. & and La`davas (2014). Emotional Modulation of Touch in Alexithymia. Italy: American Psychological Association, 14(3), 602–610. doi: 10.1037/a0035888

Silva, L. I. (2010). *Psicologia da Diabetes*. Lisboa: Placebo Editora, 2ª ed.

Sousa, H., Guerra, M. & Lencastre (2015) Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. Porto: *Análise Psicológica*: 1(33) 39-53 doi: 10.14417/ap.832

Starkstein, S. E., Davis W.A., Dragovic, M., Cetrullo, V., Davis, T. M. E., & Bruce, D. G. (2014). Diagnostic Criteria for Depression in Type 2 Diabetes: A Data -Driven Approach. Japan: *PLoS ONE* , 9(11). doi:10.1371/journal.pone.011204

Sukkarieh, O. A. (2011). The relationship among diabetes self-care, psychological adjustment, social support and glycemc control in the Lebanese population with type 2 diabetes mellitus. Líbano: *Nursing Dissertations*. Paper 2. Retirado de <http://hdl.handle.net/2047/d20002096>.

Veríssimo, R. (2001). Versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens – I. Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. Porto: *Acta Médica Portuguesa*, 14(5-6), 529-536.

Vilhena, E., Pais Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Martins da Silva, A., & Mendonça, D. (2014). Fatores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. S. Martinho: *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(1), 220-233. retirado de <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/3571>.

ANEXOS

ANEXO 1***Pedido de autorização para o uso do Instrumento HADS- Escala de ansiedade e depressão hospitalar***

10 de Junho

De: Dora Pinto <dorapinto22@gmail.com>

Para: jlpr@fpce.up.pt

Caro Prof. Dr. José Luis Pais Ribeiro,

Bom dia. Sou aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde e encontro-me a realizar a minha dissertação na área da Saúde e Diabetes, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria João Cunha do Instituto Universitário da Maia. Venho por este meio solicitar-lhe a autorização para aplicação e o envio do questionário/escala de ansiedade e depressão hospitalar, que pretendo utilizar na minha investigação. Grata pela atenção que possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos

A aluna

Dora Cristina Oliveira Pinto

nº 22929

Em 16 de junho de 2015 15:09, José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt> escreveu:

Cara colega

Não me oponho à utilização do HADS que traduzi e estudei para a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

ANEXO 2***Pedido de autorização para o uso do Instrumento Escala de Alexitimia de Toronto-TAS 20***

16 de Junho

De: Dora Pinto <dorapinto22@gmail.com>

Para: ulfpnina@psicologia.ulisboa.pt

Cara Prof^a. Dr^a. Nina Prazeres

Boa tarde. Sou aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde e encontro-me a realizar a minha dissertação na área da Saúde e Diabetes, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria João Cunha do Instituto Universitário da Maia. Venho por este meio solicitar-lhe a autorização para aplicação e o envio do questionário/escala de Alexitimia de Toronto, 20 itens, que pretendo utilizar na minha investigação. Grata pela atenção que possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos,

A aluna

Dora Cristina Oliveira Pinto

n^o 22929

22 de Junho

De: Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres <ulfpnina@psicologia.ulisboa.pt>

Para: dorapinto22@gmail.com

Cara Dra. Dora Pinto,

Tem a minha autorização para utilizar a adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20) na sua investigação. Envio, em anexo, a TAS-20. Pode consultar os dados relativos à adaptação, bem como os procedimentos de cotação e interpretação, em: Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). *In* L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol II, 2^a ed., pp.95-107). Coimbra: Quarteto. Com os meus melhores cumprimentos e votos de um bom trabalho,

Nina Prazeres.

Anexo 3

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Dora Cristina de Oliveira Pinto, aluna, do 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia, venho por este meio solicitar a sua colaboração e participação no estudo subordinado ao tema: “Aspetos psicológicos na diabetes mellitus: avaliação da ansiedade, depressão, alexitimia e suporte psicológico e social em pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2”.

Esta investigação será realizada através do preenchimento dos seguintes questionários: Questionário sociodemográfico e clínico; Escala de avaliação da ansiedade e depressão hospitalar (Hads) e a Escala de avaliação da alexitimia (Tas 20) que servirão como instrumentos de recolha de dados e cujos resultados serão posteriormente utilizados somente no âmbito do referido estudo. O preenchimento destes questionários é voluntário e anónimo e as suas informações serão confidenciais. Para participar no presente estudo deverá preencher as seguintes condições: ser maior de 18 anos e ter diagnóstico da diabetes tipo 1 e tipo 2. Obrigada pela sua colaboração.

Eu _____ declaro que aceito participar no referido estudo, os objetivos do estudo foram-me devidamente explicados, bem como garantida a salvaguarda da confidencialidade relativa aos meus dados identificativos pessoais.

O/A participante,

A investigadora,

ANEXO 4

QUESTIONARIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

MUITO IMPORTANTE

Para salvaguardar o anonimato de todos os participantes, mas de forma a comparar resultados entre as respostas de hoje e as que possa vir a dar em futuros questionários, pedimos-lhe que estabeleça o seu próprio CÓDIGO PESSOAL seguindo as instruções da direita.

Duas primeiras letras do seu último nome

Dois últimos dígitos do seu BI

Dois últimos dígitos do seu ano de nascimento

Dados demográficos:**Sexo:**

Masculino

Feminino

1. **Idade:** _____

2. **Grau de escolaridade:** _____

3. **Profissão:** _____

4. Estado Civil:

-Solteiro/a

-Casado/a

-Divorciado/a

-Viúvo/a

-União de facto

5. Concelho de residência _____

Dados Clínicos:

6. Indique a sua altura _____

7. Indique o seu peso _____

8. Como avalia o seu estado de saúde:

-Mau

-Regular

-Bom

9. Tipo de Diabetes:

-Tipo 1

-Tipo 2

-Outro Qual?: _____

10. Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a diabetes?

- Recentemente

- Menos de 1 ano

- Entre 1 e 5 anos

- Mais de 5 anos

11. Faz autocontrolo glicémico regularmente?

(Monotorização da glicemia)

Sim

Não

12. Está a fazer tratamentos?

Sim

Não

13. Se respondeu “Sim”, qual é o tratamento?

- Insulina
- Oral
- Outro Qual? _____

14. Sobre as suas práticas alimentares: Faz uma alimentação saudável?

- Todos os dias
- Algumas vezes
- Quase nunca

15. Sobre o seu estilo de vida: Pratica exercício físico?

- Regularmente
- Algumas vezes
- Não pratico

16. No último ano teve necessidade de recorrer a algum serviço de saúde?

Sim Não

17. Se respondeu “Sim”, assinale o motivo:

- Consulta de Rotina
- Consulta de Emergência
- Consulta de Nutrição
- Consulta de Psicologia
- Outro Qual? _____

18. Tem filhos?

Sim Não

19. Os seus filhos têm diabetes?

Sim Não

20. Se respondeu “Sim”, qual o tipo de diabetes?

- Tipo 1
- Tipo 2
- Outro Qual? : _____

21. Sobre a sua relação com os outros e percepção de apoio/suporte, identifique de acordo com a seguinte escala de **0** a **4**, sendo que: **0** (Nenhum); **1** (Mau); **2** (Razoável); **3** (Bom) e **4** (Muito Bom).

Percepção de Apoio ou Suporte	0	1	2	3	4
Apoio Familiar					
Apoio Social					
Apoio Médico					
Apoio Psicológico/ Psicoterapêutico					

Obrigado pela sua colaboração

Projeto de Investigação
 Aspetos psicológico na diabetes mellitus: avaliação da ansiedade, depressão, alexitimia e suporte psicológico e social em pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2

A aluna/investigadora responsável
 Dora Cristina de Oliveira Pinto
 Contacto: dorapinto22@gmail.com