



DIFICULDADES EMOCIONAIS E PSICOLÓGICAS EM INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS

EMOTIONAL AND PSYCHOLOGICAL DIFFICULTIES OF INDIVIDUALS WITH DIABETES MELLITUS

DIFICULTADES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS EN INDIVIDUOS CON DIABETES MELLITUS

Máira Ferro de Sousa Touso¹, Nilce Elaine Xiol Morais Gonçalves², Antonio Sergio Ferraudo³, Helena Siqueira Vassimon⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar atitudes psicológicas e emocionais em indivíduos com diabetes *mellitus* (DM). **Método:** foram selecionados 222 indivíduos com DM em cinco Unidades de Estratégia da Saúde da Família. Todos responderam ao questionário ATT-19, validado para população brasileira e dividido em seis fatores: estresse associado ao DM; receptividade ao tratamento; confiança no tratamento; eficácia pessoal; percepção sobre a saúde e aceitação social. A análise de fatores foi utilizada para verificar inter-relações entre variáveis. **Resultados:** dois processos ficaram expressos nos dois primeiros fatores, sendo o 1º caracterizado quanto a questões relacionadas à aceitação emocional da doença e repercussões nas expectativas referentes à vida dos portadores da DM2, e o 2º caracterizado quanto ao modo como o sujeito percebe a patologia, as limitações decorrentes dela e os sentimentos de incapacidade e inabilidade que acompanham DM. **Conclusão:** indivíduos com DM apresentaram dificuldades emocionais e psicológicas no enfrentamento da doença. **Descritores:** Diabetes *Mellitus*; Conhecimentos; Atitudes e Prática em Saúde; Psicologia.

ABSTRACT

Objective: To assess the psychological and emotional attitudes of individuals with diabetes mellitus (DM). **Method:** We selected 222 individuals with DM from five strategic family health units. All participants were given the ATT-19 questionnaire, validated for the Brazilian population and divided into six factors: stress associated with diabetes, receptivity to the treatment, confidence in the treatment, personal efficacy, perception of health, and social acceptance. Factor analysis was used to verify the inter-relations among the variables. **Results:** Two processes were expressed in the first two factors: the first characterized issues related to the emotional acceptance of the disease and how it affects the expectations regarding the lives of individuals with DM2; the second process was characterized by how subjects perceive the disease, the limitations resulting from it and feelings of incapacity and inability that accompany DM. **Conclusion:** Individuals with DM presented emotional and psychological difficulties in coping with the disease. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Health Knowledge, Attitudes and Practice; Psychology.

RESUMEN

Objetivo: evaluar actitudes psicológicas y emocionales en individuos con diabetes mellitus (DM). **Método:** fueron seleccionados 222 individuos con DM en cinco Unidades de Estrategia de Salud de la Familia. Todos respondieron el cuestionario ATT-19, validado para población brasileña y dividido en seis factores: estrés asociado a DM; receptividad al tratamiento; confianza en el tratamiento; eficacia personal; percepción sobre la salud y aceptación social. Se utilizó análisis de factores para verificar interrelaciones entre variables. **Resultados:** dos procesos quedaron expresados en los dos primeros factores; el 1º relacionado a cuestiones relacionadas a la vida del portador de DM, y el 2º relacionado al modo en que el sujeto percibe la patología, las limitaciones derivadas de ella y sentimientos de incapacidad e ineptitud asociados a DM. **Conclusión:** los individuos con DM muestran dificultades emocionales y psicológicas para enfrentarse a la enfermedad. **Descriptores:** Diabetes Mellitus; Conocimientos; Actitudes y Práctica en Salud; Psicología.

¹Psicóloga, Professora Mestre, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Franca/Unifran, Franca (SP), Brasil. Email: maira.touso@unifran.edu.br; ²Nutricionista, Mestre, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Franca/Unifran, Franca (SP), Brasil. Email: nilcexiol@hotmail.com; ³Matemático, Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Energia na Agricultura, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP, Jaboticabal (SP), Brasil. Email: ferraudofcav.unesp.br; ⁴Nutricionista, Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade São Paulo, Universidade de Franca/Unifran, Franca (SP), Brasil. Email: helenavassimon@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Uma epidemia de diabetes *mellitus* está em curso. A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões em 2030.¹ No Brasil, uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde, realizada pelo Ministério da Saúde, apontou que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos (6%). De acordo com os resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com DM foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%).² Dentre os tipos de DM, o tipo 2 compreende 90% dos agravos presentes no mundo e está intimamente relacionado com o excesso de peso e o sedentarismo.³

Conhecimentos, habilidades e estratégias dos profissionais de saúde podem repercutir em efeitos positivos na mudança de atitudes dos indivíduos com DM para adesão ao plano dietético, à prática de atividade física, monitorização de glicemia sanguínea e ao uso contínuo de medicamentos orais e/ou insulina, os quais possibilitam a obtenção de controle metabólico adequado.⁴ A adesão ao tratamento contribui para a redução das complicações crônicas da doença e da necessidade de hospitalização.⁵

Estudos associam atitude positiva frente à doença com melhor adesão ao tratamento, de tal forma que pode ser influenciada por componentes cognitivos, motivacionais e também emocionais. O seu poder presumido de influenciar a resposta do sujeito a um objeto, no caso em questão o manejo do DM, tem determinado o interesse de diversos pesquisadores na busca de técnicas de mensuração e promoção de mudanças de atitude.⁶ O compromisso de seguir o tratamento ou o desejo de interrompê-lo, traduzidos em atitude positiva ou negativa frente à doença, estão sempre presentes no cotidiano do indivíduo com DM.⁷ Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar atitudes psicológicas e emocionais em indivíduos com DM2.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, realizado em cinco unidades de Estratégia Saúde da

Família (ESF) de Itaú de Minas, Brasil. O presente estudo faz parte de pesquisa de mestrado maior, com outros objetivos gerais e específicos, sendo a coleta de dados realizada entre outubro de 2013 e maio de 2014. Neste trabalho de mestrado, foram aplicados três questionários validados para população brasileira, entre eles o ATT-19, instrumento utilizado neste caso.

A pesquisadora nutricionista realizava o convite para a participação da pesquisa, aleatoriamente, durante as consultas de rotina das ESFs e por envio de carta convite para os indivíduos com DM2 em suas respectivas casas, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Os questionários eram preenchidos com acompanhamento e auxílio da pesquisadora e/ou dos ACSs, pois foram observadas, em estudo piloto, dificuldades na compreensão do enunciado das questões e confusão quanto à escolha das respostas. A maioria preencheu os questionários nas próprias ESFs e, em alguns casos, a pesquisadora precisou realizar visita domiciliar para coletar os dados.

A partir da população de 524 indivíduos com diagnóstico de DM2 cadastrados no Sistema Informatizado de Cadastro e Acompanhamento dos Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* (HIPERDIA) do Município de Itaú de Minas, foi calculada a amostra representativa, considerando-se margem de erro de 5% e grau de confiança de 95%, através do software DIMAM 1.0. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: indivíduos com diagnóstico de DM2, atendidos pelas ESFs do Município, cadastrados no HIPERDIA, com idade igual ou superior a 19 anos e que aceitaram participar da pesquisa. Como critérios de não inclusão foram: indivíduos com diagnóstico de DM gestacional e DM1. Indivíduos com DM que não terminaram de preencher os questionários ou negaram sua participação durante este preenchimento foram excluídos.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o ATT-19. O ATT-19 é um questionário auto- preenchível e validado para a população brasileira, investiga como o indivíduo se sente sobre o DM e foi desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença.⁸ Consiste de 19 itens que incluem seis fatores: estresse associado ao DM; receptividade ao tratamento; confiança no tratamento; eficácia pessoal; percepção sobre a saúde e aceitação social. Cada resposta é medida pela escala de Likert, de cinco pontos (de “discordo totalmente” - escore 1 - até “concordo

totalmente” - escore 5). Como exemplo para a questão número 1:

Se eu não tivesse DIABETE, eu seria uma pessoa bem diferente.

- (5) Não concordo de jeito nenhum.
- (4) Discordo.
- (3) Não sei.
- (2) Concordo.
- (1) Concordo totalmente.

O total da taxa-escore varia entre 19 e 95 pontos, sendo que as questões 11, 15 e 18 têm escore reverso. Um alto escore indica a atitude positiva em relação à doença. O ATT-19 fornece informações relevantes da subjetividade do indivíduo em relação à doença. Nesse sentido, a avaliação pelo ATT-19 contribui para o desenvolvimento social na medida em que avalia a dimensão da cidadania, por identificar como se reúnem e como se criam, na atualidade, os sujeitos sociais em relação ao DM.⁹ O ATT-19 foi traduzido para a língua portuguesa e validado no Brasil, apresentando boa reprodutibilidade.⁸

Inicialmente, os resultados foram apresentados de forma descritiva, em frequências e porcentagens. Para a análise estatística dos dados, foi utilizada a análise de fatores exploratória que identifica processos definidos pelas variáveis com cargas relevantes nos fatores.¹⁰ As variáveis foram padronizadas de modo que cada variável passou a ter média nula e variância unitária. Cada questão foi considerada como variável, apresentando resultados de pontuação de 1 a 5 (Escala Likert). Todas as análises univariadas descritivas e de fatores foram processadas no software Statistica, versão 7.¹¹

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Local, em 2013, sob protocolo de número CAAE: 21072413.4.0000.5495. Todos os indivíduos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo cumpriu com as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foram avaliados 222 indivíduos com DM2 cadastrados nas cinco ESFs do município de Itaú de Minas. A média de idade dos indivíduos com DM2 foi de 62 ± 12 anos, sendo a mínima de 17 e a máxima de 91 anos. O tempo de diagnóstico dos indivíduos com DM2 foi de 11 ± 8 anos, sendo o mínimo de um ano e o máximo de 40 anos. Em relação à variável sexo, houve predomínio do feminino com 148 indivíduos (66,7%). A maior parte dos indivíduos com DM2 estava em uso apenas de hipoglicemiante (n= 136, 61%), alguns em uso combinado de hipoglicemiante e insulina (n= 30, 13,5%), outros somente em uso de insulina (n= 43, 19%) e apenas 13 indivíduos (6%) com DM2 não faziam uso nem de hipoglicemiante e nem de insulina.

A análise de fatores identificou dois processos independentes descritos em negrito na Tabela 1. O primeiro processo ficou caracterizado pelas perguntas que podem ser relacionadas à aceitação emocional da doença e como esta repercute nas expectativas referentes à vida dos portadores da DM2. O segundo processo ficou caracterizado pelas questões que investigam o modo como o sujeito acometido pela DM2 percebe a doença e as limitações adquiridas em decorrência dela, sentimentos de incapacidade e inabilidade.

Tabela 1. Questões do questionário ATT-19 sobre aspectos emocionais e psicológicos de 222 indivíduos com diabetes mellitus.

Perguntas do Questionário ATT-19	Processo 1	Processo 2
Se eu não tivesse diabetes, eu seria uma pessoa bem diferente.	0,7263	-0,0059
Não gosto que me chamem de diabético.	0,6585	0,0709
Ter diabetes foi a pior coisa que aconteceu na minha vida.	0,8041	0,0964
A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter diabetes.	0,5692	0,0467
Ser diagnosticado com diabetes é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença.	0,6068	0,1369
Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar a minha diabetes.	0,1149	0,7790
Há pouca esperança de levar uma vida normal com diabetes.	0,4044	0,6622
Costumo achar que é injusto que eu tenha diabetes e outras pessoas tenham uma saúde muito boa.	-0,0452	0,6895
Proporção da variância por fator (%)	26,34	18,34

DISCUSSÃO

O processo 1, referente à aceitação emocional da doença e como esta repercute nas expectativas referentes à vida dos portadores da DM2, enfatiza a doença como algo que modifica o sujeito, ocasiona repercussões em sua identidade e em suas vivências enquanto alteridade e homem produtivo, inserido em um contexto familiar e social. O adoecimento, em sua maioria, é visto como ameaça do destino que altera a relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo ao seu redor, dispara sentimentos de impotência, apreensão, desesperança, dentre outros, e, por este motivo, põe sua existência humana em questão.¹²

Sigmund Freud, conhecido como o pai da Psicanálise, no início do séc. XX, em um interessante artigo "Sobre o Narcisismo: uma introdução", sugere que o sofrimento faz com que o homem deixe de se interessar pelas coisas do seu mundo, uma vez que estas não dizem respeito à sua dor, e passe por um processo de introspecção: "enquanto sofre, deixa de amar"^{13:94}. Embora, neste processo, haja invariâncias, sabe-se que a forma como cada um lida com sua dor varia de acordo com as especificações da patologia e características de personalidade do sujeito.¹⁴

Kubler Ross (1995) observa que o modo de manifestação da patologia (breve ou duradouro; presença ou ausência de dor, alterações físicas etc.), a personalidade e capacidade de frustração do indivíduo acometido, assim como sua relação com os profissionais de saúde interferem na vivência do adoecimento.¹⁵ Neste sentido, a partir de uma leitura e interpretação qualitativa dos dados, pôde-se levantar alguns aspectos relevantes para a compreensão, do ponto de vista psicológico, da enfermidade em questão e captar algumas características que levam seus portadores a terem uma atitude negativa frente à doença.

Na literatura, existe embasamento, para esta percepção, em estudo qualitativo com 8 indivíduos do sexo masculino com DM, realizado com o objetivo de conhecer suas percepções quanto ao tratamento. Percebeu-se que os homens têm dificuldades na adesão ao tratamento, enfatizando-se as mudanças de comportamento e de autocuidado que devem necessariamente ocorrer. Dentre os motivos para dificuldade na adesão ao tratamento, estavam o reconhecimento de suas necessidades juntamente a cultura pessoal que rejeita a possibilidade de adoecer e a falta de ações do sistema único de saúde destinadas ao sexo masculino.¹⁶

Uma das reflexões levantadas é a de que a necessidade de mudança de hábitos é percebida pela maioria dos diabéticos como parte essencial do tratamento, mas é difícil fazer essa passagem.¹⁶ Nesta linha de raciocínio, os achados deste estudo estão em consonância e, assim, percebe-se que, no processo deste adoecer, há peculiaridades. Há a vivência temporária, no que concerne às doenças curáveis, quando o "tornar-se doente" é provisório e caracterizado pelo estar "mal" e se recuperar, em que há a possibilidade de cura e a mudança do *status* de doente; em contrapartida, há a vivência permanente do "estar doente", típica das doenças crônicas, tais como o DM2.¹⁷

Nas doenças crônicas, o "sentir -se mal" antecede a constatação do "estar doente" e, a partir de algumas situações, leva à percepção e incorporação, por parte do indivíduo, do *status* "sou doente". Do ponto de vista médico, o que caracteriza a transformação do sujeito passível ao adoecimento em "sujeito-da-doença" é o processo de diagnóstico, o qual incorpora exames clínicos, laboratoriais e outros.¹⁸

Conforme observado no ATT-19, os sujeitos deste estudo criam um "cartão de apresentação", o DM fica assimilado em suas existências, acompanhado de um grande desconforto. Embora incorporem o "rótulo", nem sempre há um entendimento preciso do sentido e da implicação dos termos pronunciados. Muitos indivíduos com DM parece não perceberem sua condição como séria e adiam as mudanças de estilo de vida até que complicações da DM apareçam.¹⁹ Foi possível, também, verificar uma dissociação entre a doença, na medida em que o indivíduo se percebe como "sujeito-da-doença", e o tratamento; como se este segundo fosse imposto de fora, e não uma condição inerente ao DM; nestas ocasiões, surgem sentimentos de indignação com a situação; além de serem "diabéticos", ainda necessitam de vários cuidados.

Neste último modo de ação frente ao DM, não há sequer a percepção consciente de que a patologia decorreu, em parte, das escolhas e do estilo de vida pregressos do agora "doente". Esta vivência de dissociação emocional ocasiona alterações em vários âmbitos da vida cotidiana do sujeito, tais como o social e o íntimo, e precisa ser elaborada para que o portador da DM recupere suas funções plenas. No social, enquanto se percebe como 'homem normal', ele se sente inserido na sociedade, trabalha, produz, age. Sentir-se em boa saúde é uma necessidade do homem produtivo; aos portadores do DM,

proceder um movimento de “normalização da doença” e poder incorporar as mudanças e ajustes que esta impõe à vida como rotina, minimiza o impacto da doença em suas identidades e dá uma oportunidade para que estes não percam suas funções na sociedade. No contexto íntimo, a capacidade de resignação do indivíduo e a naturalidade em sua auto-observação promovem a permissão para que se comparem a outros sujeitos portadores de DM, em busca de um significado subjetivo para este *status* e aceitação. Viver com a doença e aceitar as alterações, decorrentes dela, em relação à “normalidade”, uma vez que seus efeitos adversos não podem ser ignorados, perpassa assim pela necessidade de uma aprendizagem integral do sujeito.²⁰

O segundo processo ficou caracterizado pelas questões que investigam o modo como o sujeito acometido pela DM2 percebe a doença e as limitações adquiridas em decorrência dela, sentimentos de incapacidade e inabilidade. Enquanto doente, o portador do diabetes tem alguns desafios. Os indivíduos com DM temem a doença e têm receio das complicações que possam surgir, sabem que é fundamental o tratamento, entretanto todas as mudanças comportamentais são referidas como “difíceis”, enfatizando-se o tratamento medicamentoso como uma obrigação e o tratamento não medicamentoso como restrições.¹⁶

Na literatura, observamos que os temores do portador de DM são de ordens complexas e acompanham o diagnóstico e o curso da patologia. Pelo senso comum, há o conhecimento de que o DM ocasiona prejuízos vasculares importantes e está associado a situações relacionadas ao receio de, por exemplo, “derrames”, amputações de membros inferiores, problemas de vista, dentre outros que reduzem a expectativa e qualidade de vida. As mudanças na alimentação também têm um alto impacto em suas rotinas, assim como todas as transformações preconizadas a estes sujeitos no tratamento da doença: combate ao sedentarismo, tabagismo, privação do álcool e necessidade de rotina. A deterioração da capacidade laboral e o receio quanto a perda de poder aquisitivo e expressão econômica estão também dentro do rol das limitações temidas.²¹

Assim, ser “diabético”, ou seja, ser doente, envolve uma série de consequências que, pertinentes ou não, remetem a uma situação de marginalidade, de diferença, e implicam na necessidade de um processo psicológico de elaboração e consequente aceitação. Esta

situação faz com que o doente se sinta constantemente em desequilíbrio e, por conseguinte, inepto para dar prosseguimento às suas atividades de forma autêntica, já que a doença impõe ao indivíduo a constante necessidade de ser cuidado e vigiado; e o processo de adaptação requer a aceitação da parceria com os profissionais e pessoas íntimas que cumprem esta função.²²

Outros aspectos deste segundo núcleo do questionário podem ser compreendidos pela psicossomática. A psicologia e a medicina, há algumas décadas, se interessam pelo modo como cada sujeito vivencia suas emoções e a forma pela qual esta interfere em seu corpo. As emoções (medo, ira, amor) são situações novas frente às quais o organismo se desequilibra e se prepara para descarregá-las através dos músculos voluntários do corpo.²³ No entanto, quando, por questões da personalidade, este mecanismo falha, são os músculos involuntários, como o estômago, intestino, coração e os vasos sanguíneos, que atuam. A doença psicossomática aparece na impossibilidade de pensar, chorar, ou seja, elaborar a emoção.²³

Nota-se uma escassez na representação simbólica da doença nos sujeitos avaliados e um movimento de vitimização. A linguagem dos órgãos não acompanha a percepção das emoções correlatas, e o adoecer de determinado órgão é a forma inconsciente de o indivíduo proclamar seu sofrimento, por não conseguir fazê-lo de outra forma.²⁴ A dinâmica emocional de funcionamento do indivíduo com DM é caracterizada pela dificuldade em amar e perder, de lidar com a frustração. Em uma meta-análise, as percepções negativas do DM foram associadas à saúde emocional debilitada, acarretando em falha para o autocuidado e aparecimento de depressão.²⁵

CONCLUSÃO

Indivíduos com DM apresentam dois processos centrais que dificultam o enfrentamento positivo que poderia resultar no processo de adaptação à doença e melhor adesão ao tratamento, consequentemente, reduzindo comorbidades e otimizando a qualidade de vida. As dificuldades relativas ao adoecimento envolvem a totalidade do sujeito em suas dimensões biopsicossociais, contribuem negativamente para a condição psíquica e emocional e prejudicam sua qualidade de vida.

A dor psíquica, tão comum aos indivíduos com DM, ocasiona sentimento de ansiedade a respeito da saúde, ideias autodestrutivas e relações preconceituosas com o mundo ao seu redor. O aspecto emocional, portanto,

apresenta papel central na gênese do DM2, e a forma como este é vivenciado é de suma importância, pois facilita a elaboração e aceitação da doença para obtenção de uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [internet]. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica [n. 36. Série A]; 2013 [cited 2014 June 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde [internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022;2011 [cited 2014 June 14]. Available from: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf
3. Schmidt ML, Duncan BBE, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet [internet]. 2011 May [cited 2014 June 14];377(9781):1949-61. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60135-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60135-9.pdf)
4. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: A meta-analysis and meta-regression. [internet]. 2004 Jan [cited 2014 June 14];52(1):97-105. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0738399103000168/1-s2.0-S0738399103000168-main.pdf?_tid=0c5ba7c4-8d21-11e5-9e3a-00000aacb361&acdnat=1447761058_9152fef2615515b1d6ac18bbe51e0e0a
5. Trento M, Passera P, Bajardi M, Tomalino M, Grassi G, Borgo E et al. Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type II diabetes: a 4-years randomized controlled clinical trial. Diabetologia [internet]. 2002 sep [cited 2014 June 14];45 (9):1231-9. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-002-0904-8>
6. Doise W. Atitudes e representações sociais. In: Jodelet D. As representações sociais. Tradução L. Ulup. Rio de Janeiro: UERJ, 2000. p. 187-204.
7. Torres-López TM, Sandoval-Díaz MS, Pando-Moreno M. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad Saúde Pública Rev Saúde Públ [internet]. 2005 Jan/Feb [cited 2014 June 14]; 21 (1):101-10. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n1/12.pdf>
8. Torres HC, Hortale VA, Schall V T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. Rev Saúde Públ [internet]. 2005 dec [cited 2014 June 14]; 39 (6):906-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26984.pdf>
9. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. Rev Saúde Pública [internet]. 2009 Feb [cited 2014 June 14];43(2):291-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/05.pdf>
10. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black W. Análise Multivariada de dados. Porto Alegre. RS, 5th ed. 2005.
11. STATISTICA® 7.0 for Windows. StatSoft, Inc. Data analysis software system. [cited 2014 June 14]. Available from: www.statsoft.com
12. Gauderer EC. Abordagem Prática da Pessoa Cronicamente Doente. ARS Cvrandi.1988 June; 21 (5):54-8.
13. Freud S. (1914b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1990, v. 14., p. 83-119.
14. Angerami CE. A Psicologia Entrou no Hospital. São Paulo: Pioneira, 1995. p.147.
15. Kübler-Ross E (1991). Sobre a morte e o morrer. São Paulo, SP: Editora Martins Fontes.
16. Silva Junior RF, Santos ICCB, Souza JS, Dias RSF, Torres SAS, Torres JPRV. Percepção masculina quanto ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do diabetes tipo II. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 July [cited 2015 Aug 30];9 (Supl. 6):8698-705. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/7611/pdf_8254
17. Marcelino DB, Carvalho MDB. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua relação com o emocional. Psicol Reflex Crit [internet]. 2005 Jan/Apr [cited 2014 June 14];18(1):72-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24819.pdf>
18. Barbosa, RF, Duarte CAM, Santos LP. Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso. Psicol Cienc Prof [internet].

Touso MFS, Gonçalves NEXM, Ferrauda AS et al.

Dificuldades emocionais e psicológicas em...

- 2012 Jan [cited 2014 June 14];32(2):472-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n2/v32n2a14.pdf>
19. Van Puffelen AL, Heijmans MJ, Rijken M, Rutten GE, Nijpels G, Schellevis FG. Illness perceptions and self-care behaviours in the first years of living with type 2 diabetes; does the presence of complications matter? Psychol Health [internet]. 2015 Nov [cited 2014 June 14];1:1-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25925788>
20. Amorim MM, Ramos N, Brito MJ, Gazzinelli MF. Identity representations of people with diabetes. Qual Health Res [internet]. 2014 Nov [cited 2014 June 14];6;24(7):913-922. Available from: <http://qhr.sagepub.com/content/24/7/913.full.pdf+html>
21. Papasporou M, Laschou VC, Partsipoulou P, Fradelos EC, Kleisaris CF, Kalota MA et al. Fears and Health Needs of Patients with Diabetes: A qualitative research in Rural Population. Med Asch [internet]. 2015 June [cited 2014 June 14]; 69(3):190-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500317/pdf/MA-69-190.pdf>
22. Dias DG, Santana MG, Santos E. Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado. Rev Bras Enferm [internet]. 2006 Mar/Apr [cited 2014 June 14];59(2):168-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a09.pdf>
23. Silva SÉD, Padilha, MI, Rodrigues, ILA, Vaconcelos EV, Santos LMS, Souza RF, Conceição VM. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. Rev Bras Enferm [internet]. 2010 May/June [cited 2014 June 14];63(3):404-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a09v63n3.pdf>
24. Ribas CRP, Santos MAS, Teixeira CRS, Zanetti ML. Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um programa de Educação em Saúde. Rev Enferm [internet]. 2009 Apr/June [cited 2014 June 14];17(2):203-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a11.pdf>
25. Hudson JL, Bundy C, Coventry PA, Dickens C. Exploring the relationship between cognitive illness representations and poor emotional health and their combined association with diabetes self-care. A systematic review with meta-analysis. J Psychosom Res [internet] 2014 Apr [cited

2014 June 14];76(4):265-74. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0022399914000464/1-s2.0-S0022399914000464-main.pdf?_tid=c8cd153e-8d29-11e5-8636-00000aab0f6c&acdnat=1447764810_86fa13b71ddfb57d1efa0aeb9246f04e

Submissão: 24/05/2015
Aceito: 23/12/2015
Publicado: 01/02/2016

Correspondência

Helena Siqueira Vassimon
Universidade de Franca
Programa de Promoção de Saúde
Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201
Pq. Universitário
CEP 14404-600 - Franca (SP), Brasil