



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

PRISCILLA MOREIRA OHNO

**COGNIÇÕES E *COPING* COGNITIVO RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA
EM DIABÉTICOS**

Belo Horizonte

2017

PRISCILLA MOREIRA OHNO

**COGNIÇÕES E *COPING* COGNITIVO RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA
EM DIABÉTICOS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Desenvolvimento Humano

Linha de pesquisa: Diferenças Individuais

Orientador: Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro

Belo Horizonte

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

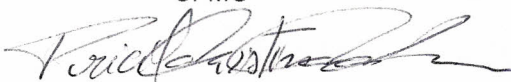
Cognições e Coping Cognitivo relacionados a Qualidade de Vida em Diabéticos

PRISCILLA MOREIRA OHNO


Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração DESENVOLVIMENTO HUMANO, linha de pesquisa Desenvolvimento e Diferenças Individuais.

Aprovada em 15 de fevereiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Maycoln Leodi Martins Teodoro - Orientador
UFMG


Prof(a). Priscila Cristina Correa Ribeiro
UFMG


Prof(a). LEONARDO MAURÍCIO DINIZ
UFMG


Prof(a). Gustavo de Val Barreto
Centro universitário UNA

Belo Horizonte, 15 de fevereiro de 2017.

150 Ohno, Priscilla Moreira
O38c Cognições e coping cognitivo relacionados à qualidade de
2017 vida em diabéticos [manuscrito] / Priscilla Moreira Ohno. -
2017. 157 f.
 Orientador: Maycoln Leôni Martins Teodoro.

 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
 Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
 Inclui bibliografia

 1.Psicologia – Teses. 2.Diabetes - Teses. 2.Depressão
 mental - Teses. 3. Qualidade de vida - Teses. I. Teodoro,
 Maycoln Leôni Martins. II. Universidade Federal de Minas
 Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
 III.Título.

Dedico este trabalho a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e acadêmico, tornando possível a realização deste trabalho. Em especial, àqueles que lutam para terem uma vida melhor mesmo diante de uma doença clínica tão incapacitante como a diabetes. Enfrentar as crises de hipoglicemia, a mudança nos hábitos de vida, cuidar de si mesmo diariamente convivendo com o risco iminente de complicações ou mesmo de uma morte prematura, não é fácil. Tudo isso me ensinou a valorizar mais a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida. Por nunca me desamparar, por colocar em meu caminho pessoas queridas e especiais que me apoiaram, auxiliaram, ensinaram, compartilharam comigo tantos momentos de conquistas e realizações, pessoais e profissionais.

Agradeço aos meus pais por todas às vezes que me deram forças para seguir adiante. Por todos os valores que me ensinaram e que fizeram de mim uma pessoa melhor, e por estarem comigo incondicionalmente até hoje.

Aos meus irmãos Thiago e Arnaldo pelo companheirismo e amizade de sempre, pelo apoio e torcida em todos os momentos, por estarem comigo em qualquer tempo e circunstância.

Ao meu marido Kelson por estar ao meu lado todo esse tempo me apoiando e incentivando para que eu trilhasse meu próprio caminho e crescesse profissionalmente.

Agradeço ao Maycoln, meu orientador, que com paciência e dedicação me acompanhou durante todos esses anos, me mostrando o caminho para me tornar uma profissional e uma pessoa melhor. Agradeço pela sua sinceridade, pelo seu companheirismo e apoio nesta jornada, por todo o conhecimento que compartilhou comigo, e por acreditar e confiar em mim quando eu mesma duvidava.

Aos meus professores, pelos ensinamentos que me ajudaram a desenvolver minhas habilidades. Por todos os dias que vocês moldaram e lapidaram o conhecimento contribuindo verdadeiramente para a minha formação.

Às “minhas meninas de ouro” Ana Carolina, Sofia, Luanna e Juliana que tornaram esse trabalho muito mais fácil e prazeroso. Mais do que alunas de iniciação científica, e que contribuíram grandemente para a condução desse trabalho, foram grandes companheiras e amigas. Vocês me enchem de orgulho!

Aos meus colegas do LabCog, pela ajuda e disponibilidade durante esse tempo, e por compartilharem tantos momentos de aprendizagem e novas descobertas. Agradeço especialmente à Mariana, ao Santhiago e à Suzana que trilharam comigo as empreitadas acadêmicas, sendo mais do que companheiros de equipe amigos valiosos e indispensáveis.

O conhecimento amplia a vida. Conhecer é viver uma realidade que a ignorância impede desfrutar. Ninguém pode ir ao lugar que se propõe, se ao mesmo tempo pretende permanecer no ponto de partida.

Raumsol

RESUMO

OHNO, P. M. Cognições e coping cognitivo relacionados à qualidade de vida em diabéticos. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença grave, de etiologia múltipla, ocasionada pela deficiência na secreção e/ou ação da insulina e, se não tratada de forma rigorosa, pode trazer graves complicações para a saúde. O curso e prognóstico da DM dependem da qualidade do controle do paciente, o que requer práticas de autocuidado, o que pode ser dificultado por um quadro depressivo, por exemplo. A presente dissertação teve como objetivo a investigação da intensidade de cognições disfuncionais, qualidade de vida (QV) e estratégias cognitivas de enfrentamento (*coping* cognitivo) em grupos de pacientes diabéticos com e sem sintomas de depressão. Inicialmente foi conduzida uma revisão narrativa da literatura sobre estudos que avaliaram a relação diabetes-depressão e os impactos dessa associação na QV dos pacientes diabéticos, bem como as cognições disfuncionais e *coping* cognitivo dos mesmos. A revisão mostrou que a presença da depressão potencializa os impactos negativos no controle da diabetes, o que pode dificultar o tratamento e diminuir a QV do sujeito. Quanto às cognições disfuncionais, os estudos sugerem que estilos cognitivos negativos e processamento falho de informações, produzem um maior risco de eclosão da depressão nesses indivíduos e que cognições negativas interferem no estado de ânimo e adesão ao tratamento, resultando em mais complicações. Já a busca por estudos que avaliaram as estratégias cognitivas de enfrentamento mais utilizadas por pessoas com DM não foi conclusiva, uma vez que este tema não foi avaliado nesse público até o presente, o que pode ser devido à escassez de instrumentos de avaliação apropriados. Sendo assim, viu-se a necessidade de adaptar para o Brasil, uma ferramenta de avaliação desse construto, o *Cognitive Emotional Regulation Questionnaire* (CERQ). Os resultados encontrados nesse processo indicam a adequação do CERQ para a avaliação desse construto na população geral, uma vez que a estrutura fatorial encontrada foi semelhante à estrutura original e demais versões desse instrumento. Esse estudo serviu como base para a construção de uma versão específica do CERQ para pessoas com DM que foi utilizada na investigação do *coping* cognitivo desse público. Diante das constatações e hipóteses levantadas na revisão, foi realizado um estudo comparativo com 43 participantes, todos diagnosticados com DM, sendo 13 com sintomas depressivos proeminentes e 30 sem esses sintomas, no intuito de avaliar as cognições, *coping* cognitivo, QV e nível de sofrimento emocional. Os participantes foram avaliados individualmente por meio de entrevistas clínicas e testes padronizados. Os resultados mostraram que os pacientes diabéticos com sintomas depressivos apresentam pior QV, maior sofrimento emocional decorrente da DM, bem como mais cognições disfuncionais do que aqueles sem esses sintomas. Além disso, mostrou-se que as estratégias cognitivas menos adaptativas utilizadas pelos diabéticos para lidarem com a doença, são as que mais se associam à pior QV e maior sofrimento emocional. Por fim, mesmo considerando a DM como algo negativo e estressante, as estratégias mais utilizadas por esse público para lidar com essa doença são aquelas mais adaptativas o que pode contribuir para um melhor ajustamento psicossocial e QV. Sugestões de novas pesquisas que deem continuidade às questões levantadas são apresentadas.

Palavras-chave: diabetes mellitus; depressão; qualidade de vida; tríade cognitiva; crenças cognitivas; *coping* cognitivo

ABSTRACT

OHNO, P. M. Cognitions and cognitive coping related to quality of life in diabetics. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

Diabetes Mellitus (DM) is a serious illness, of multiple etiology, caused by the deficiency of insulin secretion and/or its action. If not treated accurately, DM can bring several health complications. The course and prognostics of DM depend on the level of self-control of the patient, which can become difficult if the person has a condition such as depression. The present work aimed the investigation of the intensity of dysfunctional cognitions, quality of life (QL) and cognitive coping, in groups of diabetic patients with and without symptoms of depression. First, a literature review was conducted about studies that evaluated the relation between diabetes and depression and the impacts of this association in diabetic patients' QL. This review also addressed dysfunctional cognitions and cognitive coping strategies. The results of the review show that the presence of depression amplifies the negative impacts on the diabetes control, which can make treatment more difficult and decrease the subject's QL. As for the dysfunctional cognitions, studies suggest that negative cognitive styles and flawed information processing increase the risk of depression in these individuals, and that negative cognitions interfere on the vitality and adherence to treatment, which may lead to more complications. On the other hand, the search for studies that evaluate the types of cognitive coping most used by patients with DM was inconclusive, since such aspect has yet to be studied in this type of group. This may be due to the lack of appropriate evaluation instruments. Therefore, there was a need to adapt to Brazil an evaluation instrument of this construct, the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ). The results found in this process indicate that CERQ is appropriate to evaluate this aspect in the general population, since the factorial structure found was similar to the original structure and other versions of the instrument. This study was used as a base line for the construction of a specific version of CERQ – for people with diabetes – which was used in the investigation of their cognitive coping. Before the confirmations and hypothesis raised in the literature review, a comparative study was conducted with 43 participants, all diagnosed with DM, 13 of whom expressed clear symptoms of depression and 30 who did not show depression symptoms. The objective of this comparative study was to evaluate the cognitions, cognitive coping, QL and level of emotional suffering. Participants were evaluated individually with clinical interviews and standardized tests. The results showed that diabetics with depression symptoms have worse QL, more emotional suffering due to DM, as well as more dysfunctional cognitions, than others without depression symptoms. Moreover, it was showed that the less adaptive cognitive coping strategies used by diabetics to deal with the illness are the ones that are more associated with worse QL and more emotional suffering. At last, even considering DM as something negative and stressful, the strategies that were most used by this public to deal with the disease are the more adaptive approaches which can contribute to a better psycho-social adjustment and QL. Lastly, suggestions of new researches that would continue the matters raised are presented.

Key-words: diabetes mellitus; depression; quality of life; cognitive triad; cognitive beliefs; cognitive coping.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema representativo dos correlatos biológicos do modelo cognitivo da depressão.....	37
Figura 2 – Gráfico de sedimentação do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ).....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Adequações dos itens do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ)	54
Tabela 2 – Itens do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ)	56
Tabela 3 – Características sociodemográficas da amostra da análise fatorial exploratória	63
Tabela 4 – Características sociodemográficas da amostra da análise fatorial confirmatória	64
Tabela 5 – Distribuição dos itens, cargas fatoriais, variância explicada e consistência interna da versão exploratória do CERQ-B	66
Tabela 6 – Resumo dos resultados para os modelos de oito e nove fatores do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva	68
Tabela 7 – Itens divididos por fatores com respectivas correlações item-total	69
Tabela 8 – Correlações entre os fatores do CERQ-B	71
Tabela 9 – Média, desvio-padrão, mediana e percentis dos fatores do CERQ-B, de acordo com o sexo do participante	73
Tabela 10 – Média e desvio-padrão dos fatores do CERQ-B, de acordo com a idade e tipo de coleta	75
Tabela 11 – Confiabilidade do alfa de Cronbach dos fatores do CERQ-B, teste-reteste	76
Tabela 12 – Correlações entre os fatores do CERQ-B e sintomas depressivos e ansiosos	77
Tabela 13 – Características demográficas e clínicas dos participantes dos grupos I e II	84
Tabela 14 – Problemas e/ou transtornos mentais apresentados pelos participantes	91
Tabela 15 – Média, desvio-padrão e significância entre os grupos não deprimidos e deprimidos em relação a qualidade de vida e sofrimento emocional específico da diabetes	92
Tabela 16 – Correlações entre as cognições e qualidade de vida e sofrimento emocional específico da diabetes	94
Tabela 17 – Média, desvio-padrão e significância entre os grupos não deprimidos e deprimidos em relação as cognições	95

Tabela 18 –	Frequência de respostas nos itens do ITC de acordo com os grupos não deprimidos e deprimidos	97
Tabela 19 –	Frequência de respostas nos itens da EPD de acordo com os grupos não deprimidos e deprimidos	99
Tabela 20 –	Correlações entre as estratégias cognitivas de enfrentamento e qualidade de vida e sofrimento emocional específico da diabetes	101
Tabela 21 –	Tipo e frequência das estratégias cognitivas de enfrentamento utilizadas pelos pacientes diabéticos	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i> / Associação Americana de Diabetes
AF	Análise Fatorial
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AIC	<i>Akaike Information Criterion</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i> / Associação Americana de Psiquiatria
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
B-PAID	Versão brasileira do Questionário de avaliação dos problemas relacionados a diabetes
CERQ	<i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i>
CERQ-B	Questionário de Regulação Emocional Cognitiva
CERQ-BD	Questionário de Regulação Emocional Cognitiva para Diabéticos
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CS	Centro de Saúde
DE	Desregulação Emocional
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DP	Desvio-padrão
EDM	Episódio depressivo maior
EED	Estresse específico da diabetes
EPD	Escala de Pensamentos Depressivos
GRID-HAMD	Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAMD	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
HbA1c	Hemoglobina glicada
HC	Hospital das Clínicas
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPA	Hipotalâmico-pituitário-adrenal

IDF	<i>International Diabetes Federation/ Federação Internacional de Diabetes</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
ITC	Inventário da Tríade Cognitiva
KMO	Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatry Interview</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAID	Questionário de avaliação dos problemas relacionados a diabetes
PANAS	Escala de Afetos Positivos e Negativos
PAs	Pensamentos automáticos
QV	Qualidade de Vida
QVED	Qualidade de vida específica na diabetes
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
RE	Regulação Emocional
RS	Rio Grande do Sul
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SEED	Sofrimento emocional específico da diabetes
SEEM	Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey</i>
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A – Critérios utilizados na revisão de literatura

Apêndice B – Carta convite da coleta no formato online

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice D – Questionário de Dados do Participante

Apêndice E – Questionário de Regulação Emocional Cognitiva

Apêndice F – Questionário de Dados do Paciente

Apêndice G – Questionário de Regulação Emocional Cognitiva para Diabéticos

Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes do Centro de Saúde

Anexo A – SF-36

Anexo B – Inventário da Tríade Cognitiva

SUMÁRIO

ABSTRACT.....	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE TABELAS.....	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS.....	14
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Apresentação.....	18
1.2. Diabetes Mellitus: Diagnóstico e Prevalência	20
1.3. Diabetes e Depressão: causa ou consequência?.....	23
1.4. Diabetes e Depressão: Impactos na Qualidade de Vida	25
1.4.1. Relação/associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em diabéticos	26
1.4.2. Sintomas depressivos em diabéticos: fatores associados a comorbidade depressão- diabetes, dentre eles a qualidade de vida	28
1.4.3. Complicações, comorbidades e outros fatores relacionados à qualidade de vida em diabéticos, dentre eles a depressão	30
1.4.4. Impacto da terapia medicamentosa em sintomas depressivos e qualidade de vida de pacientes diabéticos	31
1.5. Modelo Cognitivo da Depressão.....	34
1.6. Cognitiones Disfuncionais na Diabetes	38
1.7. Estratégias cognitivas de enfrentamento na diabetes.....	44
2. TRADUÇÃO BRASILEIRA E ADAPTAÇÕES DOS ITENS DO COGNITIVE EMOTION REGULATION QUESTIONNAIRE	48
2.1. Etapa 1: Tradução e validade de conteúdo dos itens do CERQ	52
2.1.1. Objetivo.....	52
2.1.2. Método	52
2.1.2.1. Análise de conteúdo dos itens	52
2.1.2.1.1. Participantes.....	52
2.1.2.1.2. Instrumento.....	53
2.1.2.2.3. Procedimentos.....	53
2.1.2.2.4. Análise dos dados	54
2.1.3. Resultados e Discussão	54

2.1.4. Versão Final do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B).....	55
2.2. Etapa 2: Validade Interna do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B).....	58
2.2.1. Objetivos	58
2.2.1.1. Objetivo Geral	58
2.2.1.2. Objetivos Específicos.....	58
2.2.2. Método	58
2.2.2.1. Participantes	58
2.2.2.2. Instrumentos	59
2.2.2.3. Procedimentos éticos.....	60
2.2.2.4. Procedimentos para coleta de dados	60
2.2.2.5. Procedimentos para análise de dados.....	61
2.2.3. Resultados	62
2.2.3.1. Características da amostra e das variáveis da AFE.....	62
2.2.3.2. Características da amostra da AFC	62
2.2.3.3. Análise exploratória do modelo (AFE)	64
2.2.3.4. Consistência interna	65
2.2.3.5. Teste dos modelos (AFC).....	68
2.2.3.6. Validade de construto do CERQ-B.....	68
2.2.3.7. Diferenças de Sexo, Idade e Tipo de coleta	71
2.2.3.8. Confiabilidade teste-reteste e consistência interna do CERQ-B	75
2.2.3.9. Correlações entre o CERQ-B e sintomas depressivos e ansiosos.....	76
2.3. Considerações Finais	80
3. COGNIÇÕES E COPING COGNITIVO RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA EM DIABÉTICOS	82
3.1. Objetivos	82
3.1.1. Objetivo Geral	82
3.1.2. Objetivos Específicos.....	83
3.2. Método	83
3.2.1. Participantes	83
3.2.2. Instrumentos	85
3.2.3. Procedimentos Éticos e de Pesquisa	88
3.2.4. Análise dos Dados	90

3.3. Resultados	90
3.3.1. Depressão e outros transtornos mentais	90
3.3.2. Qualidade de vida e sofrimento emocional específico da diabetes	91
3.3.3. Cognições disfuncionais.....	92
3.3.4. Estratégias cognitivas de enfrentamento	100
3.5. Discussão.....	104
4. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES.....	129
ANEXOS	147

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

As doenças orgânicas estão comumente associadas a um maior risco de desenvolvimento de problemas e/ou transtornos psicológicos (White & Trief, 2007; Doherty & Gaughran, 2014). Os indivíduos doentes, muitas vezes, têm necessidade de se submeter a tratamentos clínicos debilitantes, que contribuem ainda mais para aquele risco, além de experimentarem diminuição da qualidade de vida, bem como a interferência negativa nos seus relacionamentos interpessoais. A maior parte dos problemas psicológicos comuns, como transtornos de ansiedade e transtornos afetivos, aparece concomitantemente às manifestações clínicas da doença (White & Trief, 2007; Holahan et al., 2010). Esse quadro se agrava quando a doença em questão é de curso crônico, como a diabetes por exemplo. A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença grave caracterizada pela presença de níveis elevados de açúcar no sangue (hiperglicemia) que pode ser decorrente da falta de insulina ou da resistência à sua ação no organismo. Na primeira situação têm-se um quadro denominado de diabetes mellitus tipo 1, e na segunda a diabetes mellitus tipo 2, sendo esta a forma mais comum de DM, representando mais de 90% dos casos (World Health Organization [WHO], 1999).

O curso e o prognóstico da DM são diretamente influenciados pelo nível do controle metabólico, muito dependente, entre outros fatores, da qualidade do autocuidado que o paciente é capaz de adotar. As mudanças no estilo de vida para atender às exigências diárias do tratamento podem conduzir a um quadro de depressão – um transtorno do humor que reconhecidamente acarreta prejuízos em diferentes aspectos da vida social e cognitiva. Há evidências que cerca de 10 a 15% dos diabéticos apresentem sintomas depressivos, e que a diabetes seja a causa ou esteja interligada a eles (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001; Tanenbaum et al., 2013). Além disso, o impacto negativo nos comportamentos de autocuidado da diabetes pode estar relacionado à desesperança comumente encontrada em indivíduos deprimidos (White & Trief, 2007).

A depressão – sintomática ou não – provoca impacto negativo no controle da diabetes, dificultando o tratamento e diminuindo a qualidade de vida (QV). A DM tem efeito menor do que a depressão sobre a QV do diabético (Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, 2004), o que evidencia a importância de uma abordagem terapêutica precoce para o transtorno depressivo, a

fim de que o paciente possa gerir de forma mais efetiva a DM. Acredita-se que uma modalidade terapêutica para este grupo seja a terapia cognitivo-comportamental, de eficácia já reconhecida para pacientes deprimidos (Beck & Alford, 2011). De acordo com o modelo da terapia cognitiva, pacientes deprimidos apresentam negatividade acentuada, manifestada principalmente na sua forma de interpretar a realidade, e que conduz à manifestação sintomática característica deste transtorno de humor. Além disso, ocorrem erros sistemáticos no processamento da informação recebida do meio e na forma de verem a si, os outros e o futuro, mantendo crenças distorcidas mesmo diante de evidências contrárias (Beck, 2008). Tal característica confere ao indivíduo um nível acentuado de sofrimento psíquico, emocional e um funcionamento social inadequado. Detectar a cognição disfuncional é essencial para o tratamento psicoterápico que se pauta em aspectos da reestruturação cognitiva e da mudança comportamental, visando melhor qualidade de vida para o indivíduo em sofrimento.

O temor pelas complicações do quadro e pela falta de suporte interpessoal é comum em algumas condições clínicas, como a diabetes. O indivíduo tende a reagir negativamente, desenvolvendo um quadro de estresse emocional, sofrendo mais ao tentar ajustar-se adequadamente à sua doença (Gonzalez, Fisher, & Polonsky, 2011). Um dos objetivos das intervenções psicossociais é educar os pacientes quanto ao seu transtorno e ensinar-lhes técnicas de resolução de problemas e estratégias de enfrentamento (*coping*) mais funcionais. Apesar disso, poucos estudos científicos têm se dedicado à investigação do *coping* em pacientes diabéticos, principalmente quanto às estratégias cognitivas utilizadas por eles para regular suas emoções diante da própria doença. Possivelmente, essa escassez se deva ao fato da ausência de ferramentas apropriadas para a avaliação desse construto. A identificação dessas estratégias é essencial para que esses indivíduos possam, posteriormente, regulá-las e adquirir um funcionamento psicossocial mais adequado. Diante disso, evidencia-se a necessidade de empreender esforços para desenvolver instrumentos adequados para esse tipo de investigação.

Diante do exposto, é esperado que indivíduos com depressão clinicamente manifesta, ou mesmo subclínica, possuam um rebaixamento na sua QV e que apresentem cognições disfuncionais e estratégias cognitivas de enfrentamento pouco efetivas, que podem conduzi-los a um sofrimento emocional mais intenso. Esse quadro tende a se agravar na presença de comorbidade com uma doença clínica debilitante como a diabetes. Apesar da importância de se avaliar as crenças e estratégias cognitivas de *coping* em indivíduos diabéticos, principalmente naqueles mais deprimidos, poucos estudos têm se dedicado a tais investigações. Sendo assim, pretende-se nesse trabalho colaborar com o preenchimento da lacuna encontrada na área,

sobretudo no contexto brasileiro, verificando-se a relação entre a intensidade do sintoma depressivo, cognição, estratégias cognitivas de enfrentamento e qualidade de vida nesse grupo clínico.

Nesse primeiro capítulo será apresentada a fundamentação teórica do trabalho, a partir da exposição da relação entre depressão e diabetes, bem como o impacto desta interação na qualidade de vida dos indivíduos diabéticos. Em seguida, serão apresentados os fundamentos do modelo cognitivo de Beck e os dados encontrados na literatura quanto às cognições disfuncionais e às estratégias cognitivas de enfrentamento desse grupo clínico. A partir da revisão realizada, verificou-se a escassez de estudos sobre o *coping* cognitivo nessa população, possivelmente devido à falta de ferramentas apropriadas para a investigação desse construto. Diante disto, viu-se a necessidade de traduzir e adaptar para o contexto brasileiro o *Cognitive Emotional Regulation Questionnaire*, um instrumento que avalia as estratégias cognitivas de enfrentamento que os indivíduos utilizam mediante um evento negativo ou estressor. Todo o processo de adaptação e verificação de algumas propriedades psicométricas, feito inicialmente para indivíduos da população em geral, será apresentado no capítulo 2. Este instrumento adaptado serviu como base para a versão específica utilizada para avaliar essas estratégias nos diabéticos, um dos principais objetivos deste trabalho. No capítulo 3 será apresentada a investigação conduzida com indivíduos diabéticos com o intuito de avaliar a presença e intensidade de cognições e sintomas depressivos, bem como as estratégias cognitivas de enfrentamento e QV destes indivíduos. Por fim, serão apresentadas as conclusões do trabalho e suas limitações.

1.2. Diabetes Mellitus: Diagnóstico e Prevalência

O termo “Diabetes mellitus” (DM), ou simplesmente diabetes, diz respeito a um conjunto de distúrbios metabólicos de etiologia múltipla, caracterizados por hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de proteínas, carboidratos e gorduras, provenientes de defeitos na ação da insulina ou na secreção deste hormônio, podendo ocorrer devido a essas duas condições concomitantemente (WHO, 1999). A diabetes pode ser classificada em diabetes tipo 1, tipo 2, gestacional e outros tipos específicos. A diabetes tipo 1 (DM1) resulta da destruição extensa das células beta do pâncreas, produtoras de insulina, determinando a deficiência absoluta desse hormônio no organismo. Esse tipo acomete mais frequentemente

crianças, adolescentes e adultos jovens. Os sintomas surgem de forma abrupta e têm progressão clínica acentuada e rápida, podendo levar ao coma hiperglicêmico em poucos dias.

Na diabetes tipo 2 (DM2) pelo menos duas situações estão presentes: redução da produção de insulina – relativa nos primeiros anos de doença e progressiva com a evolução – e má utilização da insulina pelo organismo, fenômeno atribuído à resistência a esse hormônio. É mais frequentemente diagnosticada em adultos acima dos 35 anos de idade, com evolução insidiosa e paucissintomática, pelo que pode passar despercebida por longos períodos de tempo e retardar o diagnóstico e tratamento. Os pacientes com DM2 são tratados com dieta alimentar, prática de exercícios físicos e medicação oral; ao longo da evolução, a maior parte dos pacientes demandará tratamento com insulina.

A diabetes gestacional acomete mulheres na gestação, mas normalmente desaparece após o término da gravidez. Percentual significativo destas mulheres desenvolverá diabetes do tipo 2 no futuro. Outros tipos de diabetes são mais raros e podem ser o resultado de defeitos genéticos específicos nas células Beta, doenças do pâncreas, endocrinopatias, drogas e infecções. A forma mais comum de DM é o tipo 2, que representa 90% do total de indivíduos, 80% destes obesos ou com sobrepeso, seguido em termos de frequência pela DM tipo 1 com cerca de 8% (American Diabetes Association [ADA], 2010).

O diagnóstico de diabetes é baseado nos sintomas clínicos de fome excessiva (polifagia), aumento da frequência e volume urinário (poliúria), sede excessiva (polidipsia) e boca seca, perda inexplicada de peso, cansaço excessivo e dores no corpo. O diagnóstico laboratorial é feito com base no achado de concentração aumentada de glicose no sangue. O diagnóstico de DM é estabelecido quando a glicemia em jejum está acima de 126 mg/dL e esse resultado é confirmado em pelo menos mais uma ocasião. As glicemias em jejum entre 100 e 125mg/dL indicam que a pessoa pode ser portadora de pré-diabetes, o que requer novo exame, como o teste de tolerância à glicose com sobrecarga oral de 75 g.; neste exame a glicemia não deve ultrapassar os 139 mg/dL após duas horas da ingestão da glicose. Ainda neste teste, níveis de glicemia entre 140 e 199 mg/dL caracterizam intolerância à glicose, ou pré-diabetes, e valores iguais ou superiores a 200 mg/dL confirmam o diagnóstico de diabetes. Uma glicemia aleatória – sangue coletado a qualquer hora do dia – superior a 200mg/dL., na presença de sintomas típicos, já é suficiente para o diagnóstico de DM. Em alguns casos o diagnóstico também pode ser feito com base na hemoglobina glicada ou HbA1c, uma forma de hemoglobina presente naturalmente nos eritrócitos humanos que serve para identificar altos níveis de glicemia durante um período de até 120 dias; por isso é mais utilizado como instrumento de avaliação do controle

glicêmico em pacientes diabéticos já em tratamento, do que propriamente constituir ferramenta diagnóstica. Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA) indivíduos com HbA1c entre 5,7 e 6,4 % são caracterizados como de risco para a diabetes e aqueles com HbA1c > 6,5% têm estabelecido o diagnóstico de DM, desde que confirmados em nova coleta (WHO, 1999; ADA, 2010).

Em uma recente revisão do Atlas de Diabetes, realizada pela Federação Internacional de Diabetes, percebe-se que o número de indivíduos com essa doença já ultrapassou a estimativa feita para 2030 (International Diabetes Federation [IDF], 2016). Atualmente, existem 415 milhões de adultos com diabetes (1 em cada 11 indivíduos) sendo que estimativas apontam que um em cada dois diabéticos ainda não foi diagnosticado. No Brasil, em 2012, essa população aproximava-se dos 12 milhões; em 2015, esse número já atingiu a marca de 14,3 milhões de indivíduos, representando 9,4% da população nacional (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2012; IDF, 2016). Um levantamento feito em 2011 pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) mostrou aumento de 0,3% na prevalência de diabetes autorreferida, representando 5,6% da população adulta brasileira, entre os anos de 2006 e 2011. Além disso, os dados apontaram também que a doença é mais comum na população mais velha, aparecendo em 21,6% das pessoas com mais de 65 anos, e em 15,2% daquelas que tem entre 55 e 64 anos (Brasil, 2012). Em 2014, esse mesmo levantamento apontou que 8,0% dos brasileiros relataram ter diagnóstico médico prévio de diabetes, sendo essa frequência de 7,3% entre os homens e de 8,7% entre as mulheres. O diagnóstico se torna mais comum com o avanço da idade em ambos os sexos, aumentando particularmente após os 45 anos de idade. Dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, 24,4% relataram ter diabetes (Brasil, 2015). Mesmo sabendo que a estratégia diagnóstica utilizada nestes levantamentos não é a mais apropriada, uma vez que o autorrelato pressupõe que o indivíduo saiba que tem a doença, não se pode negar que esse aumento acentuado nos índices de prevalência de diabetes na população brasileira (e também mundial) é alarmante. Esse aumento pode ser também devido ao fato de que, diante do avanço na área das ciências da saúde, as pessoas com a doença passaram a viver mais – longevidade. Atualmente, 12% das despesas mundiais de saúde são gastos com essa doença, e a cada 6 segundos uma pessoa morre com diabetes, sendo que na América Latina esse índice de mortalidade é superior às mortes decorrentes do HIV/AIDS, tuberculose e malária juntos (IDF, 2016).

A diabetes está associada a diversas complicações agudas e crônicas que pioram a QV dos pacientes e aumentam o índice de mortalidade deste grupo clínico (Brasil, 2002). Os

principais fatores de risco ao desenvolvimento de complicações são: hipertensão, hiperlipidemia, hiperglicemia e maus hábitos de vida como o tabagismo e o sedentarismo. As complicações mais importantes decorrentes da diabetes são: retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética, doença cardiovascular e pé diabético. Existem ainda as complicações agudas que incluem problemas metabólicos como as descompensações hiperglicêmicas, as hipoglicemias, as infecções – como furúnculos cutâneos e vulvovaginites –, as celulites, as infecções no trato urinário e no ouvido e as úlceras vasculares (ADA, 2008).

As mudanças necessárias para o tratamento da diabetes são, em grande parte, determinadas pelos sentimentos que os diabéticos têm sobre sua doença, bem como sobre o tratamento e sobre si mesmos, mostrando a importância de uma boa estrutura emocional para o sucesso do tratamento (Van der Ven, Weinger, & Snoek, 2002). Sentimentos como medo, angústia, insegurança, revolta e recusa ao tratamento são comuns após o estabelecimento do diagnóstico de DM. Além disso, o paciente passa a procurar pelos culpados por sua doença, vendo-a como uma forma de punição, tendo pensamentos negativos, desesperança, ansiedade, negação da situação e depressão (Marcelino & Carvalho, 2005; Fernandes 2014).

Em comparação aos não diabéticos, a QV em pacientes com diabetes é significativamente inferior, principalmente no domínio físico (Goldney et al., 2004; Oliva, Fernández-Bolano, & Hidalgo, 2012). Esse quadro se agrava na presença de comorbidades e complicações da doença e varia conforme o gênero, a idade, o tempo de diagnóstico e a quantidade de sintomas (Rubin & Peyrot, 1999; Thommasen, 2006; Amorim, 2009; Imayama, Plotnikoff, Courneya, & Johnson, 2011; Patel, Oza, Patel, Malhotra, & Patel, 2014). Os pacientes que possuem um maior número de comorbidades, mais fatores de risco, e que se tratam com insulina, aparentemente são mais propensos a terem uma pior QV e mais sintomas depressivos (Egede & Hernades-Tejada, 2013). A depressão pode atuar como agente complicador da diabetes, uma vez que interfere diretamente no estado de ânimo e afeta a capacidade do paciente de manter a doença sob controle (Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, 2004).

1.3. Diabetes e Depressão: causa ou consequência?

O Transtorno Depressivo Maior (TDM), também referido apenas como depressão, é um transtorno do afeto caracterizado pela presença de humor deprimido, perda do interesse ou do prazer por quase todas as atividades, podendo incluir alterações no apetite ou peso, no sono e

na atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, além de planos ou tentativas de suicídio (American Psychiatric Association [APA], 2014).

O controle da diabetes deve ser rigoroso e, quando não se tem êxito nesse controle, sentimentos de culpa, frustração, raiva, medo e desesperança passam a existir, levando o paciente à autoatribuição de fracasso. Tais sentimentos negativos provenientes do descontrole da doença promovem atitude pessimista do indivíduo em relação à sua doença e a si mesmo, levando à má saúde emocional e dificultando ainda mais o controle da diabetes (Van der Ven, Weinger, & Snoek, 2002; Tanenbaum, et al. 2013; Hudson, Bundy, Coventry, & Dickens, 2014).

Existe uma relação bidirecional e cíclica entre diabetes e depressão, na qual o agravamento de um quadro clínico gera efeitos diretos e indiretos no outro (Golden et al., 2009; Helman & Ciechanowski, 2010). Sendo uma doença metabólica, a diabetes pode ocasionar um funcionamento neuronal anormal, aumentando significativamente os danos neuronais, podendo promover uma desregulação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) e um comprometimento da reatividade ao estresse que geralmente estão associados à depressão (Prabhakar, Gupta, Kanade, & Radhakrishnan, 2015). A ativação excessiva do eixo HPA pode resultar em hipertensão, descontrole da glicemia e resistência insulínica (Ismail, 2010). Além disso, o envolvimento do sistema serotoninérgico tem sido bastante estudado como fator explicativo para a ligação entre depressão e diabetes. Os níveis mais baixos de serotonina têm sido associados à maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas depressivos em resposta a um estímulo ambiental estressante; estes sintomas se agravam na presença de comorbidades com uma doença crônica como a diabetes (Prabhakar et al., 2015). As alterações hormonais, em especial a hipercortisolemia, e o aumento da ativação imunoinflamatória podem estar relacionadas ao risco aumentado de diabetes em indivíduos deprimidos; e alterações no transporte de glicose em regiões corticais, que podem ocorrer em pessoas diabéticas, tendem a favorecer o aparecimento da depressão (Musselman, Betan, Larsen, & Phillips, 2003). Apesar dos processos causais ainda não terem sido claramente identificados, existe consenso de que a interação entre fatores fisiológicos, cognitivos e sociais aumenta a vulnerabilidade cognitiva para depressão nesses pacientes.

No que diz respeito à prevalência da associação depressão-diabetes, uma metanálise realizada por Anderson e colaboradores (2001) mostrou que a de depressão foi duas vezes maior

em pacientes adultos diabéticos quando comparados com os não diabéticos, sendo mais frequente nas mulheres (28,2%) do que nos homens (18%), e na população acometida de sintomas clínicos (32%), quando comparada à assintomática (20%). No estudo qualitativo de Tanenbaum e colaboradores (2013), 61% dos 70 participantes afirmaram que a diabetes causava diretamente seus sintomas depressivos ou estava interligada com eles. Do mesmo modo, Schmitz e colaboradores (2013) estudaram o curso longitudinal da depressão por três anos em pacientes diabéticos tipo 2 e identificaram quatro padrões distintos de depressão: um grupo sem depressão (66,7%), um grupo com aumento moderado de depressão ao longo do tempo (20,2%), um grupo com prevalência elevada e crescente do transtorno (6,5%), e um grupo com diminuição da prevalência de depressão (6,6%). Dois terços dos 1.388 participantes deste estudo não sofreram de depressão ao longo do tempo; no entanto, os demais foram classificados como de risco para o desenvolvimento do transtorno depressivo. Resultados semelhantes também foram encontrados por Meurs e colaboradores (2016) em um estudo de coorte realizado no norte da Holanda, entre os anos de 2006 e 2013, com 90.686 participantes. Os autores demonstraram que a depressão foi mais frequente em indivíduos diabéticos (com suspeita e/ou confirmação do diagnóstico de DM) do que naqueles que não apresentavam a doença.

Em uma condição clínica, crônica e incapacitante como a diabetes, é esperado que os pacientes diabéticos apresentem sintomas intensos de tristeza, estados subclínicos de disforia e estresse (SBD, 2015). Tais características podem proporcionar confusão na hora do diagnóstico de depressão nesses indivíduos e, assim, prejudicar o tratamento adequado para os mesmos. Geralmente, os indivíduos que apresentam um quadro de depressão como comorbidade de uma doença clínica recebem menos tratamento para este transtorno de humor do que aqueles que apresentam exclusivamente a depressão (Sartorius, 2001). No caso dos diabéticos, Katon e colaboradores (2004) mostraram que apenas 50% daqueles com a comorbidade depressão-diabetes foram corretamente diagnosticados, sendo que somente um terço deles recebeu o tratamento adequado. Os sintomas depressivos subclínicos (ou subsindrômicos) são comuns em indivíduos diabéticos e estão associados à diminuição do autocuidado e aumento de complicações da diabetes (SBD, 2015).

1.4. Diabetes e Depressão: Impactos na Qualidade de Vida

Como mencionado anteriormente, a diabetes pode trazer consequências diretas e indiretas para a vida do paciente, que comprometem diretamente a sua qualidade de vida. A

presença da depressão, somada ao quadro crônico, interfere nas atividades do dia a dia e, por isso, a relação entre diabetes, depressão e qualidade de vida será explorada a seguir.

As mudanças decorrentes da diabetes afetam de forma intensa a vida do paciente, sobrecarregando-o com as múltiplas exigências do tratamento. O esgotamento emocional alia-se ao sofrimento físico de hipoglicemias ou hiperglicemias e às complicações decorrentes da diabetes, afetando, assim, a QV da pessoa diabética. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o construto qualidade de vida é multidimensional e incorpora a percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre seu bem-estar físico, social, psicológico e dos seus relacionamentos interpessoais, sua saúde, educação e outras vivências que afetam a vida humana. A QV varia conforme a cultura da pessoa e de acordo com seus objetivos e expectativas pessoais, e possui um componente cognitivo – satisfação –, e um emocional, que é a felicidade. Os principais aspectos que determinam a QV de uma pessoa são o bem-estar físico e psicológico, as relações sociais, o ambiente, o nível de independência e as crenças pessoais ou religiosas (OMS, 1995).

Com o intuito de melhor compreender a relação entre diabetes, depressão e QV, realizou-se uma revisão narrativa da literatura. Por meio de buscas em importantes bases de artigos científicos, foi possível verificar o estado atual desta inter-relação. Os estudos foram agrupados de acordo com os seus objetivos em quatro blocos temáticos e serão relatados a seguir com o intuito de fornecer uma visão mais geral do tema pesquisado. Os critérios utilizados para a seleção dos artigos podem ser visualizados no Apêndice A.

1.4.1. Relação/associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em diabéticos

Akena e colaboradores (2015) realizaram um estudo com o intuito de investigar a associação entre depressão, QV e as despesas com saúde de pacientes com DM em Uganda. Participaram do estudo 437 diabéticos com diagnóstico estabelecido há pelo menos 2 meses e com mais de 18 anos (*Média*=51 anos e *DP*=14,06). Os autores encontraram associação positiva entre a depressão e uma baixa QV em quatro dos seis domínios avaliados: percepção global de má QV, físico, psicológico e domínios ambientais. Dentre os motivos para tais resultados, acredita-se que alguns sintomas depressivos possam exercer influência negativa sobre a percepção da QV. Devido à natureza transversal do estudo, as conclusões são apenas especulativas e, para os autores, podem existir outras explicações, como o fato de que as pessoas com uma má QV podem ser mais propensas a desenvolverem depressão por conta de uma fraca perspectiva de vida ou mesmo pelas complicações clínicas da própria diabetes. Por fim,

evidenciou-se que a depressão é altamente prevalente na população de Uganda e que a comorbidade entre DM e depressão está associada com diversos fatores, dentre eles, o aumento dos gastos financeiros e uma pior QV.

Também em 2015, Carper e colaboradores realizaram um estudo com 146 pacientes com DM2 para compreender os domínios da QV e as associações relativas à depressão e estresse específico da diabetes (EED) com estes domínios. A idade dos participantes variou de 18 a 80 anos e 57,7% eram do sexo masculino. Mais da metade da amostra (56,8%) apresentou critérios para um diagnóstico primário de depressão e 10,3% de distímia. Os resultados mostraram que os domínios realização, crescimento psicossocial, relações interpessoais e meio ambiente, são fatores importantes para a compreensão da QV destas pessoas. Além disso, tanto a depressão quanto o EED estão relacionados, de forma independente, a vários aspectos de uma pior QV e, assim, explicam uma quantidade significativa da variação na QV total desses indivíduos. Por fim, os autores concluem que as intervenções devem ter como meta propiciar o alívio da depressão e do EED, e focalizar, principalmente, nos sentimentos de realização e autoestima desses pacientes com DM2 comórbidos com depressão e EED.

Seguindo a mesma linha de investigação dos estudos anteriores Choi, Reed e Sarkisian (2013) avaliaram as diferenças de sexo e idade na relação entre qualidade de vida específica na diabetes (QVED) e sintomas depressivos em imigrantes coreanos com DM2. Participaram deste estudo 160 indivíduos, sendo 86 mulheres e 74 homens, com idade entre 40 e 80 anos. Os participantes foram divididos em dois grupos etários: meia-idade (40 a 64 anos) e mais velhos (65 a 80 anos). Os autores encontraram uma associação forte e positiva entre os sintomas depressivos e uma pior QVED nos homens mais velhos. Essa associação, no entanto, foi fraca para as mulheres da mesma faixa etária ou para os homens de meia-idade. A intensidade dos sintomas depressivos neste grupo também foi associada à escolaridade incompleta, pouco domínio da língua inglesa, maior tempo de diagnóstico de DM, tratamento com insulina e pequeno suporte familiar. No grupo de meia-idade, a depressão mais grave foi também associada a pior estado de saúde geral e pior QVED, porém não houve diferença significativa quanto ao sexo dos participantes. Para os autores, fatores culturais como o fato de que na cultura coreana os homens mais velhos serem cuidados por suas esposas ou outros familiares – o que não acontece quando eles estão vivendo fora do seu país –, e socioeconômicos como baixo poder aquisitivo e um círculo de convívio social reduzido, podem explicar os dados encontrados e devem ser considerados em estudos futuros.

As tendências em saúde relacionadas com a QV e o uso de serviços de saúde associados com diabetes e/ou depressão também foram pesquisadas por Atlantis e colaboradores (2011). Os dados foram obtidos por meio de pesquisa populacional realizada no sul da Austrália pelo Departamento de Saúde nos anos de 1998, 2004 e 2008. A cada ano foram avaliadas aproximadamente 3.000 pessoas, com uma média etária de 45,2 anos, tendo maior representatividade de indivíduos do sexo feminino. Os resultados encontrados indicaram que ao longo dos 10 anos de estudo, houve um aumento progressivo na taxa de prevalência de diabetes (74%), de depressão (36%) e da associação entre diabetes e depressão (53%). Os autores observaram que a QV desses indivíduos piorou ao longo dessa década e que os serviços de saúde foram mais utilizados por aqueles pacientes com diabetes e depressão associados do que por aqueles que apresentavam apenas uma dessas condições isoladamente. Além disso, para os pesquisadores, uma intervenção apropriada pode melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), visando a redução dos riscos desta comorbidade, que podem persistir e se agravarem ao longo dos anos caso nenhuma atenção seja dada para tal fato.

O único estudo que avaliou especificamente a relação entre sintomas depressivos e QV foi realizado no Brasil por Rocha e Fleck (2010) com 241 sujeitos da cidade de Porto Alegre (RS). A amostra foi composta por 119 adultos saudáveis (grupo controle) e 122 pacientes com doenças crônicas como hipertensão (18%), doenças cardíacas (15,6%), diabetes (13,1%), neoplasias (13,1%), doenças respiratórias (11,5%), doenças autoimunes (8,2%) e renais (8,2%). Os participantes tinham uma média etária de 45,15 ($DP=15,54$) e 39,38 ($DP=15,3$) anos no grupo de doenças crônicas e nos controles, respectivamente. A amostra era composta, em sua maior parte, por homens (54,1% no grupo clínico e 50,4% no grupo controle) e por pessoas casadas (46,7% e 44,5%, respectivamente). Os autores mostraram que os sintomas depressivos se correlacionaram de forma negativa com todos os domínios da QV – físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e espiritualidade – mesmo controlando estatisticamente a idade, nível socioeconômico e a presença de uma doença crônica. Os resultados desse estudo indicam que a abordagem eficaz dos sintomas depressivos em portadores de doença crônica pode auxiliar na melhora da QV deles, e que variáveis socioeconômicas – como hábitos de consumo e nível de escolaridade – podem influenciar o nível de sofrimento dos pacientes e, conseqüentemente, sua QV.

1.4.2. Sintomas depressivos em diabéticos: fatores associados a comorbidade depressão-diabetes, dentre eles a qualidade de vida

Liu e colaboradores (2013) avaliaram a prevalência de sintomas depressivos em diabéticos tipo 2 na China e verificaram as diferenças existentes entre pacientes com e sem esses sintomas. Os participantes foram selecionados, randomicamente, de quatro distritos distintos da China e foram excluídos aqueles acometidos de algum transtorno mental associado. A amostra final foi composta por 667 pacientes, com idade entre 30 e 68 anos, sendo 348 mulheres (52,17%) e 88,91% casados. Destes pacientes, 295 (44,23%) apresentavam sintomas depressivos, sendo que a maior parte (n=207; 70,17%) apresentou sintomas leves, 77 (26,10%) sintomas moderados e apenas 11 (3,73%) sintomas graves. Dos 667 pacientes, 300 apresentaram complicações decorrentes da diabetes (como retinopatia e neuropatia), sendo que 154 (51,33%) deles apresentavam sintomas depressivos. Do total, 297 sujeitos tinham comorbidades com outras doenças crônicas, sendo que 44,11% (n=131) destes estavam no grupo que tinham sintomas depressivos. Os autores demonstraram que não houve diferenças significativas em relação ao uso de tabaco, sexo dos participantes, tipo de tratamento utilizado ou tempo de diagnóstico da diabetes entre os grupos com e sem sintomas depressivos. Ademais, os diabéticos com sintomas depressivos apresentaram mais complicações clínicas, um menor suporte social – ajuda financeira, orientação emocional e informações que auxiliam na redução do sofrimento e estresse diário – e pior QV quando comparados àqueles sem sintomas depressivos.

Já o estudo conduzido por Choi e Reed (2013), investigou a prevalência de sintomas depressivos em diabéticos tipo 2, bem como os fatores clínicos e psicossociais que contribuem para estes sintomas. Participaram deste estudo 164 imigrantes coreanos, sendo 74 mulheres e 90 homens, recrutados a partir de um centro de saúde e educação em uma comunidade coreana. Os participantes tinham de 21 a 80 anos (*Média*=68,18) e conviviam há pelo menos um ano com o diagnóstico de diabetes. Os resultados mostraram que os sintomas depressivos clinicamente relevantes foram observados em 56,1% dos participantes e que a relação entre estes sintomas, QV e diabetes foi mais expressiva nos homens do que nas mulheres. Por outro lado, as mulheres têm maior risco para desenvolverem um quadro depressivo e o impacto negativo da diabetes na QV delas é maior. Para os autores, fatores como apoio familiar, QV relacionada à diabetes e à saúde geral são de grande valor para se compreender os sintomas depressivos nesta população, em especial no público masculino.

Por último, a fim de investigar os fatores associados à depressão em diabéticos tipo 2 com retinopatia, Xu, Zhao, Qian, Dong e Gu (2015) avaliaram 294 pacientes atendidos pelo

Hospital afiliado à Universidade de Nantong. Os autores utilizaram uma escala de depressão, um formulário médico de QV e mediram a gravidade da retinopatia pelo olho mais comprometido. Os resultados revelaram que 35,7% da amostra apresentaram sintomas depressivos, sendo que o risco de depressão aumentou com a diminuição da acuidade visual, da renda familiar e de históricos de tratamentos a laser malsucedidos. Além disso, a prevalência de depressão em mulheres é superior à dos homens e a QV dos indivíduos com mais sintomas depressivos (escore no Inventário de Depressão de Beck [BDI] > 16) é inferior àqueles com poucos sintomas (escore no BDI < 16). A partir dos dados coletados, os autores concluem que o sexo, o salário, a acuidade visual e a história de tratamento são fatores que afetam o desenvolvimento da depressão em chineses com DM2 e retinopatia. Portanto, faz-se necessário incorporar a investigação da depressão nos cuidados de saúde dessa população.

1.4.3. Complicações, comorbidades e outros fatores relacionados à qualidade de vida em diabéticos, dentre eles a depressão

Donald e colaboradores (2013) realizaram um estudo de coorte com o intuito de investigar o impacto de complicações e comorbidades clínicas na qualidade de vida específica para diabetes (QVED). A amostra foi composta por 3.951 australianos, recrutada por meio do *National Diabetes Service Scheme*. Dentre os participantes, 3.609 tinham DM2, 44% eram mulheres (n=1.594), com idade variando entre 22 e 94 anos (*Média*=62,2). A média etária entre os homens (63,3 anos) foi significativamente superior à das mulheres (60,8 anos) e o tempo médio de diagnóstico de diabetes foi de 7,4 anos na amostra total. Em termos de saúde mental, destacou-se a presença de depressão (n=834) e ansiedade (n=352) nos participantes. Os resultados indicaram que uma avaliação mais negativa por parte do paciente em relação à sua liberdade para comer o que quiser (incluindo o controle da ingestão de glicose), afeta negativamente a sua QV. Além disso, uma pior QVED está associada à presença de complicações da diabetes e às condições de saúde mental, como depressão, ansiedade e esquizofrenia. Esses achados permaneceram mesmo após controlar estatisticamente o sexo, a idade, o tempo de duração da diabetes, o tipo de tratamento, a região geográfica do participante e outros tratamentos. Diante destes resultados, os autores salientam que o controle glicêmico e os cuidados com as complicações já fazem parte da rotina de cuidados dos diabéticos, mas que a inserção de cuidados relativos à saúde mental pode também auxiliar a melhorar a QV deles.

Chung e colaboradores (2013) também investigaram os fatores associados à QV em diabéticos tipo 2 na Coreia e verificaram a influência da idade dos participantes nestes fatores. A amostra do estudo teve 401 sujeitos, sendo 220 (54,9%) homens, com média etária de 59,2 anos ($DP=11,5$) e 248 (61,8%) do total eram casados. O tempo de diagnóstico médio foi de 8,8 anos ($DP=8,3$) e hemoglobina glicada (HbA1C) em média de 8,4 ($DP=2,2$). Os participantes foram divididos em dois grupos: os que utilizavam a insulina ($n=86$) e os que não a utilizavam ($n=315$) no tratamento da diabetes; dentre esses, se separou aqueles que tinham menos de 60 anos de idade (mais jovens) dos que tinham 60 anos ou mais (mais velhos). O ponto de corte utilizado para a identificação de depressão foi um escore maior do que 16 pontos no Inventário de Depressão de Beck (BDI), sendo que 118 (29,4%) indivíduos se enquadraram neste critério. Os resultados mostraram que os domínios da QV mais afetados negativamente em toda a amostra foram a autoconfiança, a motivação para conseguir as coisas, os sentimentos sobre o futuro e a liberdade para comer e beber. Além disso, a QV foi significativamente pior naqueles indivíduos tratados com insulina, que tinham níveis mais elevados da HbA1c, com maior tempo de diagnóstico da diabetes, que apresentavam uma ou mais complicações relacionadas com sua doença e naqueles com sintomas depressivos. Ao avaliar o impacto da idade e do histórico familiar de DM, os autores contataram que os pacientes com sintomas depressivos tinham pior QV, independentemente da idade. No grupo mais jovem, ser tratado com insulina e ter histórico familiar de diabetes foram os preditores para uma pior QV, ao contrário do que foi encontrado no grupo mais velho. Sendo assim, os autores apontam a idade como um fator importante na explicação da QV nos diabéticos, já que existem padrões associados a uma pior QV que são diferentes entre o público idoso e os mais jovens.

1.4.4. Impacto da terapia medicamentosa em sintomas depressivos e qualidade de vida de pacientes diabéticos

O único artigo encontrado que investigou os efeitos da terapia medicamentosa nos sintomas depressivos, na QVRS e no controle glicêmico em pacientes com DM2, foi conduzido por Nicolau, Rivera, Francés, Chacártegui e Masmiquel (2013). Para a condução deste estudo 200 pacientes espanhóis do ambulatório de endocrinologia do Hospital Son Llàtzer foram recrutados. Dentre estes, 48 obtiveram um escore superior a 16 pontos no BDI e 38 deles iniciaram a terapia com o antidepressivo citalopram, tendo os 10 restantes participado do estudo como grupo controle. A média etária dos participantes foi de 60,35 anos e 59,4 anos nos grupos

de tratamento e controle, respectivamente. Após seis meses de tratamento, os autores observaram que houve diminuição dos sintomas depressivos e melhora na QV desses sujeitos em quase todas as áreas, exceto quanto às dores no corpo e à saúde de forma geral. Não houve diferença significativa quanto ao controle glicêmico, ao índice de massa corporal (IMC) e à circunferência abdominal. No que diz respeito ao grupo controle, não foi observada diferença significativa nos índices de HbA1c, sintomas depressivos e QV ao longo dos seis meses em comparação ao início do estudo. Sendo assim, foi possível verificar a importância de se identificar os fatores psiquiátricos e psicológicos em pacientes com DM2, além do fato de que o tratamento farmacológico foi associado a uma significativa melhora dos sintomas depressivos e ao aumento da QV desses indivíduos.

A partir do panorama apresentado, constata-se que a depressão por si só é uma doença que impacta negativamente a QV daqueles que a possuem, principalmente quando se apresenta de forma crônica e recorrente, pois prejudica diversas áreas da vida do indivíduo. Dependendo da gravidade dos sintomas depressivos, o impacto na QV pode ser igual ou superior ao de outras doenças crônicas e somáticas. Isso se deve ao comprometimento que a depressão pode provocar no funcionamento físico, social e ocupacional, bem como pela baixa motivação que essas pessoas têm para buscarem por tratamento adequado. Quando a depressão está associada a uma doença física, de curso crônico como a diabetes e osteoartrites, os efeitos negativos na QV são mais acentuados. (Hays, Wells, Sherbourne, Rogers, & Spritzer, 1995; Suominen, et al., 2011).

Dos estudos descritos anteriormente, nem todos avaliaram a existência de diferença significativa entre homens e mulheres no que diz respeito à presença e/ou intensidade dos sintomas depressivos, bem como da QV de diabéticos. É possível verificar que dentre os que realizaram tal análise, apenas um não encontrou diferença significativa entre o sexo dos participantes (Liu et al., 2013). Nos demais estudos evidenciou-se que, apesar de as mulheres terem maior probabilidade para desenvolverem sintomas depressivos associados a uma pior QV (Xu et al., 2015), a associação entre depressão, diabetes e QV é mais intensa nos homens (Choi & Reed, 2013; Choi, Reed & Sarkisian, 2013). A presença de sintomas depressivos piora a QV dos diabéticos independentemente da idade (Chung et al., 2013). No entanto, quanto mais velho o indivíduo, maior será o impacto negativo na sua QV (Choi, Reed & Sarkisian, 2013; Chung et al., 2013).

Todos os estudos aqui relatados investigaram a presença de sintomas depressivos em pacientes diabéticos e suas implicações na QV dos mesmos. Apesar de todos terem coletado a informação quanto ao tempo de diagnóstico da DM, somente três estudos incluíram esse dado

em suas análises. Nos estudos de Liu e colaboradores (2013) e de Donald e colaboradores (2013) o tempo de diagnóstico não interferiu na QV dos diabéticos, ao contrário, Chung e colaboradores (2013) mostraram que quanto mais tempo a pessoa vive com diabetes pior é sua QV. Dentre os fatores associados a uma pior QV nos diabéticos deprimidos destaca-se a baixa escolaridade (Choi, Reed, & Sarkisian, 2013; Rocha & Fleck, 2010), menor apoio social, em especial o baixo suporte familiar (Choi, Reed, & Sarkisian, 2013; Carper et al., 2015; Liu et al., 2013; Choi & Reed, 2013), sedentarismo (Daniele et al., 2013) e complicações decorrentes da DM (Akena et al., 2015; Xu et al., 2015; Liu et al., 2013; Donald et al., 2013; Chung et al., 2013).

De modo geral, é perceptível que a presença de sintomas depressivos piora de forma significativa a QV de pessoas com DM, sendo que os diabéticos deprimidos têm uma QV pior do que os diabéticos não deprimidos. As pessoas que têm diabetes e depressão sofrem muito mais do que as que têm exclusivamente diabetes. Mesmo com a doença sob controle, os diabéticos deprimidos sentem mais os sintomas do que aqueles não deprimidos (Ciechanowski et al., 2000). Com a depressão, a QV do paciente piora e prejudica, em especial, sua adesão ao tratamento, o que conseqüentemente aumenta os riscos de complicações da DM e a morbimortalidade, uma vez que a pessoa não consegue se cuidar como deveria. A diabetes tem efeito menor do que a depressão sobre a QV, o que evidencia a importância da avaliação e abordagem terapêutica do transtorno depressivo, a fim de que o paciente possa gerir de forma mais efetiva a sua diabetes. O tratamento para depressão nos diabéticos pode proporcionar a melhora da adesão do paciente às orientações médicas, com melhora do controle glicêmico e diminuição dos riscos de complicações crônicas da doença.

Apesar do crescente interesse pela temática da depressão associada à diabetes como comorbidade, esta conexão, conforme registrado acima, não está bem esclarecida. Há melhora do quadro depressivo, em termos de humor e disposição, em pacientes diabéticos tratados com medicamentos ou psicoterapia, mas o simples tratamento da depressão não melhora, necessariamente, o controle glicêmico desses pacientes. O que se tem provado é que os custos emocionais e práticos de se ter diabetes do tipo 2 são fatores que predispõem o desenvolvimento da depressão. No entanto, os dados são ainda inconclusivos quanto à possibilidade de o quadro depressivo ser fator de risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 1 (Ismail, 2010).

Em termos de eficácia do tratamento para o transtorno depressivo, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se consolidado como a abordagem psicoterápica mais indicada, sendo tão eficaz quanto a farmacoterapia (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; DeRubeis,

Gelfand, Tang, & Simons, 1999; Beck & Alford, 2011). Trata-se de uma abordagem breve, estruturada, diretiva, orientada para o presente, baseada na compreensão de que o modo como o indivíduo estrutura suas experiências internamente determina, em grande parte, o modo como ele se sente e se comporta. Nesta perspectiva, a psicopatologia é considerada um “exagero” das respostas adaptativas normais e, por isso, o tratamento baseado na TCC tem o objetivo de modificar os pensamentos (reestruturação cognitiva) e comportamentos disfuncionais do indivíduo (Dattilio & Freeman, 1998). É um processo cooperativo de investigação empírica, percepção da realidade e resolução de problemas no qual, tanto paciente quanto terapeuta, possuem um papel ativo (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997). A TCC tem se mostrado uma boa opção para o tratamento psicológico de indivíduos diabéticos e deprimidos, por proporcionar a remissão dos sintomas depressivos e ansiosos, redução do nível de estresse e de sofrimento psíquico (Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, & Clouse, 1998; Amsberg et al., 2009; Markowitz, Gonzalez, Wilkinson, & Safren, 2011; Welschen et al., 2013).

1.5. Modelo Cognitivo da Depressão

O modelo cognitivo desenvolvido por Beck trabalha com a hipótese de que os pensamentos e valores disfuncionais dos indivíduos diante da realidade podem afetar negativamente seus sentimentos e comportamentos. Sendo assim, a maneira como a pessoa se comporta e se sente é diretamente influenciada pela sua forma de processar e estruturar a realidade através de suas cognições. Neste sentido, é o modo como o indivíduo interpreta as situações vivenciadas que determinará os seus sentimentos, mais do que a situação em si (Beck & Alford, 2011). Este modelo postula a existência de três estruturas mentais inter-relacionadas, responsáveis pela percepção e interpretação dos eventos do mundo, que afetam os sentimentos das pessoas, chamadas de crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos (PAs).

As crenças centrais são ideias profundas e rígidas que o indivíduo desenvolve desde a infância sobre si mesmo, os outros e o futuro. São tidas como verdades absolutas e inquestionáveis e de difícil modificação. Estas estruturas direcionam a interpretação que a pessoa faz dos eventos cotidianos e é através desta lente que o indivíduo focalizará, de forma seletiva, os acontecimentos que confirmem a crença central, podendo ocasionar em um processamento distorcido e disfuncional das informações. A partir desse conjunto de crenças centrais, se desenvolvem as chamadas crenças intermediárias, que influenciam a visão que o

indivíduo terá sobre uma determinada situação, modificando, assim, a sua maneira de pensar, sentir e agir. Este conjunto de crenças, que funciona como um “mecanismo de sobrevivência” consiste em atitudes, regras e suposições criadas pelo sujeito para conviver com as suas ideias absolutas, negativas e não adaptativas, que não estão diretamente relacionadas com a situação em si. Os PAs, por sua vez, são considerados o nível mais superficial de cognição e são específicos à situação. São ativados pelas crenças intermediárias mediante uma situação específica que influenciam a emoção e o comportamento do indivíduo. Estes estão presentes cotidianamente na vida das pessoas de forma quase imperceptível; eles surgem e desaparecem de forma espontânea, frequentemente conduzindo a uma resposta fisiológica, fazendo com que a pessoa se concentre mais na sua mudança de humor do que no pensamento que a ocasionou (Beck et al., 1997).

Ao desenvolverem um modelo cognitivo da depressão, Beck e colaboradores (1997) afirmam que há três conceitos específicos capazes de explicar o substrato psicológico desta entidade clínica, chamados de tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos. A tríade cognitiva consiste em três padrões maiores que orientam o indivíduo a considerar suas experiências de forma idiossincrática. O primeiro componente da tríade gira em torno da percepção negativa que a pessoa deprimida tem de si mesma, fazendo com que ela se veja como sendo indesejável e sem valor. O segundo componente consiste na tendência da pessoa deprimida em interpretar suas experiências atuais com os outros de forma negativa; sua realidade é percebida como ameaçadora, exigente e cheia de obstáculos insuperáveis. O terceiro componente é a visão negativa da pessoa deprimida com relação ao seu futuro, do qual ela espera a permanência das privações, dificuldades e fracassos. As distorções sistemáticas relacionadas à tríade cognitiva nos pacientes deprimidos reforçam as crenças centrais disfuncionais subjacentes, ocasionando a sintomatologia típica da depressão (Beck et al. 1997, Beck & Alford, 2011). A tríade cognitiva tem sido empiricamente ligada à depressão, exercendo um papel ativador de outros sintomas negativos (Pössel, 2009).

Os esquemas são padrões cognitivos estáveis, constituídos pelas crenças centrais, utilizados para conceituar e interpretar situações específicas (Beck et al., 1997). Quando disfuncionais, eles comprometem a qualidade de vida, pois conduzem a emoções e comportamentos desadaptativos. Eles podem ser tidos como os responsáveis pela permanência da visão negativa e derrotista da vida pela pessoa deprimida, fazendo com que ela ignore as situações positivas e realce os eventos negativos vivenciados (Dobson & Dozois, 2006). O último componente do modelo cognitivo para a depressão é o processamento falho de

informações, que são erros sistemáticos na forma de pensar do paciente deprimido, fazendo com que ele mantenha a tendência de estruturar o seu pensamento de maneira primitiva, fazendo julgamentos negativos, amplos, extremos e categóricos com relação à sua vida, mesmo diante de evidências contraditórias (Beck et al., 1997; Beck & Alford, 2011).

De acordo com este modelo, também conhecido como “diátese-estresse”, a vivência de um evento tido como estressor é a responsável pela ativação de determinados estilos cognitivos depressogênicos que conduzem à vulnerabilidade cognitiva para a depressão (Beck et al., 1997). Eventos estressores moderados também podem servir como gatilho para o desenvolvimento deste transtorno em indivíduos vulneráveis. Essa vulnerabilidade cognitiva está relacionada ao conjunto de atitudes (ou conceitos) negativas duradouras que a pessoa tem sobre si mesma, os outros e seu futuro, e permanecem em um estado latente até o momento em que são ativadas por determinadas condições (Beck & Alford, 2011). Além disso, a vivência de episódios depressivos consecutivos aumenta a probabilidade de uma pessoa se tornar cada vez mais sensível a eventos estressores (Beck, 2008). Esta predisposição cognitiva à depressão pode ser observada nas reações cognitivas e emocionais que o indivíduo apresenta em situações específicas. Ademais, a tendência que algumas pessoas têm para processarem negativamente as informações e experimentarem intensas reações biológicas diante de situações estressantes, são provenientes da genética, de traumas passados ou mesmo da interação entre ambos. Esta tendência é mediada por alterações em regiões cerebrais que estão envolvidas no processamento cognitivo e na regulação emocional, podendo, assim, conduzir a pessoa ao desenvolvimento de crenças depressogênicas sobre si mesma, os outros e seu futuro (Beck & Bredemeier, 2016).

Revisando o modelo criado há mais de 40 anos, verifica-se a relação existente entre as variáveis cognitivas e os fatores genéticos e neuroquímicos que podem conduzir um indivíduo a um quadro depressivo (Beck, 2008; Beck & Bredemeier, 2016). Alguns estudos têm discutido o papel que os sistemas monoaminérgicos têm na depressão, mais especificamente, como a baixa disponibilidade de serotonina, noradrenalina e/ou dopamina, está relacionada com as alterações presentes nos transtornos de humor (Vismari, Alves, & Palermo-Neto, 2008; Saveanu & Nemeroff, 2012). Além disso, déficits na conectividade entre regiões do córtex pré-frontal, estruturas límbicas e paralímbicas estão relacionados à hiperatividade simpática e desregulação endócrina (Maletic et al., 2007). Dentre as estruturas límbicas, a amígdala desempenha um papel importante no processamento emocional e na ativação do eixo HPA e, aparentemente, está associada à resposta ao estresse. Em indivíduos deprimidos ocorre uma hiperativação da amígdala quando eventos negativos são processados, consequentemente

ativando o hipocampo e o núcleo caudado, regiões envolvidas na formação de memória episódica e aprendizagem (Disner, Beevers, Haigh, & Beck, 2011). A Figura 1 demonstra como as variáveis genéticas e fisiológicas influenciam e se relacionam com os sintomas depressivos de acordo com o modelo teórico de Aaron Beck (2008) sobre a consolidação biopsicológica da depressão.

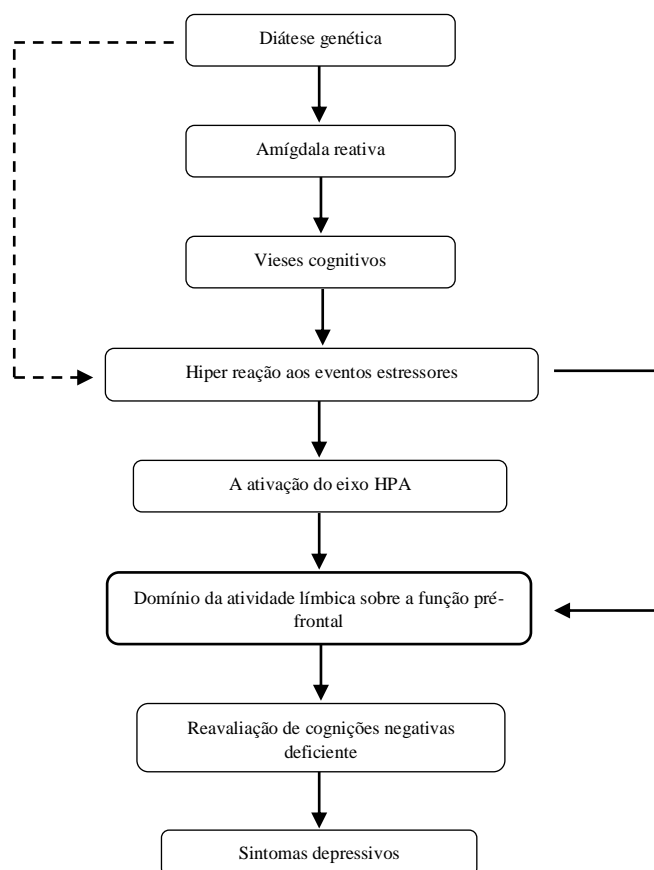


Figura 1. Esquema representativo dos correlatos biológicos do modelo cognitivo da depressão. Adaptado de “The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates”, por A. T. Beck, 2008, *American Journal of Psychiatry*, 165(8), p. 974.

Os sintomas físicos, motivacionais e afetivos presentes na depressão estão relacionados ao modelo cognitivo. Sendo assim, os sintomas comportamentais, motivacionais e emocionais comumente encontrados neste transtorno de humor são influenciados (e mantidos) pelas crenças negativas que o indivíduo tem sobre si mesmo, os outros e o seu futuro (Clark & Steer, 2012; Beck & Alford, 2011).

Pessoas com transtornos psiquiátricos, como a depressão, vivenciam inundações de pensamentos automáticos que são distorcidos ou desadaptativos, e que podem evocar reações emocionais dolorosas e comportamentos disfuncionais. As alterações neuroquímicas da depressão podem explicar, em parte, a presença tão comum deste transtorno em doenças endócrino metabólicas como a diabetes. Apesar das investigações sobre as relações causais desta associação ainda serem inconclusivas, sabe-se que os sintomas depressivos clínicos e subclínicos estão presentes nos indivíduos diabéticos. Sendo assim, é possível supor que essas pessoas apresentem crenças depressivas e/ou distorções cognitivas que interferem no seu funcionamento cotidiano, podendo causar-lhes sofrimento emocional. Como pôde ser observado, as crenças desempenham um papel relevante no enfrentamento dos problemas diários e tomada de decisões e, portanto, serão abordadas a seguir.

1.6. Crenças Disfuncionais na Diabetes

Para a terapia cognitiva, o indivíduo avalia constantemente as experiências vivenciadas e lhes atribui um significado próprio que influenciará suas emoções e comportamentos. Sendo assim, a crença (ou o processamento cognitivo) possui um papel mediador essencial entre as respostas emocionais, comportamentais e os relacionamentos interpessoais. Um desequilíbrio nessa interação pode conduzir as pessoas ao desenvolvimento de crenças distorcidas sobre si mesmas, os outros ou o ambiente, produzindo padrões de pensamentos automáticos negativos que geralmente são emocionalmente aflitivos e impedem o indivíduo de atingir suas metas (Wright, Basco, & Thase, 2008; Dobson & Dozois, 2006). Os PAs podem ser tanto negativos quanto positivos e categorizados conforme a sua utilidade e validade. Eles podem ser distorcidos de algum modo, parcialmente verdadeiros, mas que apresentam conclusão distorcida, e verdadeiros ou precisos, porém disfuncionais.

O indivíduo que passa por uma perturbação emocional, ou que sofre de um transtorno psiquiátrico, pode processar de forma distorcida as informações que recebe do meio, culminando em um padrão de pensamento ilógico, podendo ocasionar grande sofrimento para si ou para os outros com quem convive. Nessas condições, o pensamento da pessoa pode se tornar mais rígido e distorcido, seus julgamentos passam a ser mais absolutos e suas crenças costumam ser mais inflexíveis. Erros sistemáticos cometidos na interpretação dos estímulos ambientais, denominados de distorções cognitivas, conduzem a uma distorção negativa das percepções e inferências, contribuindo para que o indivíduo chegue a falsas conclusões. Um

exemplo de erro de percepção é a abstração seletiva, por meio da qual a pessoa focaliza sua atenção em um aspecto específico (geralmente negativo) da situação vivenciada em detrimento de outras informações relevantes. A inferência arbitrária e a supergeneralização, por sua vez, são erros de inferência. No primeiro, a pessoa conclui algo a respeito de dada situação sem provas conclusivas para tanto ou mesmo a partir de indícios contrários a essa interpretação. No segundo erro, o indivíduo tira conclusões gerais sobre a própria capacidade, desempenho ou valor a partir de um único evento e passa a aplicar essa regra geral no seu cotidiano. Esses erros de interpretação geralmente são cometidos quando as informações do ambiente são ambíguas e possuem plausibilidade para a pessoa. (Beck & Alford, 2011).

O curso e prognóstico da DM dependem da qualidade do controle metabólico dependente à sua vez, da orientação terapêutica a mais adequada e das práticas de autocuidado pelo paciente. Os comportamentos de autogestão podem evocar pensamentos específicos sobre a doença e suas possíveis complicações, que por si só aumentam o nível de angústia e a vivência de emoções e cognições negativas relacionados à DM (Van der Ven, Weinger & Snoek, 2002; Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007). Em condições de descontrole, é comum que a pessoa pense que não importa o quanto ela tente, pois, ainda assim, terá as complicações decorrentes da diabetes, ou mesmo pensar que sempre entende as orientações médicas erradas e, por isso, é uma fracassada (Van der Ven, Weinger, & Snoek, 2002). Tais ideias ocasionam emoções negativas e comportamentos ineficazes para o controle da doença. Sendo assim, percebe-se que a presença de cognições disfuncionais e/ou distorções cognitivas em indivíduos diabéticos, pode interferir no seu funcionamento cotidiano, podendo ocasionar e/ou intensificar o sofrimento emocional. Portanto, é essencial identificar estas cognições disfuncionais/distorcidas para a compreensão de como foram instalados, e são mantidos, os padrões de funcionamento, emocional e/ou comportamental, do indivíduo em sofrimento. A avaliação dessas cognições se dá por meio de escalas e testes psicológicos padronizados e entrevistas clínicas que visem a construção da conceitualização cognitiva do caso, em um processo contínuo e interligado com a intervenção clínica.

Na busca por trabalhos que tenham como foco a investigação das cognições nesse grupo clínico, verificou-se que alguns estudos têm demonstrado que processos cognitivos atuam como mediadores entre estresse geral e específico da diabetes, controle metabólico e aderência ao tratamento de indivíduos diabéticos (Bennett-Murphy, Thompson, & Morris, 1997; Farrel, Hains, Davies, Smith, & Parton, 2004). No entanto, estes estudos foram feitos com jovens com DM1, não tendo a população adulta recebido a mesma atenção nesse tipo de investigação.

Considerando o público adulto, apenas quatro estudos foram encontrados e serão relatados a seguir, no intuito de fornecer um panorama geral (ver Apêndice A que apresenta os critérios para a seleção dos trabalhos aqui apresentados).

Clarke e Goosen (2009) avaliaram 114 pacientes diabéticos (tipo 1 e 2) com idade variando de 28 a 88 anos (*Média*=59,26; *DP*=14,58), sendo 57 homens e 57 mulheres. O tempo médio de diagnóstico de DM foi de 10,26 anos (*DP*=8,67), variando de seis meses a 38 anos. O intuito dos autores foi verificar se as estratégias de enfrentamento atuam como mediadoras na relação entre os pensamentos automáticos negativos e os sintomas depressivos nesses indivíduos. O instrumento utilizado pelos autores para a avaliação dos PAs foi o *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ). Os resultados indicaram que a frequência de PAs negativos foi significativamente maior naqueles com alto nível de sintomas depressivos. No que diz respeito às estratégias de enfrentamento, elas podem ser focadas na emoção, levando o indivíduo a ter comportamentos de passividade ou negação, ou focadas no problema, conduzindo a um comportamento ativo para solucionar a situação. Ao avaliar o tipo de estratégia que os pacientes tinham para lidar com a doença, os resultados indicaram que aquela focada na emoção, ao invés de centrada no problema, atuou como mediadora parcial entre os PAs negativos e os sintomas depressivos. Estes resultados demonstram as implicações de se compreender as estratégias de enfrentamento como possível potencializador da relação entre PAs negativos e depressão. O que mostra a importância de se trabalhar não só os PAs, mas também, estas estratégias para melhorar a eficácia da redução dos sintomas depressivos.

Diferentemente do estudo anterior, que investigou se os pensamentos automáticos negativos são mediados por estratégias de enfrentamento, Gregg e colaboradores (2010) investigaram se os PAs negativos atuariam como mediadores na relação entre sintomas depressivos e comportamentos de autocuidado – adesão ao tratamento da diabetes. Para isso, conduziram um estudo online com 121 pessoas com diabetes tipo 2. A média etária dos participantes foi de 43 anos de idade e a amostra foi composta em sua maior parte por mulheres (59,9%) e pessoas casadas (65,7%). O nível de HbA1C dos indivíduos foi, em média, de 6,97 (*DP*=2,19). Os autores testaram duas hipóteses, a primeira era de que os sintomas depressivos seriam preditores de não adesão ao tratamento da diabetes, sendo que o nível em que os diabéticos acreditam em seus PAs negativos mediaría essa relação. No entanto, essa hipótese não foi confirmada. A segunda hipótese testada era de que os comportamentos de autocuidado na diabetes exerceriam impacto nos sintomas depressivos, sendo que os PAs negativos possuiriam um papel mediador nesta relação. Os resultados confirmaram a segunda hipótese,

mostrando que a credibilidade que o indivíduo dá para seus PAs negativos media o impacto da sua baixa adesão ao tratamento da diabetes nos seus sintomas depressivos, e não há um impacto direto desta não adesão sobre estes sintomas. Sendo assim, para os autores, existem outros caminhos, que não apenas o da autoeficácia conforme apontado em estudos anteriores, para explicar a relação entre comportamentos de autocuidado e depressão nos pacientes diabéticos. Além disso, mais do que avaliar a frequência desses PAs, é importante considerar o seu conteúdo e o grau em que as pessoas acreditam neles (a sua credibilidade).

No que diz respeito à avaliação de crenças disfuncionais, Moldovan (2009) buscou avaliar as emoções e cognições presentes em indivíduos com câncer e diabetes, bem como esclarecer alguns aspectos fundamentais da relação entre as crenças irracionais e o estresse emocional nessa população. A amostra foi composta por 30 mulheres com câncer de mama e 26 pacientes com diabetes, sendo que 43% destes eram homens. Todos os participantes encontravam-se hospitalizados. A idade dos participantes variou entre 24 e 79 anos (*Média*=53,9) e a maioria era de indivíduos casados (79,6%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com câncer e com diabetes quanto ao nível de depressão, ansiedade, angústia e racionalidade/ irracionalidade das crenças. O autor demonstrou que o impacto que as crenças irracionais dos indivíduos têm sobre as suas respostas emocionais (depressão, ansiedade e estresse emocional) é completamente mediado pelas crenças irracionais que eles têm sobre a própria doença. A partir da investigação foi possível categorizar as crenças mais comuns entre esses indivíduos, considerando o que eles acreditam quanto à causa, evolução, controle, tratamento e consequências da doença. Em relação à causa da diabetes, 73,1% dos participantes acreditam que seja devido ao estresse. Além disso, todos os pacientes diabéticos creem que podem controlar o curso e evolução da sua doença, e 54% deles afirmam que ter um “pensamento positivo” e “vontade de melhorar” são fatores decisivos para o controle da evolução da diabetes.

Já a presença de crenças disfuncionais e depressão como preditores para uma visão negativa do indivíduo sobre o tratamento da diabetes com insulina foi investigada por Gherman e Alionescu (2015). A amostra foi composta por 215 pacientes romenos com diabetes tipo 1 (n=30, 14%) e tipo 2 (n=185, 86%), com uma média etária de 57,95 anos, sendo em sua maior parte do sexo feminino (n=146, 68%). Este estudo foi conduzido considerando que, dentre os indivíduos que recebem a prescrição para o tratamento com insulina, 15% deles apresentam sérias dúvidas quanto a essa opção e, cerca de 40% dos diabéticos tipo 2 estão em risco de não aceitarem a insulino terapia. Os participantes tinham, em média, o diagnóstico de

diabetes há 7,3 anos e uma hemoglobina glicada entre 5,4 e 16 (*Média*=9,07; *DP*=2,11). Dividiu-se a amostra em dois subgrupos: não deprimidos (n=48; escore < 9 no BDI) e deprimidos (n=63; escore > 10 no BDI). Os resultados mostraram que as pessoas deprimidas avaliam o tratamento com insulina de forma mais negativa quando comparadas àquelas não deprimidas. Em outras palavras, os indivíduos que têm uma visão mais negativa da insulinoaterapia são os que apresentam mais sintomas depressivos e que possuem crenças mais disfuncionais sobre sua doença. As crenças mais comuns nesse grupo são as de baixa tolerância à frustração (acreditar que não é capaz de superar situações difíceis) e de demandas não realistas sobre si mesmo (acreditar que não se deve estar em situações negativas). Por outro lado, as crenças disfuncionais gerais não possuem o mesmo papel mediador nesta relação, demonstrando assim a necessidade de se avaliar as crenças específicas que contribuem para que o indivíduo diabético deprimido veja a insulinoaterapia como uma opção mais negativa para o seu tratamento.

Dentre os estudos mencionados, dois focaram na avaliação de PAs (Clarke & Goosen, 2009; Greeg et al., 2010) e dois nas crenças disfuncionais (Moldovan, 2009; Gherman & Alionescu, 2015). Tal enfoque tem diferentes implicações práticas uma vez que os PAs são mais superficiais e específicos à situação e, as crenças são mais gerais, consistindo em atitudes, regras e suposições que não estão diretamente relacionadas com a situação em si. Sendo assim, encontrar uma relação significativa entre PAs e problemas específicos dos diabéticos pode ser mais fácil do que encontrar essa mesma significância no que tange às crenças. Analisando os instrumentos utilizados nesses estudos, é possível concluir que os autores estavam considerando apenas os PAs e crenças comumente encontrados em pessoas com sintomas depressivos e não aquelas cognições que podem ser específicas da DM. É necessário, portanto, salientar a importância de se considerar e avaliar a especificidade de conteúdo dessas cognições nesses indivíduos como destacaram Gherman e Alionescu (2015).

Independentemente do nível dessas cognições, é possível perceber, de modo geral, que as cognições negativas encontradas nesse público interferem no estado de ânimo da pessoa e na adesão ao tratamento da doença como um todo. Esse processamento cognitivo negativo, além de conduzir a um quadro de sofrimento emocional, possivelmente diminui a qualidade de vida do sujeito e conduz a complicações da diabetes de maneira mais progressiva e acentuada. Duas hipóteses que expliquem a presença destas cognições nesses indivíduos podem ser levantadas. A primeira é de que essas cognições são decorrentes das mudanças que ocorrem no estilo de vida do paciente diabético e não pelo estabelecimento do diagnóstico de DM propriamente dito.

A segunda hipótese, é que essas cognições já se encontravam presentes nesses indivíduos, em estado latente, tendo ocorrido sua ativação após o estabelecimento da diabetes, considerado por muitas pessoas como um evento estressor. Tais hipóteses devem ser melhor investigadas em estudos futuros.

Considerando a parte metodológica, é possível perceber que os estudos mencionados possuem algumas limitações que podem comprometer a análise dos resultados apresentados. Greeg e colaboradores (2010) realizaram a coleta no formato online, o que não garante, em sua totalidade, a veracidade das informações encontradas, principalmente no que tange àquelas relacionadas a diabetes. No estudo de Moldovan (2009), os participantes estavam hospitalizados e, considerando esse contexto como uma variável estressora, os resultados encontrados, principalmente aqueles referentes ao estresse, podem ter sido intensificados nesse ambiente. Gherman e Alionescu (2015) não aplicaram os mesmos instrumentos em todos os participantes. Aqueles que responderam ao BDI não responderam ao questionário de crenças. Isso poderia explicar, em parte, o motivo pelo qual os autores não conseguiram confirmar a hipótese de que a depressão iria mediar a relação entre crenças disfuncionais e a avaliação negativa do tratamento com insulina, já que não se teve as mesmas medidas de todos os sujeitos. Apesar de terem relatado o tempo diagnóstico dos pacientes diabéticos, nenhum dos estudos levaram essa informação em consideração em suas análises. Assim como há diferença do impacto do tempo de diagnóstico de diabetes sobre a qualidade de vida dos indivíduos com essa doença (Leite et al., 2015; Matias, Matias, & Alencar, 2016), pode-se supor que esse tempo também possa interferir não só na manifestação de problemas emocionais bem como na motivação do paciente para se cuidar e nas suas cognições e formas de enfrentar a doença.

Cabe ainda destacar o pequeno número de estudos encontrados a respeito de cognições disfuncionais nesse público. A escassez de pesquisas com este enfoque contribui para a inexistência de resultados conclusivos sobre o tema. Os estudos sobre cognições disfuncionais em pessoas com diabetes permitiriam lançar luz a reflexões sobre hipóteses etiológicas e mantenedoras de problemas e transtornos psicológicos que podem estar associados à essa doença clínica. Considerando que a presença de crenças e PAs negativos pode reduzir a flexibilidade psicológica e comportamental dos diabéticos para responder à essas cognições (Gregg et al., 2010), bem como diminuir a motivação para o autocuidado, é importante compreender como se dá e se mantém esse processamento cognitivo. Uma delimitação mais clara dessas cognições disfuncionais pode gerar reflexões sobre a prática cognitiva psicoterápica com esses indivíduos. E tal conhecimento, pode propiciar que as intervenções

sejam mais efetivas para a diminuição do sofrimento psíquico e, também, para promover a melhora da adesão ao tratamento médico da diabetes como um todo. Além disso, pode contribuir para a construção de ferramentas psicoeducativas que auxiliem os pacientes a compreenderem como suas cognições estão relacionadas às suas emoções e comportamentos, já que a simples educação sobre diabetes sozinha não é suficiente para manter, a longo prazo, o controle glicêmico desses indivíduos (Norris, Lau, Smith, Schmid, & Engelgau, 2002).

Outro ponto importante de ser analisado se refere aos instrumentos utilizados nos estudos para a avaliação dessas cognições disfuncionais. Foi possível verificar que nenhum dos quatro estudos utilizaram instrumentos que fossem capazes de identificar cognições, especificamente, relacionadas a diabetes, pois possuem itens que representam PAs e crenças gerais. Além disso, a ordem de aplicação dos instrumentos deve ser analisada, uma vez que dependendo da sequência escolhida pode levar a viés de resposta. Como alternativa a esse problema, a aplicação desses instrumentos poderia ser feita de forma aleatória. Ainda no que tange a questão dos instrumentos utilizados, deve-se ter cautela na interpretação de resultados que utilizaram medidas de autorrelato, uma vez que esse tipo de medida pode aumentar a força das relações entre as variáveis analisadas. Especificamente pensando na avaliação da depressão – o transtorno avaliado em todos os estudos incluídos nesta revisão – diferentes medidas devem ser utilizadas já que é comum que alguns sintomas depressivos podem estar sobrepostos aos sintomas decorrentes da própria doença clínica e, muitas vezes, serem sub ou superestimados. O uso de diferentes métodos, como entrevistas clínicas e escalas padronizadas, quando utilizados conjuntamente, minimizam esse confundimento de sintomas. E tal estratégia metodológica não foi utilizada em nenhum dos estudos apresentados aqui. No entanto, os estudos encontrados nesta busca demonstraram o importante papel que as cognições possuem em pessoas com diabetes, evidenciando ainda, a necessidade da execução de mais pesquisas sobre o tema.

1.7. Estratégias cognitivas de enfrentamento na diabetes

Mediante um evento estressor, o indivíduo desenvolve estratégias cognitivas, comportamentais e/ou emocionais para lidar com o problema, sendo que a resposta dependerá da avaliação que ele faz da situação. Esta avaliação não está livre de sofrer influência de

distorções cognitivas comumente encontradas em transtornos psíquicos como a ansiedade e a depressão. Estas distorções podem influenciar significativamente a estratégia de enfrentamento que a pessoa utilizará. A definição e avaliação das estratégias de enfrentamento, ou *coping*, ainda não possui um consenso na literatura científica, sendo tratada como um processo interativo entre indivíduo-ambiente pela perspectiva cognitivista (Ramos, Enumo, & Paula, 2015).

As estratégias de enfrentamento devem ser focadas na emoção ou no problema, levando à negação ou a um comportamento ativo para solucionar a situação, e devem ser vistas não como formas distintas e independentes, mas sim como complementares (Lazarus, 2006). As estratégias focadas na emoção dizem respeito ao esforço empreendido pelo indivíduo para regular o seu estado emocional associado ao estresse, seja com respostas somáticas ou afetivas, como relaxar, culpar os outros ou a si mesmo; expressando emoções negativas como a raiva, ou concentrando-se em pensamentos negativos ou fantasiosos. Esse estilo de enfrentamento é mais utilizado em situações tidas pelo indivíduo como inalteráveis. Já as estratégias focadas no problema são direcionadas para a solução da situação estressora, ou seja, o indivíduo se esforça para atuar na situação e modificar a sua função, como por exemplo, negociar para solucionar um problema interpessoal. Geralmente são utilizadas em situações avaliadas como passíveis de modificação (Carver & Connor-Smith, 2010).

Nas doenças crônicas, a mediação da relação entre indivíduo, saúde e doença é feita pelas estratégias de enfrentamento, que também estão relacionadas à qualidade de vida (Ravagnani, Domingos, & Miyazaki, 2007). Em um estudo de metanálise, Duangdao e Roesch (2008) buscaram identificar essas estratégias e o nível de ajustamento em pessoas com diabetes. Dos 21 artigos analisados, os autores concluíram que aqueles que utilizam estratégias de enfrentamento focadas no problema experimentam um menor nível de ansiedade e depressão para lidarem com sua doença quando comparados com os que utilizam mais as estratégias focadas na emoção. Esses resultados são mediados pela idade do participante, tempo de diagnóstico e tipo de DM. Além disso, a estratégia focada no problema associou-se, significativamente, a um melhor controle glicêmico dos diabéticos.

Uma ampliação da perspectiva cognitiva é compreender as estratégias de enfrentamento como ação regulatória, ou seja, um esforço do indivíduo para manter, restaurar ou reparar suas necessidades psicológicas básicas de autonomia, de relacionamento e de competência, quando percebe determinada situação como ameaçadora ou desafiadora (Ramos, Enumo, & Paula, 2015). O *coping* é uma característica importante do processo emocional (Lazarus, 2006), mais

especificamente da regulação emocional, ou seja, a capacidade que o indivíduo tem de reconhecer suas emoções, aceitá-las e utilizá-las em prol de um objetivo (Leahy, Tirch & Napolitano, 2013).

O processamento emocional de início é “pré-cognitivo” e instrumentaliza o ser humano a responder de forma rápida e imediata, com a função vital de garantir a sua sobrevivência e a continuidade da espécie. Sendo assim, o cérebro emite sinais emocionais para que a cognição identifique possíveis fontes de ameaça e planeje uma resposta comportamental. Essas estruturas emocionais, criadas a partir das situações, produzem afetos quando ativadas e são essenciais para o conhecimento humano (Beck, 2008). As emoções estão interligadas com o modo de pensar e agir dos indivíduos. Elas são fenômenos psicofisiológicos, com o potencial de alterar funções cognitivas, como memória e atenção. Influenciam de forma direta a percepção do indivíduo, seu processamento de informação e suas ações (Beck, 2005).

As emoções auxiliam a avaliação das alternativas e a seleção de respostas adaptativas, motivando comportamentos específicos que levam a mudança (Leahy, Tirch, & Napolitano, 2013; Gazzaniga & Heatherton, 2005). A regulação emocional pode ser compreendida como um conjunto de processos automáticos ou controlados, envolvidos no monitoramento, avaliação e modificação das reações emocionais, principalmente nas suas intensidades e duração, permitindo, assim, uma maior flexibilidade nas respostas emocionais experienciadas (Gross & Tompson, 2007; Gyurak, Gross, & Etkin, 2011). A regulação das emoções envolve dois componentes: (1) regular a experiência emocional, que envolve entrar em contato com a emoção, dar um significado coerente a ela e aceitar que ela faz parte de si; e (2) regular a expressão emocional, que diz respeito a saber quando e como dizer ao outro o que se sente. A regulação emocional que se dá por meio de cognições (ou pensamentos) auxilia os indivíduos a gerirem melhor suas emoções após a vivência de um evento estressor (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Essa capacidade cognitiva de regular as emoções, chamada de estratégias cognitivas de enfrentamento ou *coping* cognitivo, varia de pessoa para pessoa, uma vez que as cognições possuem conteúdo e significado próprio para cada um (Garnefski & Kraaij, 2006).

Até o presente momento, existe escassez de estudos na literatura especializada que abordem as estratégias cognitivas que pessoas com DM utilizam para lidarem com sua doença. Considerando que a regulação emocional é uma habilidade de extrema importância para o bem-estar das pessoas, devido ao seu papel adaptativo, tal conhecimento poderia viabilizar a compreensão de como o uso das estratégias para regular as emoções pode afetar o bem-estar e QV dos diabéticos.

A maneira como a pessoa enfrenta a sua doença é o que permitirá, em certa medida, que ela dimensione adequadamente a sua condição e se torne capaz de resolver os problemas decorrentes de seu quadro clínico. As estratégias de enfrentamento podem ser adaptativas ou não, levando à superação do problema e/ou estabilização do humor, ou mesmo ao agravamento da reação emocional e até do problema em si (Carver & Connor-Smith, 2010). No entanto, embora essas estratégias se refiram a estilos pessoais de enfrentar determinado evento negativo, elas são passíveis de serem influenciadas, modificadas, aprendidas e desaprendidas (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002), o que é um importante fator a ser considerado em intervenções terapêuticas. Possivelmente, o uso de estratégias menos adaptativas esteja relacionado com o desenvolvimento ou com a manutenção de sintomas e/ou problemas emocionais, que podem potencializar as complicações da DM. Porém, a inexistência de estudos com esse enfoque, até o presente momento, impossibilita confirmar ou não esta hipótese, constatação que se deu a partir de uma revisão da literatura especializada cujo critérios de busca podem ser vistos no Apêndice A.

A principal limitação dessa revisão foi a restrição das bases de dados pesquisadas, bem como dos dois idiomas selecionados, fato que impossibilita a inclusão de artigos relacionados ao tema abordado. No entanto, a hipótese de que as estratégias cognitivas de enfrentamento utilizadas por indivíduos diabéticos que possuem um rebaixamento em sua QV e diferentes complicações da doença não são efetivas (ou menos adaptativas), abre um campo de investigação a ser explorado em estudos futuros.

Apesar do importante papel que essas estratégias parecem desempenhar no ajustamento psicossocial dos seres humanos, poucos estudos brasileiros têm se dedicado à sua investigação. Um dos motivos da existência dessa lacuna se deve à ausência de instrumentos de mensuração adequados deste construto. Sendo assim, para avaliar as estratégias cognitivas de enfrentamento nas pessoas com DM, viu-se a necessidade de adaptar para o Brasil um instrumento que foca exclusivamente na parcela cognitiva do *coping*, o *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ). Esse processo será descrito no próximo capítulo.

2. TRADUÇÃO BRASILEIRA E ADAPTAÇÕES DOS ITENS DO *COGNITIVE EMOTION REGULATION QUESTIONNAIRE*

Atualmente, é possível identificar na literatura científica o crescente interesse na avaliação de estratégias cognitivas que os indivíduos utilizam para lidar com eventos potencialmente estressantes, em especial a regulação emocional (RE), que também pode ser compreendida como um estilo de enfrentamento. A RE envolve uma variedade de processos biológicos, sociais, comportamentais e cognitivos (Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello, 2011). Há uma grande variedade de estratégias utilizadas para regular as emoções que podem ser úteis ou inúteis para modificar a desregulação emocional (DE) que tem se apresentado como um ponto central na explicação de problemas e transtornos psicológicos como a ansiedade, depressão, dependência química e até mesmo transtornos da personalidade (Linehan, 2010; Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2013).

Diante da importância da avaliação dessas estratégias, Garnefski, Kraaij e Spinhoven (2001) desenvolveram o CERQ, o primeiro instrumento que tem como foco principal os pensamentos que um indivíduo tem após ter passado por um evento negativo e não nas suas ações após tal ocorrência como é medido em outros instrumentos. O CERQ é um questionário de autorrelato, com 36 itens, subdivididos em nove diferentes tipos de estratégias cognitivas de enfrentamento: (1) Autopunição, (2) Aceitação, (3) Ruminação, (4) Reorientação Positiva, (5) Redirecionamento do Foco para o Planejamento, (6) Reavaliação Positiva, (7) Colocando em Perspectiva, (8) Catastrofização, e (9) Culpabilizar Outros. O instrumento pode ser utilizado em pessoas maiores de 12 anos. Inicialmente, foi construído para o público mais jovem, tendo sua estrutura fatorial testada em uma amostra de 547 adolescentes saudáveis entre 12 e 16 anos. As análises mostraram que os itens além de se agruparem nas nove dimensões, as estratégias cognitivas de enfrentamento também podem ser separadas, ainda, em dois tipos: mais adaptativas (Reorientação Positiva, Reavaliação Positiva, Colocando em Perspectiva, Redirecionamento do Foco para o Planejamento e Aceitação), e menos adaptativas (Ruminação, Autopunição, Culpabilizar Outros e Catastrofização). Esta mesma estrutura se manteve com diferentes grupos etários, e também, com pacientes psiquiátricos adultos (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002a; Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van den Kommer, & Teerds, 2002b). Análises de correlação do CERQ com outros instrumentos mostrou que quanto mais o participante reportava utilizar estratégias cognitivas mais adaptativas, menos sintomas de depressão e ansiedade eles apresentavam. As análises de teste-reteste indicaram que as estratégias

cognitivas de enfrentamento são um construto relativamente estável, e que mesmo se referindo a estilos de enfrentamento pessoal, elas podem ser aprendidas e modificadas. Os índices de consistência interna do CERQ variaram de 0,68 no fator Culpabilizar Outros a 0,83 no fator Ruminação (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

Considerando que a versão inicial do CERQ foi avaliada em adolescentes, em 2007 Garnefski e Kraaij desenvolveram um estudo para avaliar as propriedades psicométricas desse instrumento na população adulta. Contando com uma amostra de 611 indivíduos adultos, com idade entre 18 e 65 anos, sendo majoritariamente de mulheres (60%), as autoras conduziram análises fatoriais exploratórias e confirmatórias. Na análise fatorial exploratória (AFE) foram extraídos nove fatores que explicaram juntos 68,2% da variância, com cargas fatoriais dos itens em cada fator superiores a 0,52 com exceção do item 26 (*"I often think that what I have experienced is much worse than what others have experienced"*) que foi de 0,34 na subescala Catastrofização. Na análise fatorial confirmatória (AFC) o modelo de nove fatores teve um bom ajuste (*Comparative Fit Index [CFI]* igual a 0,92 e 0,97, na primeira e na segunda medição respectivamente). Análises de consistência interna mostraram índices que variaram de 0,65 (Autopunição) a 0,87 (Reavaliação Positiva). Já as análises de teste-reteste tiveram valores entre 0,48 (Redirecionamento do Foco para o Planejamento) e 0,65 (Culpabilizar Outros). Os fatores Catastrofização, Ruminação e Culpabilizar Outros se correlacionaram positivamente com sintomas depressivos e ansiosos, mostrando que um maior uso dessas estratégias está relacionado com maior frequência desses sintomas. Por outro lado, um uso mais frequente da Reavaliação Positiva está relacionado há menor frequência de depressão e ansiedade. As autoras argumentam, ainda, que a definição das estratégias cognitivas de enfrentamento que serão mais ou menos adaptativas dependerá do tipo de evento vivenciado.

Nos últimos anos, o CERQ foi traduzido e adaptado para diferentes línguas (Espanhol: Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello, 2011; Francesa: Jermann, Van der Linden, d'Acremont, & Zermatten, 2006; Portuguesa: Martins, Freire, & Ferreira-Santos, 2016; Romena: Per & Miclea, 2011; Chinesa: Zhu et al., 2008; Turca: Tuna & Bozo, 2012; Árabe: Megreya, Latzman, Al-Attiyah, & Alrashidi, 2016). Em todas estas versões é possível verificar a manutenção da estrutura de nove fatores, com boas propriedades psicométricas. Além disso, são apresentadas fortes evidências da associação entre as estratégias cognitivas e transtornos depressivos e ansiosos (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello, 2011; Zhu et al., 2008; Tuna & Bozo, 2012; Jermann, Van der Linden, d'Acremont, & Zermatten, 2006), raiva (Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello,

2011), e afetos positivos e negativos (Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello, 2011; Megreya, Latzman, Al-Attayah, & Alrashidi, 2016).

O estudo para validação da versão francesa do CERQ foi feito com 217 adolescentes entre 13 e 19 anos e a análise fatorial confirmou a presença de nove dimensões, sendo que todas as cargas fatoriais foram superiores a 0,30. A confiabilidade das subescalas foi comparável à versão original do instrumento, com exceção do fator Aceitação que teve um índice menor ($\alpha=0,68$). Além do CERQ, foram aplicadas, ainda, uma escala de depressão e uma de impulsividade. Em consonância com o estudo original de Garnefski, Kraaij e Spinhoven (2001), também houve correlação negativa entre o uso de estratégias cognitivas mais adaptativas e sintomas depressivos, e correlação positiva entre algumas estratégias menos adaptativas e maior escore na escala de depressão. Os autores também encontraram uma relação entre impulsividade e depressão, sendo que as estratégias de enfrentamento seriam as responsáveis por fazer a mediação dessa relação. Verificou-se ainda que traços de impulsividade estão mais presentes quando há maior uso de estratégias menos adaptativas, ou menor uso das mais adaptativas (Jermann, Van der Linden, d'Acremont, & Zermatten, 2006).

A pesquisa para validação da versão espanhola também encontrou, em uma AFC, os nove fatores originais, com bons índices psicométricos. A pesquisa foi feita utilizando uma amostra de 615 pessoas de 16 a 58 anos, e além do CERQ, aplicaram-se outros instrumentos para avaliar depressão, ansiedade e afetos positivos e negativos. Apesar de encontrarem uma divisão bifatorial de segunda ordem, assim como nas demais versões do CERQ, os autores propõem que essas dimensões podem ser mais bem compreendidas como estratégias “sinérgicas” e estratégias “antagonistas” ao invés de estratégias mais ou menos adaptativas. Tal argumento se baseia no fato de que essa última classificação dicotômica não auxilia no entendimento da funcionalidade das estratégias cognitivas de enfrentamento, como salientado por Garnefski e Kraaij (2007). Sendo assim, diante de um determinado evento estressor uma pessoa pode reagir de modo a mitigar o seu efeito emocional reavaliando positivamente a situação o que diminui a raiva, por exemplo, ou agravar o seu efeito negativo culpando a si mesmo pelo ocorrido. No primeiro caso, utilizar-se-ia estratégias sinérgicas e, no segundo, estratégias antagonistas. Além disso, a correlação encontrada pelo estudo original de Garnefski, Kraaij e Spinhoven (2001) entre as estratégias cognitivas de enfrentamento e sintomas depressivos e ansiosos foi replicada pelo presente estudo, que encontrou, ainda, uma relação direta entre raiva e o uso de estratégias menos adaptativas (Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello, 2011).

Zhu e colaboradores (2008) desenvolveram a versão chinesa do CERQ e, a fim de examinar suas propriedades psicométricas, utilizaram uma amostra de 791 estudantes universitários de 17 a 26 anos. Juntamente ao CERQ, foi aplicado um questionário para avaliar sintomas ansiosos. Por meio da AFC, esse estudo além de confirmar o modelo de nove fatores, também encontrou associação de diversas dimensões do CERQ com sintomas de depressão e ansiedade assim como nas demais versões do instrumento. O alfa de Cronbach encontrado para a escala total foi de 0,79, sendo que o coeficiente de cada uma das nove subescalas variou de 0,76 a 0,90. Análises do teste-reteste, com intervalo de um mês entre as aplicações, apresentaram coeficientes de correlação que variaram de 0,44 (Catastrofização) a 0,78 (Redirecionamento do Foco para o Planejamento) (Zhu et al., 2008).

O estudo para validação da versão turca, por sua vez, também encontrou dados que sustentam o modelo original de nove fatores. A pesquisa foi feita com 396 participantes, com idades entre 18 e 47 anos. Os autores utilizaram além do CERQ, instrumentos que avaliam estratégias de *coping* utilizadas por pessoas em situações estressantes, padrões individuais de sintomas psicológicos, e a autoeficácia geral e social. A AFC mostrou bons indicadores de adequação do modelo aos dados e as cargas fatoriais foram todas significativas, variando entre 0,34 e 0,85. Com exceção de dois itens (19 e 20), todas as cargas fatoriais foram acima de 0,45 (Tuna & Bozo, 2012).

A pesquisa para validação da versão árabe foi realizada em quatro países (Egito, Arábia Saudita, Kuwait e Qatar) com uma amostra total de 1.470 participantes. Além do CERQ, foi utilizada também a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS). Foram feitas AFCs para cada país, sendo que em todos eles, foi possível verificar bons índices psicométricos que sustentam a estrutura de nove fatores. As estratégias cognitivas adaptativas tiveram correlações positivas com afetos positivos, e correlações negativas com os afetos negativos (Megreya, Latzman, Al-Attiyah, & Alrashidi, 2016).

Por fim, Martins, Freire e Ferreira-Santos (2016) realizaram um estudo para validar a versão do CERQ para Portugal. Foi utilizada uma amostra composta por 370 sujeitos dentro da faixa etária de 18 a 60 anos, e além do CERQ, aplicou-se uma escala que avalia a DE e outra que investiga padrões individuais de sintomas psicológicos. Por meio da AFC, o estudo confirmou o modelo original de nove fatores, obtendo bons índices de adequação do modelo. O alfa de Cronbach de cada subescala variou de 0,65 a 0,82. Os resultados parecem apoiar a ideia de que as estratégias adaptativas são fatores de proteção contra sintomas psicológicos, mas também, de que o uso de estratégias menos adaptativas tem um papel mais central em

psicopatologias do que o não uso das estratégias mais adaptativas. A conclusão a que se chegou nesse estudo foi de que, apesar de as estratégias mais adaptativas serem menos utilizadas por pacientes psicopatológicos, o uso daquelas menos adaptativas tem um papel mais relevante na psicopatologia (Martins, Freire, & Ferreira-Santos, 2016).

Sendo assim, considerando a ausência de uma versão desse instrumento no cenário nacional, e dada a importância da avaliação desse construto na prática clínica e científica, em especial para a avaliação das estratégias cognitivas utilizadas pelos pacientes diabéticos, foco principal da presente dissertação, este estudo teve como objetivo realizar a tradução, adaptação e investigação de algumas propriedades psicométricas do CERQ. Para tanto, foram conduzidas três etapas distintas e interligadas. Primeiramente, realizou-se a tradução e adequação dos itens do instrumento. Em seguida, verificou-se a validade interna do CERQ por meio de análises fatoriais (exploratória e confirmatória) e confiabilidade, bem como sua estabilidade temporal. Diferenças entre grupos e a relação das estratégias cognitivas de enfrentamento com sintomas ansiosos e depressivos na população adulta em geral também foram investigadas.

2.1. Etapa 1: Tradução e validade de conteúdo dos itens do CERQ

2.1.1. Objetivo

O objetivo geral desta etapa foi traduzir, adaptar e verificar a adequação dos itens do *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ, Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

2.1.2. Método

2.1.2.1. Análise de conteúdo dos itens

2.1.2.1.1. Participantes

Participaram desta etapa 17 psicólogos e estudantes de psicologia, sendo 12 mulheres (70,6%) e 5 homens (29,6%), com idade variando entre 20 e 35 anos.

2.1.2.1.2. Instrumento

O *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ, Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) é uma ferramenta utilizada para avaliar as estratégias cognitivas específicas que as pessoas utilizam como resposta a um evento de vida estressor ou ameaçador. Trata-se de um instrumento de autorrelato com 36 itens que devem ser respondidos em uma escala tipo Likert de cinco pontos (variando de nunca a sempre), que são divididos em nove dimensões. Os resultados do CERQ possuem índices de consistência interna adequados para todas as escalas (Alfas entre 0,68 e 0,83). Nesta etapa, utilizou-se uma versão inicial traduzida do CERQ.

2.1.2.2.3. Procedimentos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, processo 45217015.9.0000.5149). Primeiramente, foi obtida a autorização dos autores originais do *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ, Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001) para a realização do processo de tradução e adaptação do instrumento para o contexto brasileiro. A tradução do questionário para o português foi realizada por dois pesquisadores de maneira independente. Posteriormente, essas duas versões foram comparadas juntamente à versão portuguesa já validada do instrumento (Martins, Freire, & Ferreira-Santos, 2016) e os itens discutidos um a um por um grupo de dois juízes com experiência na língua inglesa e em psicologia. Nesta etapa solicitou-se que os avaliadores verificassem quais dos itens traduzidos estavam mais apropriados. Para a produção da versão inicial do CERQ, utilizou-se o percentual de concordância entre avaliadores, optando-se pelos itens que obtiveram 80% de pareceres favoráveis quanto à tradução e ao conteúdo.

A aplicação foi feita de maneira coletiva. Após o contato inicial com o grupo, foi informado o objetivo do estudo e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice C) antes de responderem a versão inicial do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B). Foi solicitado, em conversa informal após a aplicação do instrumento, que os participantes indicassem se houve dificuldades na compreensão de algum item ou na instrução do mesmo.

2.1.2.2.4. Análise dos dados

Os comentários coletados na aplicação dos itens foram analisados qualitativamente, em discussões com os dois juízes que participaram da tradução do instrumento. Além disso, foi solicitado que os mesmos avaliassem a presença de erros ortográficos e gramaticais, tendo como principal objetivo verificar a adequação do vocabulário e a semântica contido nos itens e a compreensão da instrução do instrumento.

2.1.3. Resultados e Discussão

De modo geral, os itens se mostraram adequados, sendo pontuadas algumas dificuldades em dois deles (4 e 30), os quais foram reformulados conforme as indicações do grupo e podem ser visualizados na Tabela 1. Avaliou-se que as frases que se iniciam com a palavra “frequentemente” (“*I often think*”) em sua formulação dificultam a compreensão das mesmas, uma vez que este termo é uma das opções de resposta. Sendo assim, decidiu-se pela retirada de tal palavra dos itens 3, 8 e 15 por considerar-se que essa exclusão não modifica o sentido da frase como um todo.

Tabela 1.

Adequações dos itens do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B)

Item	Tradução	Adequação
4	Eu penso em coisas mais agradáveis do que a experiência que tive.	Eu penso em coisas mais agradáveis do que o ocorrido.
30	Eu me debruço sobre os sentimentos que a situação provocou em mim.	Eu tento pensar sobre os sentimentos que a situação provocou em mim.

Uma análise qualitativa preliminar das respostas indicou que quem se sente menos culpado pela situação tende a se concentrar mais em pensamentos positivos, buscando compreender melhor seus sentimentos e o que pode aprender com a situação, bem como pensar em como lidar melhor com ela. Dificilmente essas pessoas focam o pensamento nos outros, seja para culpá-los pelo ocorrido ou imaginar como eles estariam em seu lugar. Por outro lado, quem se sente mais culpado pela situação tende a aceitar mais o ocorrido e pensar com mais frequência no evento. Dificilmente pensa que a situação tenha um lado positivo, mas acredita

que possa aprender algo com ela e se concentra nos seus sentimentos, buscando encontrar uma maneira de modificar o que aconteceu.

2.1.4. Versão Final do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B)

A versão reformulada em português do *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ-B, Questionário de Regulação Emocional Cognitiva) foi traduzida para o inglês por uma profissional bilíngue com domínio nas áreas de Psicologia e Linguística e comparada com a versão original do instrumento. Não foram encontradas diferenças entre as duas versões, exceto o fato de se ter retirado na versão brasileira o termo “*I often think*” dos itens 3, 8 e 15, o que diferiu da versão original em inglês da escala. Considerando-se que tal exclusão não modifica o sentido do item na versão em português, produziu-se a versão final do instrumento. Na Tabela 2 são apresentados os itens originais e traduzidos do instrumento.

Tabela 2.

Itens do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B)

Item	Versão original	Versão brasileira
1.	I feel that I am the one to blame for it	Eu sinto que sou eu o(a) culpado(a) pelo que aconteceu.
2.	I think that I have to accept that this has happened	Eu penso que tenho que aceitar o que aconteceu.
3.	I often think about how I feel about what I have experienced	Eu penso sobre como me sinto em relação ao que aconteceu.
4.	I think of nicer things than what I have experienced	Eu penso em coisas mais agradáveis do que o ocorrido.
5.	I think of what I can do best	Eu penso no que é que posso fazer melhor.
6.	I think I can learn something from the situation	Eu penso que posso aprender alguma coisa com a situação.
7.	I think that it all could have been much worse	Eu penso que tudo poderia ter sido muito pior.
8.	I often think that what I have experienced is much worse than what others have experienced	Eu penso que o que aconteceu comigo é muito pior do que o que aconteceu com os outros.
9.	I feel that others are to blame for it	Eu sinto que os outros são os culpados pelo que aconteceu.
10.	I feel that I am the one who is responsible for what has happened	Eu sinto que sou eu o(a) responsável pelo que aconteceu.
11.	I think that I have to accept the situation	Eu penso que tenho que aceitar a situação.
12.	I am preoccupied with what I think and feel about what I have experienced	Eu me preocupo com o que penso e sinto sobre o que aconteceu comigo.
13.	I think of pleasant things that have nothing to do with it	Penso em coisas agradáveis que não têm nada a ver com a situação.
14.	I think about how I can best cope with the situation	Eu penso sobre como eu posso lidar melhor com a situação.
15.	I think that I can become a stronger person as a result of what has happened	Eu penso que posso me tornar uma pessoa mais forte como resultado do que aconteceu.
16.	I think that other people go through much worse experiences	Eu penso que outras pessoas passam por experiências muito piores.
17.	I keep thinking about how terrible it is what I have experienced	Continuo pensando no quão terrível foi o que aconteceu.
18.	I feel that others are responsible for what has happened	Eu sinto que os outros são responsáveis pelo que aconteceu.

Continua

Tabela 2 (continuação)

Item	Versão original	Versão brasileira
19.	I think about the mistakes I have made in this matter	Eu penso nos erros que cometi nesta situação.
20.	I think that I cannot change anything about it	Eu penso que não tem como eu mudar nada sobre a situação.
21.	I want to understand why I feel the way I do about what I have experienced	Eu quero entender por que eu me sinto dessa forma sobre o que aconteceu.
22.	I think of something nice instead of what has happened	Eu penso em algo de bom, em vez do que aconteceu.
23.	I think about how to change the situation	Eu penso sobre como mudar a situação.
24.	I think that the situation also has its positive sides	Penso que a situação também tem seu lado positivo.
25.	I think that it hasn't been too bad compared to other things	Eu penso que não foi tão ruim assim comparado a outras coisas.
26.	I often think that what I have experienced is the worst that can happen to a person	Eu penso que o que aconteceu comigo é o que de pior poderia acontecer a uma pessoa.
27.	I think about the mistakes others have made in this matter	Eu penso nos erros que outras pessoas cometeram em relação a esse acontecimento.
28.	I think that basically the cause must lie within myself	Eu penso, basicamente, que a causa encontra-se em mim mesmo(a).
29.	I think that I must learn to live with it	Eu penso que tenho que aprender a viver com isso.
30.	I dwell upon the feelings the situation has evoked in me	Eu tento pensar sobre os sentimentos que a situação provocou em mim.
31.	I think about pleasant experiences	Eu penso em experiências agradáveis.
32.	I think about a plan of what I can do best	Eu penso em um plano sobre o melhor que eu posso fazer.
33.	I look for the positive sides to the matter	Procuo pelos lados positivos da situação.
34.	I tell myself that there are worse things in life	Eu digo a mim mesmo que há coisas piores na vida.
35.	I continually think how horrible the situation has been	Eu fico pensando o tempo todo em como a situação foi horrível.
36.	I feel that basically the cause lies with others	Eu sinto que, basicamente, a causa está nos outros.

2.2. Etapa 2: Validade Interna do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B)

A validade interna do CERQ-B foi verificada por meio de dois estudos distintos. No primeiro, realizou-se uma análise fatorial exploratória (AFE) dos dados e consistência interna. No segundo, conduziu-se uma análise fatorial confirmatória, comparando o modelo original do instrumento com o modelo encontrado na AFE.

2.2.1. Objetivos

2.2.1.1. Objetivo Geral

O objetivo geral desta etapa foi verificar a estrutura fatorial por meio de análises exploratórias e confirmatórias, bem como investigar algumas propriedades psicométricas do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B).

2.2.1.2. Objetivos Específicos

- a) Realizar uma análise exploratória da estrutura fatorial do CERQ-B;
- b) Realizar uma análise confirmatória da estrutura fatorial do CERQ-B;
- c) Verificar os índices de consistência interna do instrumento e de seus fatores;
- d) Analisar as associações entre os fatores do CERQ-B e destes com sintomas depressivos e ansiosos;
- e) Verificar a existência de diferença entre os fatores do CERQ-B de acordo com a idade e o sexo dos participantes.

2.2.2. Método

2.2.2.1. Participantes

Para a condução deste estudo, foi realizada a coleta de dados em formato presencial e virtual (online). A amostra inicial foi composta de 1045 participantes. Foram excluídos deste estudo os indivíduos com idade inferior a 18 anos (n=4) por não haver a autorização dos

responsáveis legais e aqueles que não preencheram o questionário por completo (n=9). A amostra final foi de 1032 pessoas, com idade variando de 18 a 59 anos (*Média*=24,77; *DP*=8,04), sendo 59,0% do sexo feminino. Os participantes foram majoritariamente universitários de diferentes cursos. Destes participantes, 135 responderam ao questionário em sua versão online e 897 à versão presencial. O critério de seleção amostral foi o de conveniência. A amostra foi dividida em dois grupos para a condução dos estudos, adotando-se como critério o formato da coleta, virtual e presencial, e no caso daqueles que responderam presencialmente, considerou-se também o tipo de curso superior que frequentavam. Esta divisão foi feita de modo que garantisse que se houvesse representantes equivalentes em ambos os estudos. Sendo assim, a subamostra utilizada na AFE foi composta por 481 indivíduos, com idade entre 18 e 58 anos (*Média*=24,21; *DP*=7,58), sendo 28 mulheres. Treze participantes não informaram a idade. Já a subamostra da AFC teve 553 pessoas, com idade variando de 18 a 66 anos (*M*=25,39; *DP*=8,68), sendo 59,5% do sexo feminino. Sete participantes não informaram a idade e um não informou o sexo.

2.2.2.2. Instrumentos

1) Questionário de Dados do Participante

Questionário para identificar o nome, sexo, idade, escolaridade e cidade onde reside o participante (Apêndice D).

2) Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B)

Versão brasileira do *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ-B) (Apêndice E).

3) Escala Beck de Depressão II (BDI-II)

A Escala Beck de Depressão objetiva avaliar os sintomas mais comuns de depressão. Possui 21 itens compostos por sintomas e atividades que devem ser respondidos por meio de uma escala Likert de 0 a 3. A interpretação dos dados segue o seguinte padrão: escores entre 0 a 11 (depressão mínima); escores de 12 a 19 (depressão leve); escores de 20 a 35 (depressão moderada); escores de 36 a 63 (depressão grave). Os estudos psicométricos da Escala Beck para Depressão II para o Brasil foram realizados por Gorenstein, Argimon, Wang e Werlang (2010) e apresentam propriedades psicométricas adequadas. O BDI-II foi aplicado em uma subamostra

composta por 110 pessoas, com idade variando de 18 a 34 anos (*Média*=21,07; *DP*=3,24), sendo que 61 (55,5%) eram homens.

4) Escala Beck de Ansiedade (BAI)

Esta escala objetiva avaliar os sintomas mais comuns de ansiedade. Possui 21 sintomas com quatro alternativas de respostas em ordem crescente. A interpretação dos dados segue o seguinte padrão: escores entre 0 a 10 (ansiedade mínima); escores de 11 a 19 (ansiedade leve); escores de 20 a 30 (ansiedade moderada); escores de 31 a 63 (ansiedade grave). A validação para o Brasil foi realizada por Cunha (2001). O alfa de Cronbach para amostras não clínicas foi de 0,71 a 0,92. O inventário apresenta propriedades psicométricas adequadas com relação à estabilidade temporal pelo método de teste-reteste, validade de conteúdo, convergente e fatorial. A BAI foi aplicada em uma subamostra de 118 sujeitos, com idade entre 18 e 34 anos (*Média*=21,10; *DP*=3,09), sendo 65 (55,1%) do sexo masculino.

2.2.2.3. Procedimentos éticos

O consentimento dos participantes foi documentado por meio do TCLE e a coleta de dados só se iniciou após a autorização da participação dos mesmos. O direito à confidencialidade dos dados e o cuidado no manuseio das informações foram assegurados.

2.2.2.4. Procedimentos para coleta de dados

A versão online do CERQ-B foi criada com a ferramenta do “Formulários Google”. A pesquisa foi divulgada nas redes sociais (páginas do Facebook e Twiter) e também por correio eletrônico (e-mail), solicitando que, após responderem ao questionário, essas pessoas encaminhassem o link de acesso à pesquisa para os seus contatos pessoais. O questionário ficou disponível para o acesso online no período de 28 de janeiro a 11 de março de 2016. Os participantes receberam o link para responderem à pesquisa, sendo que na primeira página lhes era apresentado um convite com um resumo do detalhamento do projeto (Apêndice B), seguido pelo TCLE (Apêndice C). O participante só tinha acesso aos itens após ter lido e consentido sua participação.

A coleta presencial foi coletiva, em sala de aula, realizada em duas universidades de Minas Gerais, após o convite ter sido feito aos participantes e os mesmos terem entregado o TCLE assinado. O tempo médio gasto para responder ao questionário foi de 15 minutos.

2.2.2.5. Procedimentos para análise de dados

Primeiramente, com o intuito de preparar os dados para a análise fatorial, foram obtidas medidas de tendência central e de frequência de respostas aos itens, possibilitando a substituição pontual dos itens não respondidos (*missings*) pela média. O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição dos dados. A validade interna do instrumento foi avaliada por meio de duas técnicas. A primeira foi a análise fatorial exploratória (AFE), utilizando-se o método de análise dos eixos principais e rotação *Direct Oblimin*, permitindo, assim, que os fatores se correlacionassem entre si. Foram mantidos os itens com carga fatorial $\geq 0,30$. A segunda, pela consistência interna (alfa de Cronbach). Todas as análises foram realizadas no programa SPSS 22.0 (*Statistical Package for Social Science*). Em seguida, realizou-se a análise fatorial confirmatória (AFC), correlações item-fator e novas análises de consistência interna. O primeiro passo foi comparar o modelo original do instrumento (nove fatores) com o modelo encontrado na AFE (oito fatores), por meio do método de estimação *Maximum Likelihood* (ML), a fim de verificar o que melhor se ajustava à adaptação para o Brasil. Na investigação dos modelos analisaram-se alguns indicadores. O primeiro é a razão do valor do Qui-quadrado com o grau de liberdade (χ^2/gl), no qual valores inferiores a cinco indicam o ajuste do modelo. O segundo, o *Root Mean Squared of the Residuals* (RMSEA) considera como aceitáveis os valores abaixo de 0,08. Também foram analisados o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *The Tucker-Lewis Index* (NNFI, *Non-Normed Fit Index*), nos quais escores superiores a 0,90 foram considerados satisfatórios. A comparação entre os modelos foi realizada pelo *Akaike Information Criterion* (AIC), na qual o menor valor indicou o melhor modelo (Akaike, 1974). As associações foram feitas por meio de correlação de Pearson e comparações entre grupos foram realizadas com o Teste t de Student e Análise de Variância (ANOVA). Para as análises, utilizaram-se os programas estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22 e Lisrel 8.8.

2.2.3. Resultados

2.2.3.1. Características da amostra e das variáveis da AFE

As características sociodemográficas dos participantes podem ser visualizadas na Tabela 3. A maior representatividade da amostra está no Estado de Minas Gerais, contando ainda com participantes de São Paulo, Distrito Federal, Espírito Santo e Paraná, que responderam ao questionário em sua versão online. O resultado do teste de Kolmogorov-Smirnov indicou que as variáveis do CERQ-B não apresentaram uma distribuição normal, no entanto, optou-se por utilizar testes paramétricos considerando que o tamanho amostral assim o justifica.

2.2.3.2. Características da amostra da AFC

Dos 551 participantes, 482 responderam aos questionários presencialmente e os demais responderam virtualmente (n=69). A maior parte da amostra reside em Minas Gerais (98,8%). A Tabela 4 apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 3.

Características sociodemográficas da amostra da análise fatorial exploratória

Características	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	280	58,2
Masculino	201	41,8
Idade¹		
De 18 a 25 anos	347	72,1
De 26 a 40 anos	95	19,8
De 41 a 59 anos	26	5,4
Escolaridade		
Médio Completo	5	1,0
Superior Incompleto	436	90,6
Superior Completo	25	5,2
Pós-Graduação	15	3,1
Cursos Superiores (em formação)		
Psicologia	100	20,8
Enfermagem	14	2,9
Serviço Social	19	4,0
Engenharia Civil	77	16,0
Engenharia de Produção	48	10,0
Engenharia de Computação	33	6,9
Pedagogia	29	6,0
História	5	1,0
Educação Física	27	5,6
Publicidade e Propaganda	10	2,1
Matemática	10	2,1
Química	17	3,5
Ciências Biológicas	5	1,0
Não mencionaram o curso	87	18,1

Nota. ¹ Treze participantes não informaram a idade (2,7%).

Tabela 4.

Características sociodemográficas da amostra da análise fatorial confirmatória

Características	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	329	59,7
Masculino	222	40,1
Idade¹		
De 18 a 25 anos	386	70,1
De 26 a 40 anos	114	20,7
De 41 a 59 anos	45	8,2
Escolaridade		
Médio Completo	1	0,2
Superior Incompleto	490	88,9
Superior Completo	33	6,0
Pós-Graduação	27	4,9
Cursos Superiores (em formação)		
Psicologia	95	17,2
Enfermagem	4	0,7
Serviço Social	34	6,2
Engenharia Civil	78	14,2
Engenharia de Produção	55	10,0
Engenharia de Computação	44	8,0
Pedagogia	38	6,9
História	6	1,1
Educação Física	9	1,6
Publicidade e Propaganda	11	2,0
Matemática	13	2,4
Química	6	1,1
Ciências Biológicas	6	1,1
Não mencionaram o curso	152	27,6

Nota. ¹ Seis participantes não informaram a idade (1,1%).

2.2.3.3. Análise exploratória do modelo (AFE)

A análise fatorial exploratória (AFE) apresentou um KMO de 0,90 e um teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0,001$), indicando, assim, a possibilidade de fatoração dos dados. A partir do critério de Kaiser, foram identificados sete fatores que explicaram,

juntos, 54,39% da variância dos resultados. A análise do gráfico de sedimentação (Figura 2) indica estabilização após o sétimo fator, sugerindo, assim, uma estrutura de sete fatores para a escala. Aliado à verificação dos percentuais de variância explicada, a partir da análise dos autovalores, percebe-se que um oitavo fator ficou bem próximo a 1 (0,943), o valor de referência para que o fator seja retido e interpretado. Diante destes resultados, conduziu-se uma nova AF solicitando a extração de oito fatores, da qual foram obtidas as cargas fatoriais iniciais dos itens do CERQ-B. Verificou-se a manutenção do KMO (0,90) e aumento da variância explicada, indo para 56,09%. Na matriz fatorial, observou-se que dois itens apresentaram uma carga fatorial inferior a 0,40 (itens 8 e 27).

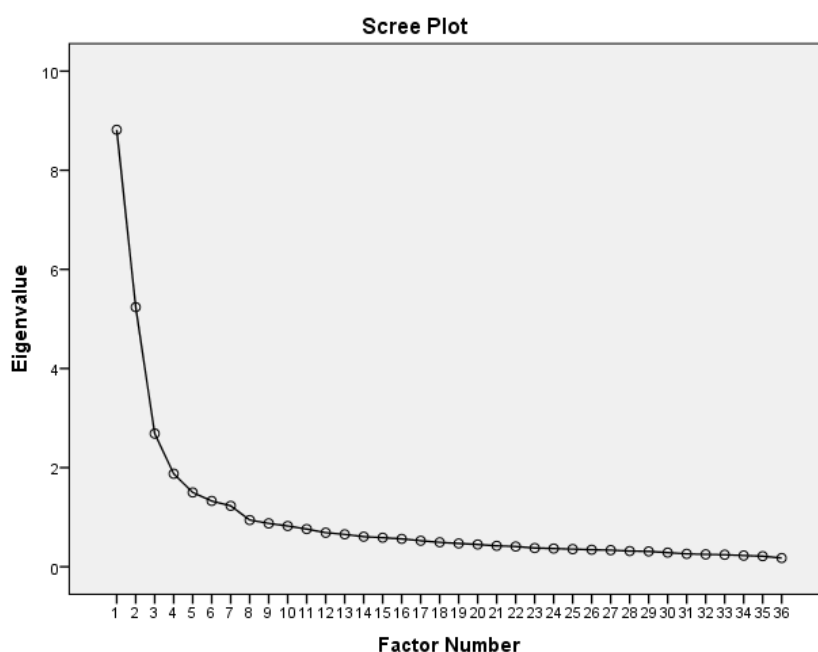


Figura 2. Gráfico de sedimentação do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B)

2.2.3.4. Consistência interna

O alfa de Cronbach é uma medida da confiabilidade dos escores do teste relacionada à sua homogeneidade, ou seja, sua consistência interna (Urbina, 2007). A análise de consistência interna indicou índices que variaram de 0,69 a 0,92, demonstrando, assim, uma homogeneidade satisfatória entre os itens dos oito fatores. A Tabela 5 apresenta a distribuição dos itens nos fatores e suas respectivas cargas fatoriais, bem como os alfas de Cronbach de cada fator.

Tabela 5.

Distribuição dos itens, cargas fatoriais, variância explicada e consistência interna da versão exploratória do CERQ-B

Fator	Item	Carga Fatorial	% de variância	Consistência interna (α)
Redirecionamento do Foco para o Planejamento e Reavaliação Positiva	5. Eu penso no que é que posso fazer melhor.	0,70	23,44	0,92
	6. Eu penso que posso aprender alguma coisa com a situação.	0,67		
	14. Eu penso sobre como eu posso lidar melhor com a situação.	0,63		
	15. Eu penso que posso me tornar uma pessoa mais forte como resultado do que aconteceu.	0,61		
	23. Eu penso sobre como mudar a situação.	0,68		
	24. Penso que a situação também tem seu lado positivo.	0,51		
	32. Eu penso em um plano sobre o melhor que eu posso fazer.	0,57		
Ruminação	33. Procuro pelos lados positivos da situação.	0,42	13,27	0,81
	3. Eu penso sobre como me sinto em relação ao que aconteceu.	0,67		
	12. Eu me preocupo com o que penso e sinto sobre o que aconteceu comigo.	0,64		
	21. Eu quero entender por que eu me sinto dessa forma sobre o que aconteceu.	0,66		
Culpabilizar outros	30. Eu tento pensar sobre os sentimentos que a situação provocou em mim.	0,81	6,26	0,79
	9. Eu sinto que os outros são os culpados pelo que aconteceu.	0,80		
	18. Eu sinto que os outros são responsáveis pelo que aconteceu.	0,79		
	27. Eu penso nos erros que outras pessoas cometeram em relação a esse acontecimento.	0,39		
Aceitação	36. Eu sinto que, basicamente, a causa está nos outros.	0,74	4,02	0,69
	2. Eu penso que tenho que aceitar o que aconteceu.	0,87		
	11. Eu penso que tenho que aceitar a situação.	0,79		
	29. Eu penso que tenho que aprender a viver com isso.	0,42		

Continua

Tabela 5 (continuação)

Fator	Item	Carga Fatorial	% de variância	Consistência interna (α)
Autopunição	1. Eu sinto que sou eu o(a) culpado(a) pelo que aconteceu.	0,70	2,96	0,80
	10. Eu sinto que sou eu o(a) responsável pelo que aconteceu.	0,77		
	19. Eu penso nos erros que cometi nesta situação.	0,43		
	28. Eu penso, basicamente, que a causa encontra-se em mim mesmo(a).	0,74		
Reorientação Positiva	4. Eu penso em coisas mais agradáveis do que o ocorrido.	0,65	2,52	0,88
	13. Penso em coisas agradáveis que não têm nada a ver com a situação.	0,71		
	22. Eu penso em algo de bom, em vez do que aconteceu.	0,84		
	31. Eu penso em experiências agradáveis.	0,57		
Colocando em perspectiva	7. Eu penso que tudo poderia ter sido muito pior.	-0,61	2,23	0,81
	16. Eu penso que outras pessoas passam por experiências muito piores.	-0,75		
	25. Eu penso que não foi tão ruim assim comparado a outras coisas.	-0,58		
	34. Eu digo a mim mesmo que há coisas piores na vida.	-0,74		
Catastrofização	8. Eu penso que o que aconteceu comigo é muito pior do que o que aconteceu com os outros.	-0,27	1,39	0,74
	17. Continuo pensando no quão terrível foi o que aconteceu.	-0,62		
	20. Eu penso que não tem como eu mudar nada sobre a situação.	-0,46		
	26. Eu penso que o que aconteceu comigo é o que de pior poderia acontecer a uma pessoa.	-0,40		
	35. Eu fico pensando o tempo todo em como a situação foi horrível.	-0,72		

Nota. Os itens marcados em negrito são aqueles que não pertencem a mesma estrutura de nove fatores do instrumento original.

2.2.3.5. Teste dos modelos (AFC)

A análise da estrutura fatorial do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B) foi feita por meio de duas análises confirmatórias para oito e nove fatores, respectivamente. A Tabela 6 apresenta o resumo das análises.

Tabela 6.

Resumo dos resultados para os modelos de oito e nove fatores do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva

Modelo	X ²	GL	X ² /GL	RMSEA	CFI	NNFI	AIC
8 Fatores	1091,33	566	1,93	0,05	0,97	0,97	1291,33
9 Fatores	1014,37	558	1,82	0,04	0,98	0,97	1230,37

Nota. X² = Valor do Qui-Quadrado; GL = Grau de Liberdade; RMSEA = Root Mean Squared of the Residuals; CFI = Comparative Fit Index; NNFI = The Tucker-Lewis Index (Non-Normed Fit Index); AIC = Akaike Information Criterion.

O modelo com oito fatores foi elaborado de acordo com os resultados encontrados na AFE. A análise realizada indicou que houve um agrupamento de dois dos fatores propostos pelos autores originais (Redirecionamento do Foco para o Planejamento e Reavaliação Positiva) do instrumento em apenas um fator. Os resultados para este modelo mostraram escores satisfatórios para os três índices de adequação analisados (RMSEA, NNFI e CFI) e um menor *Akaike Information Criterion* (AIC). O modelo com nove fatores foi calculado com quatro itens para cada variável latente de acordo com o estudo de Garnefski, Kraaij e Spinhoven (2001). Todos os índices de adequação avaliados mostraram-se satisfatórios e foi o modelo que apresentou a menor razão Qui-quadrado/Grau de liberdade. Apesar de apresentar um maior AIC na comparação dos modelos, optou-se por utilizar para o CERQ-B uma estrutura de nove fatores, uma vez que a diferença foi pequena e todos os demais índices analisados se mostraram adequados e satisfatórios.

2.2.3.6. Validade de construto do CERQ-B

A validade de construto, que diz respeito à capacidade dos itens de representarem o construto (traço latente) a ser medido (Pasquali, 2007), foi avaliada a partir da correlação item-fator do CERQ-B. Os resultados são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7.

Itens divididos por fatores com respectivas correlações item-total.

Item	Correlação item-total
Autopunição	
1. Eu sinto que sou eu o(a) culpado(a) pelo que aconteceu.	0,63
10. Eu sinto que sou eu o(a) responsável pelo que aconteceu.	0,62
19. Eu penso nos erros que cometi nesta situação.	0,47
28. Eu penso, basicamente, que a causa encontra-se em mim mesmo(a).	0,64
Aceitação	
2. Eu penso que tenho que aceitar o que aconteceu.	0,64
11. Eu penso que tenho que aceitar a situação.	0,68
20. Eu penso que não tem como eu mudar nada sobre a situação.	0,31
29. Eu penso que tenho que aprender a viver com isso.	0,50
Ruminação	
3. Eu penso sobre como me sinto em relação ao que aconteceu.	0,57
12. Eu me preocupo com o que penso e sinto sobre o que aconteceu comigo.	0,61
21. Eu quero entender por que eu me sinto dessa forma sobre o que aconteceu.	0,64
30. Eu tento pensar sobre os sentimentos que a situação provocou em mim.	0,68
Reorientação Positiva	
4. Eu penso em coisas mais agradáveis do que o ocorrido.	0,67
13. Penso em coisas agradáveis que não têm nada a ver com a situação.	0,73
22. Eu penso em algo de bom, em vez do que aconteceu.	0,71
31. Eu penso em experiências agradáveis.	0,72
Redirecionamento do Foco para o Planejamento	
5. Eu penso no que é que posso fazer melhor.	0,62
14. Eu penso sobre como eu posso lidar melhor com a situação.	0,71
23. Eu penso sobre como mudar a situação.	0,67
32. Eu penso em um plano sobre o melhor que eu posso fazer.	0,69
Reavaliação Positiva	
6. Eu penso que posso aprender alguma coisa com a situação.	0,64
15. Eu penso que posso me tornar uma pessoa mais forte como resultado do que aconteceu.	0,70
24. Penso que a situação também tem seu lado positivo.	0,75
33. Procuro pelos lados positivos da situação.	0,74

Continua

Tabela 7 (continuação)

Item	Correlação item- total
Colocando em perspectiva	
7. Eu penso que tudo poderia ter sido muito pior.	0,54
16. Eu penso que outras pessoas passam por experiências muito piores.	0,64
25. Eu penso que não foi tão ruim assim comparado a outras coisas.	0,63
34. Eu digo a mim mesmo que há coisas piores na vida.	0,68
Catastrofização	
8. Eu penso que o que aconteceu comigo é muito pior do que o que aconteceu com os outros.	0,47
17. Continuo pensando no quão terrível foi o que aconteceu.	0,57
26. Eu penso que o que aconteceu comigo é o que de pior poderia acontecer a uma pessoa.	0,36
35. Eu fico pensando o tempo todo em como a situação foi horrível.	0,57
Culpabilizar outros	
9. Eu sinto que os outros são os culpados pelo que aconteceu.	0,58
18. Eu sinto que os outros são responsáveis pelo que aconteceu.	0,62
27. Eu penso nos erros que outras pessoas cometeram em relação a esse acontecimento.	0,42
36. Eu sinto que, basicamente, a causa está nos outros.	0,54

As correlações dos itens com o total de cada fator mostraram dois escores inferiores a 0,40, sendo que um deles se encontra no fator Aceitação (item 20) e o outro no fator Catastrofização (item 26). Além disso, encontraram-se correlações significativas entre os fatores do CERQ-B com coeficientes de baixa a alta magnitude (Tabela 8).

Tabela 8

Correlações entre os fatores do CERQ-B

Fator	Auto	Ace	Rum	ReoP	Plan	ReaP	Pers	Cat	Culpa
Auto	-								
Ace	0,33**	-							
Rum	0,45**	0,31**	-						
ReoP	-0,24**	0,14**	0,04	-					
Plan	0,02	0,17**	0,33**	0,58**	-				
ReaP	-0,07*	0,19**	0,21**	0,61**	0,78**	-			
Pers	-0,03	0,26**	0,16**	0,54**	0,52**	0,65**	-		
Cat	0,49**	0,25**	0,32**	-0,23**	-0,18**	-0,25**	-0,11**	-	
Culpa	0,17**	0,14**	0,22**	-0,05	-0,01	-0,02	0,02	0,39**	-

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Auto: Autopunição; Ace: Aceitação; Rum: Ruminação; ReoP: Reorientação Positiva; Plan: Redirecionamento do Foco para o Planejamento; ReaP: Reavaliação Positiva; Pers: Colocando em perspectiva; Cat: Catastrofização; Culpa: Culpabilizar outros.

A partir da análise dos itens e seu respectivo agrupamento, o fator Autopunição é caracterizado por pensamentos que expressam a culpa que o indivíduo tem por aquilo que tem experienciado. O fator Aceitação reflete pensamentos de aceitação e contentamento com o que aconteceu. Já a Ruminação expressa as estratégias de pensar sobre sentimentos e pensamentos associados ao evento negativo. A Reorientação Positiva, por sua vez, diz respeito a pensar sobre questões alegres e agradáveis ao invés de pensar sobre o evento real. O fator Redirecionamento do Foco para o Planejamento reflete estratégias de pensar sobre quais medidas devem ser tomadas e como lidar com o evento negativo. A Reavaliação Positiva é a tendência de atribuir um significado positivo para o evento em termos de crescimento pessoal. Colocando em Perspectiva reflete o ato de minimizar a gravidade do evento ou enfatizar sua relatividade quando comparado a outros eventos. A Catastrofização é marcada por pensamentos que enfatizam explicitamente o terror de uma experiência. Por fim, o fator Culpabilizar Outros mostra ideias de culpar os outros por aquilo que tem experienciado.

2.2.3.7. Diferenças de Sexo, Idade e Tipo de coleta

Para a condução das análises de comparação entre grupos considerou-se a amostra completa ($n=1032$) que foram separadas somente para a condução das análises fatoriais. Foram realizadas comparações dos fatores do CERQ-B entre os grupos de homens e mulheres, através

do Teste *t* de Student para amostras independentes. Os resultados mostraram que o grupo feminino obteve um escore significativamente maior nos fatores Autopunição ($t=-2,85$; $p<0,01$), Ruminação ($t=-6,22$; $p<0,001$) e Catastrofização ($t=-3,50$; $p<0,001$) quando comparadas com os homens. Por outro lado, nos fatores Redirecionamento do Foco para o Planejamento ($t=2,08$; $p<0,05$) e Reavaliação Positiva ($t=2,67$; $p<0,01$) o grupo masculino obteve uma média significativamente maior do que as mulheres. Nos demais fatores não houve diferença significativa entre o sexo dos participantes. Os itens de cada fator foram somados, originando os escores de cada dimensão. A média, desvio-padrão e percentis estão descritos na Tabela 9.

Tabela 9.

Média, desvio-padrão, mediana e percentis dos fatores do CERQ-B, de acordo com o sexo do participante

Fator	Média (DP)		Percentil 10		Percentil 25		Mediana		Percentil 75		Percentil 95	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Auto	10,02 (3,32)	10,67 (3,76)	6,00	7,00	8,00	8,00	10,00	10,00	12,00	13,00	16,00	18,00
Ace	11,19 (3,51)	10,88 (3,52)	7,00	6,00	8,00	8,00	11,00	11,00	14,00	13,00	17,00	17,00
Rum	11,42 (3,81)	12,98 (4,07)	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	13,00	14,00	16,00	19,00	20,00
ReoP	11,50 (4,23)	11,07 (4,47)	6,00	5,00	8,00	8,00	11,00	11,00	15,00	14,00	19,00	19,00
Plan	14,73 (3,75)	14,23 (3,87)	9,00	9,00	12,00	11,75	15,00	15,00	18,00	17,00	20,00	20,00
ReaP	14,58 (4,04)	13,89 (4,35)	9,00	8,00	12,00	11,00	16,00	14,00	18,00	17,00	20,00	20,00
Pers	12,00 (4,06)	12,45 (4,09)	7,00	7,00	9,00	9,00	12,00	12,00	15,00	16,00	19,00	19,00
Cat	7,40 (2,88)	8,10 (3,34)	4,00	4,00	5,00	6,00	7,00	7,00	9,00	10,00	15,00	15,00
Culpa	7,29 (2,67)	7,22 (2,59)	4,00	4,00	5,00	5,00	7,00	7,00	9,00	9,00	12,00	12,00

Nota: Auto: Autopunição; Ace: Aceitação; Rum: Ruminação; ReoP: Reorientação Positiva; Plan: Redirecionamento do Foco para o Planejamento; ReaP: Reavaliação Positiva; Pers: Colocando em Perspectiva; Cat: Catastrofização; Culpa: Culpabilizar Outros.

Os participantes foram divididos em três grupos etários utilizando-se como critério as faixas desenvolvimentais. O primeiro foi composto por aqueles que tinham entre 18 e 25 anos – os adultos jovens, o segundo, pelos sujeitos com idade entre 26 e 40 anos – os adultos maduros, e por fim, aqueles com idade entre 41 a 59 anos – os de meia-idade. A fim de verificar se a diferença entre os grupos foi significativa, realizou-se uma análise de variância (ANOVA) *one-way*. Os resultados apontaram diferença significativa entre os grupos e os fatores Autopunição ($F=3,00$; $gl=2$; $p<0,05$), Aceitação ($F=8,99$; $gl=2$; $p<0,001$), Ruminação ($F=3,13$; $gl=2$; $p<0,05$), Reorientação Positiva ($F=4,13$; $gl=2$; $p<0,05$), Redirecionamento do Foco para o Planejamento ($F=3,73$; $gl=2$; $p<0,05$), Reavaliação Positiva ($F=9,14$; $gl=2$; $p<0,001$), Colocando em Perspectiva ($F=10,87$; $gl=2$; $p<0,001$) e Catastrofização ($F=3,76$; $gl=2$; $p<0,05$). Apenas o fator Culpabilizar Outros não apresentou diferença estatisticamente significativa. Análises posteriores com o teste *post hoc* de Bonferroni indicaram que o grupo dos adultos jovens obteve os menores escores nos fatores Reorientação Positiva e Redirecionamento do Foco quando comparados àqueles indivíduos de meia-idade. No fator Reavaliação Positiva a média do escore dos adultos jovens foi significativamente inferior aos demais grupos. Em contrapartida, nos fatores Autopunição e Catastrofização os adultos jovens tiveram os escores mais altos do que os mais velhos (meia-idade). De modo semelhante, os adultos de meia-idade obtiveram os menores escores no fator Aceitação quando comparados aos outros dois grupos. o mesmo ocorreu no fator Ruminação, no qual a média dos adultos mais velhos foi inferior àqueles adultos maduros. Por outro lado, no fator Colocando em Perspectiva o grupo que teve o maior escore em comparação aos demais foi aquele dos adultos de meia-idade.

Considerando o tipo de coleta, a amostra foi dividida em dois grupos. O grupo 1 foi constituído pelos sujeitos que responderam presencialmente, de forma coletiva, aos instrumentos ($n=897$). O grupo 2 foi aquele que respondeu à pesquisa online ($n=135$). Os resultados mostraram que o grupo 2 obteve uma média superior ao grupo 1 nos fatores Autopunição ($t=-5,85$; $p<0,001$), Ruminação ($t=-6,75$; $p<0,001$), e Culpabilizar Outros ($t=-2,24$; $p<0,05$). Já nos fatores Reorientação Positiva ($t=5,69$; $p<0,001$) e Colocando em Perspectiva ($t=2,54$; $p<0,05$) o grupo 1 teve média superior ao do grupo 2. Os demais fatores não apresentaram diferença estatisticamente significativa. A Tabela 10 apresenta a média e desvio-padrão dos escores dos participantes nos fatores do CERQ-B de acordo com a idade e tipo de coleta.

Tabela 10.

Média e desvio-padrão dos fatores do CERQ-B, de acordo com a idade e tipo de coleta

Fator	Média (DP) Idade			Média (DP) Coleta	
	Grupo 1*	Grupo 2**	Grupo 3***	Presencial	Online
Autopunição	10,55 (3,70)	10,40 (3,55)	9,45 (2,67)	10,17 (3,60)	12,05 (3,67)
Aceitação	11,19 (3,52)	11,10 (3,62)	9,35 (2,68)	10,97 (3,58)	11,55 (3,43)
Ruminação	12,37 (4,09)	12,72 (4,06)	11,34 (3,27)	12,02 (3,95)	14,47 (4,00)
Reorientação Positiva	11,00 (4,34)	11,59 (4,51)	12,37 (4,35)	11,51 (4,40)	9,46 (3,87)
Redirecionamento do Foco para o Planejamento	14,23 (3,93)	14,72 (3,72)	15,38 (3,11)	14,45 (3,86)	14,43 (3,67)
Reavaliação Positiva	13,80 (4,32)	14,78 (4,14)	15,62 (3,28)	14,22 (4,25)	13,80 (4,19)
Colocando em Perspectiva	11,94 (4,06)	12,69 (4,00)	14,10 (3,90)	12,39 (4,07)	11,45 (4,04)
Catastrofização	8,00 (3,28)	7,67 (2,86)	6,99 (2,79)	7,80 (3,22)	8,07 (3,24)
Culpabilizar Outros	7,37 (2,68)	7,07 (2,58)	6,75 (2,15)	7,18 (2,65)	7,72 (2,39)

Nota. * Idade entre 18 e 26 anos; ** Idade entre 27 e 66 anos; Nove participantes não declararam a idade.

2.2.3.8. Confiabilidade teste-reteste e consistência interna do CERQ-B

Para a análise de confiabilidade teste-reteste, 58 estudantes universitários que responderam presencialmente aos questionários, foram selecionados aleatoriamente para participarem após um intervalo de 5 meses da primeira coleta de dados. A idade dos sujeitos dessa subamostra variou de 18 a 29 anos ($M=19,89$; $DP=2,20$), sendo que 30 deles eram do sexo masculino (51,7%). No que diz respeito ao teste-reteste, verificou-se correlações estatisticamente significativas que variaram de 0,42 (Aceitação) a 0,65 (Redirecionamento do Foco para o Planejamento) entre a primeira e a segunda avaliação. Avaliou-se a consistência interna dos fatores do CERQ-B por meio do alfa de Cronbach. Os valores nas subescalas variaram de 0,63 (Culpabilizar Outros) a 0,87 (Reavaliação Positiva) na primeira medição e de 0,65 (Culpabilizar Outros) a 0,90 (Redirecionamento do Foco para o Planejamento) no seguimento. Para a escala total os valores do alfa foram 0,72 e 0,79. Considerando, ainda, o agrupamento das estratégias cognitivas de enfrentamento naquelas mais adaptativas e nas

menos desadaptativas, os índices de consistência interna foram de 0,85 para o primeiro grupo e de 0,72 para o segundo na primeira avaliação e de 0,81 e 0,79 na segunda etapa (Tabela 11).

Tabela 11.

Confiabilidade do alfa de Cronbach dos fatores do CERQ-B, teste-reteste

Fator	α inicial (n=1043)	α seguimento (n=58)	Teste-reteste (n=58)
Autopunição	0,79	0,75	0,54**
Aceitação	0,72	0,70	0,42**
Ruminação	0,81	0,77	0,51**
Reorientação Positiva	0,87	0,88	0,58**
Redirecionamento do Foco para o Planejamento	0,84	0,90	0,65**
Reavaliação Positiva	0,87	0,93	0,59**
Colocando em Perspectiva	0,81	0,79	0,55**
Catastrofização	0,71	0,69	0,53**
Culpabilizar Outros	0,63	0,65	0,36**
Estratégias mais adaptativas ¹	0,91	0,92	0,55**
Estratégias menos adaptativas ²	0,85	0,81	0,42**
Estratégias cognitivas de enfrentamento ³	0,72	0,79	0,46**

Nota. ** $p < 0,01$; ¹Agrupamento dos fatores Reorientação Positiva, Reavaliação Positiva, Colocando em Perspectiva, Redirecionamento do Foco para o Planejamento e Aceitação; ²Agrupamento dos fatores Ruminação, Autopunição, Culpabilizar Outros e Catastrofização; ³Agrupamento de todos os fatores – escala total.

2.2.3.9. Correlações entre o CERQ-B e sintomas depressivos e ansiosos

Dos 926 estudantes universitários, somente 126 foram selecionados aleatoriamente para responderem às escalas Beck que avaliam sintomas depressivos e ansiosos. A maior parte dos participantes apresentou sintomas mínimos de ansiedade (n=89; 71%) e de depressão (n=82; 67%). Com exceção do fator Colocando em Perspectiva, todos os demais fatores do CERQ-B se correlacionaram de maneira significativa com os sintomas depressivos. As correlações variaram de -0,38 (Redirecionamento do Foco para o Planejamento) a 0,50 (Autopunição), sendo que o conjunto das estratégias menos adaptativas foi o que teve maior valor ($r=0,52$). No

que diz respeito aos sintomas ansiosos, houve menos fatores que se correlacionaram significativamente. Os valores variaram de -0,33 (Reavaliação Positiva) a 0,38 (Autopunição) e, assim como aconteceu com os sintomas depressivos, as estratégias menos adaptativas foi o que teve maior magnitude de correlação com a ansiedade ($r=0,42$). A Tabela 12 apresenta todos os resultados.

Tabela 12

Correlações entre os fatores do CERQ-B e sintomas depressivos e ansiosos

Fator	Depressão	Ansiedade
Autopunição	0,50**	0,38**
Aceitação	0,21*	0,15
Ruminação	0,29**	0,30**
Reorientação Positiva	-0,19*	-0,21*
Redirecionamento do Foco para o Planejamento	-0,38**	-0,29**
Reavaliação Positiva	-0,35**	-0,33**
Colocando em Perspectiva	-0,06	-0,10
Catastrofização	0,44**	0,33**
Culpabilizar Outros	0,20**	0,12
Estratégias mais adaptativas ¹	-0,23*	-0,23**
Estratégias menos adaptativas ²	0,52**	0,42**
Estratégias cognitivas de enfrentamento ³	0,07	0,01

Nota. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; ¹Agrupamento dos fatores Reorientação Positiva, Reavaliação Positiva, Colocando em Perspectiva, Redirecionamento do Foco para o Planejamento e Aceitação; ²Agrupamento dos fatores Ruminação, Autopunição, Culpabilizar Outros e Catastrofização; ³Agrupamento de todos os fatores – escala total.

2.2.4. Discussão

Para as análises exploratórias deste estudo optou-se por uma Análise Fatorial diferentemente da estratégia utilizada pelos autores do instrumento original, que optaram pela análise de Componentes Principais (ACP). Tal escolha estatística se deu devido ao fato de que a ACP não diferencia a variância comum da variância específica entre os itens do instrumento, avaliando apenas a correlação linear entre as variáveis observadas (Damásio, 2012). Percebe-se que na ACP pode haver uma discrepância muito acentuada entre as variâncias das variáveis observadas e, tal fato, pode afetar os valores das cargas fatoriais e comunalidade dos itens, bem como inflar a variância total explicada. Tendo como objetivo observar um construto latente que

melhor explique a inter-relação entre um conjunto de variáveis, não se recomenda o uso da ACP, uma vez que as componentes podem não representar a informação conjunta das variáveis originais, mas apenas a informação de uma ou outra em particular (Damásio, 2012; Mingoti, 2013). A estrutura fatorial do CERQ-B explicou 56,09% da variância e apresentou índices de confiabilidade adequados, com escores no alfa de Cronbach variando de 0,69 a 0,92 para os fatores nas primeiras análises.

A estrutura fatorial encontrada neste estudo para a versão adaptada diverge da original em inglês. Comparando-se a matriz fatorial rotacionada gerada nesta AF com o modelo fatorial original do instrumento (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Garnefski & Kraaij, 2007), percebe-se que o primeiro fator agrupou itens correspondentes a dois fatores distintos na estrutura original (*Refocus on planning* – Redirecionamento do Foco para o Planejamento e *Positive reappraisal* – Reavaliação Positiva). Possivelmente, esses resultados indicam uma semelhança que os brasileiros têm na maneira de pensar sobre medidas que devem ser tomadas diante de um evento estressor e criar um significado positivo para este evento que contribua para seu crescimento pessoal. Os demais itens se agruparam em fatores de forma semelhante à estrutura original, exceto o item 20 (“Eu penso que não tem como eu mudar nada sobre a situação”), criado inicialmente para avaliar pensamentos de aceitação e que carregou, negativamente, no fator que avalia pensamentos de catastrofização.

Este estudo teve como objetivo verificar a estrutura fatorial e avaliar algumas propriedades psicométricas do CERQ-B, com o intuito final de obter indícios de uma medida válida para a avaliação das estratégias cognitivas utilizadas pelos indivíduos para gerirem melhor suas emoções, após a vivência de um evento estressor. Os resultados encontrados nas análises fatoriais confirmatórias mostraram que tanto o modelo de oito quanto o de nove fatores são adequados, com índices bem próximos uns dos outros. Sendo assim, a decisão final foi de manter para o CERQ-B a mesma estrutura de nove fatores para garantir a mesma equivalência estrutural entre os diferentes países que utilizam esse instrumento (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Garnefski & Kraaij, 2007; Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello, 2011; Jermann, et. al, 2006; Martins, Freire, & Ferreira-Santos, 2016; Per & Miclea, 2011; Zhu et al., 2008; Tuna & Bozo, 2012; Megreya, Latzman, Al-Attiyah, & Alrashidi, 2016).

As novas análises de consistência interna do CERQ-B apontaram alfas de Cronbach que variaram de 0,63 a 0,93 considerando os dois momentos da avaliação realizada. De modo geral, são considerados como aceitáveis os valores acima de 0,70 (Hora, Monteiro, & Arica, 2010). Sendo assim, todos os fatores apresentaram índices adequados, tendo alguns deles valores

superiores às versões portuguesa (Martins, Freire, & Ferreira-Santos, 2016), espanhola (Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello, 2011) e francesa (Jermann, et. al, 2006). A maior parte dos itens (34) apresentaram coeficientes de correlação item-fator adequados, acima de 0,40 (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006). Entretanto, dois itens apresentaram correlações de 0,31 (item 20) e 0,36 (item 26), estando nos fatores Aceitação e Catastrofização, respectivamente. No estudo com a versão francesa também foram encontrados três itens (20, 7 e 19) com correlações item-total abaixo de 0,40 (Jermann, et. al, 2006). No que diz respeito à confiabilidade teste-reteste, os valores encontrados no presente estudo do CERQ-B foram bem próximos, ou superiores, aqueles encontrados na versão original do instrumento para adultos (Garnefski & Kraaij, 2007), com exceção dos fatores Aceitação, Ruminação, Catastrofização e Culpabilizar Outros que foram inferiores. Tais resultados sugerem que nem sempre as estratégias cognitivas utilizadas pelo indivíduo para enfrentar eventos negativos ou estressantes são as mesmas. Essa escolha diferenciada possivelmente é decorrente das consequências, boas ou ruins, que a pessoa teve em situações anteriores, o que possibilita certa reflexão e faz com que o sujeito escolha estratégias diferentes para enfrentar situações futuras. Além disso, o fato de essas estratégias não serem completamente estáveis, indica que elas podem ser aprendidas e modificadas, um ponto muito importante para as intervenções psicossociais.

Entre os resultados, verificou-se que quanto menor a idade dos participantes maior foram os seus escores nos fatores Autopunição, Aceitação e Catastrofização. Esse achado pode indicar que os mais jovens tendem a se sentirem mais culpados e enfatizam explicitamente o terror da experiência que tiveram, ao mesmo tempo em que aceitam e se contentam com o ocorrido. Por outro lado, quanto maior a idade dos participantes maiores foram os seus escores nos fatores Reorientação Positiva, Redirecionamento do Foco para o Planejamento, Reavaliação Positiva e Colocando em Perspectiva, indicando que um modo mais adaptativo de enfrentar os eventos negativos pode ser decorrente da experiência e tempo de vida. Em relação ao sexo, encontrou-se que as mulheres apresentaram escores superiores aos dos homens no que diz respeito às estratégias cognitivas menos adaptativas como a Autopunição, Ruminação e Catastrofização. Resultados semelhantes quanto às mulheres utilizarem mais estratégias de ruminação foram encontrados em estudos realizados nos Países Baixos (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, & Kommer, 2004), Estados Unidos da América (Martin & Dahlen, 2005), França (Jermann et al., 2006), Espanha (Domínguez-Sánchez et al., 2011) e Portugal (Duarte et al., 2015).

As correlações positivas entre as estratégias cognitivas de enfrentamento menos adaptativas (Ruminação, Autopunição, Culpabilizar Outros e Catastrofização) e as medidas de depressão e ansiedade indicam que quanto mais o indivíduo relatar o uso frequente de tais estratégias, mais sintomas depressivos e ansiosos ele apresentará. O contrário ocorre com aquelas estratégias mais adaptativas, quanto maior o seu uso, menor será a presença de ambos os sintomas. Esses valores foram superiores aos encontrados quando se considera os tipos de estratégias cognitivas de enfrentamento separadamente, tal fato indica que o uso conjunto de diferentes estratégias contribui mais do que o uso de estratégias específicas no que diz respeito aos sintomas depressivos e ansiosos. Tais resultados são semelhantes aos encontrados em estudos anteriores com o CERQ (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Jermann, et. al, 2006; Garnefski & Kraaij, 2007; Domínguez-Sánchez et al., 2011) e servem para incorporar a evidência de que todos os tipos de estratégias devem ser avaliados, para compreender e, posteriormente modificar, as “escolhas” que mais trazem algum tipo de sofrimento emocional para o sujeito. Cabe, ainda, salientar que a definição de quais são as estratégias cognitivas de enfrentamento mais ou menos adaptativas, dependerá não só da avaliação pessoal que o sujeito faz da situação vivenciada, bem como das consequências que o uso de tais estratégias ocasionarem – boas ou ruins.

2.3. Considerações Finais

A adaptação do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva apresentou uma estrutura fatorial compatível com as demais versões (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Garnefski & Kraaij, 2007; Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, & Holgado-Tello, 2011; Jermann, et. al, 2006; Martins, Freire, & Ferreira-Santos, 2016; Per & Miclea, 2011; Zhu et al., 2008; Tuna & Bozo, 2012; Megreya, Latzman, Al-Attiyah, & Alrashidi, 2016). Uma das limitações do presente estudo foi a não aleatorização da amostra, e a falta de dados de sujeitos de outras regiões brasileiras e de grupos clínicos, fatores esses que diminuem a possibilidade de generalização dos dados. A investigação das estratégias cognitivas de enfrentamento em grupos clínicos pode auxiliar não só na verificação da estrutura fatorial e propriedades psicométricas do CERQ-B nessa população, como na adequação deste instrumento enquanto ferramenta para o diagnóstico e posterior avaliação de mudanças que ocorram ao longo de um processo psicoterápico, por exemplo. O intuito deste trabalho foi realizar uma avaliação inicial de um instrumento capaz de investigar o *coping* cognitivo na população brasileira em geral, e

que servisse como base para a investigação desse construto em pacientes diabéticos o principal objetivo da presente dissertação.

3. COGNIÇÕES E *COPING* COGNITIVO RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA EM DIABÉTICOS

A depressão muitas vezes é subdiagnosticada em pacientes com doenças clínicas. Tal fato pode ser atribuído à superposição de sintomas físicos das condições clínicas gerais, tais como fadiga, inapetência, lentificação, dor e alterações do sono. Além disso, no momento da avaliação clínica, pode existir uma ênfase excessiva nos sintomas somáticos em detrimento dos fatores cognitivos e afetivos comumente encontrados em pessoas deprimidas (Teng, Humes, & Demetrio, 2005).

Diante do exposto no primeiro capítulo, verifica-se o crescente aumento no número de estudos que comprovam a relação entre depressão e diabetes. No entanto, poucos pesquisadores têm se dedicado à investigação das cognições depressivas específicas que podem estar presentes em indivíduos com DM, bem como quais são as estratégias cognitivas que os mesmos utilizam para enfrentarem sua doença. Esta situação acaba impedindo um conhecimento mais específico das influências que essas cognições e estratégias possuem nesses indivíduos, o que poderia contribuir para uma melhor compreensão dos fatores cognitivos (psicológicos) presentes nessa população, e assim possibilitar a identificação de grupos de risco para o desenvolvimento da psicopatologia depressiva. Além disso, tal conhecimento pode auxiliar no desenvolvimento de novas e mais eficazes políticas de prevenção e intervenções psicoterápicas baseadas na terapia cognitiva. Sendo assim, o presente estudo tem como principal objetivo tentar suprir parte desta lacuna existente.

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a intensidade de cognições disfuncionais (crenças e PAs), qualidade de vida e estratégias cognitivas de enfrentamento em grupos de pacientes diabéticos com e sem sintomas depressivos.

3.1.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar a prevalência de pacientes deprimidos dentro de uma amostra de pacientes diabéticos de acordo com variáveis como sexo, tipo de diabetes e tempo de diagnóstico.
- b) Investigar as cognições disfuncionais presentes nos grupos de pacientes diabéticos com e sem depressão.
- c) Comparar aspectos da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes com e sem depressão.
- d) Investigar a relação entre cognições disfuncionais, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento nos grupos de pacientes diabéticos com diferente intensidade de sintomas depressivos.

3.2. Método

3.2.1. Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 43 indivíduos diagnosticados com diabetes mellitus, tipo 1 ou 2 (detalhes na Tabela 13). O diagnóstico dos participantes foi dado por um especialista. Em relação ao tempo de diagnóstico, 70% daqueles com DM1 souberam de sua condição clínica há menos de 10 anos, já para os com DM2, a maior parte (75%) tem o diagnóstico há mais de uma década. Todos os participantes são pacientes atendidos no Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia (SEEM) do Hospital das Clínicas (HC) da UFMG ou no Centro de Saúde (CS) Alcides Lins. Foram avaliadas ao todo 34 mulheres (79,1%), com idade variando de 21 a 77 anos (*Média*=48,53; *DP*=14,50) e 9 homens, com idade entre 20 e 78 anos (*Média*=50,44; *DP*=18,34). A escolaridade dos participantes variou entre aqueles que tinham o ensino fundamental incompleto e pós-graduação, sendo que a maior parte ($n=31$; 74%) estudou apenas até o ensino médio completo. Do total de pacientes avaliados, 26 (60,5%) deles apresentaram alguma complicação decorrente da DM e apenas 12 (27,9%) não possuem outras doenças clínicas.

Os participantes foram divididos em dois grupos. O Grupo I foi constituído por 24 mulheres e 6 homens que apresentaram sintomas depressivos leves ou ausência completa dos mesmos, sendo, portanto denominados de não deprimidos. O Grupo II, nomeado de deprimidos, foi composto por 10 mulheres e 3 homens que possuem um escore maior do que 16 na Escala

de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAMD) somado a apresentação de um episódio depressivo maior (EDM) atual de acordo com a pontuação na *Mini International Neuropsychiatry Interview* (MINI) ou ter um escore superior a 11,9 na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Sendo assim, o Grupo II foi constituído por pessoas com histórico de depressão e presença atual de sintomas depressivos. Já no Grupo I, por sua vez, nem todos os participantes possuem um histórico de depressão, apresentando, atualmente, alguns sintomas depressivos que não chegam a configurar um EDM e outros transtornos psiquiátricos, em especial do espectro ansioso.

Tabela 13

Características demográficas e clínicas dos participantes dos grupos I e II

	Grupo I – Não deprimidos (n=30)	Grupo II – Deprimidos (n=13)
Sexo		
Feminino	24	10
Masculino	6	3
Idade (Média, DP)	50,50 (15,75)	45,31 (13,58)
Escolaridade (Frequência, %)		
Ensino fundamental incompleto	10 (33,3%)	3 (23,1%)
Ensino fundamental completo	3 (10,0%)	-
Segundo grau incompleto	2 (6,7%)	3 (23,1%)
Segundo grau completo	9 (30,0%)	4 (30,8%)
Graduação incompleta	2 (6,7%)	1 (7,7%)
Graduação completa	3 (10,0%)	1 (7,7%)
Pós-graduação	1 (3,3%)	1 (7,7%)
Diabetes Mellitus		
Tipo 1	14	6
Tipo 2	16	7
Tempo de diagnóstico de DM (Média, DP)	2 a 40 anos 15,23 (10,74)	7 a 39 anos 17,92 (11,56)
GRID-HAMD (Média, DP)	7,40 (4,67)	17,77 (5,28)
HADS: Depressão (Média, DP)	6,43 (3,48)	12,38 (2,75)
HADS: Ansiedade (Média, DP)	6,57 (3,75)	12,46 (4,20)

Nota. GRID-HAMD: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

3.2.2. Instrumentos

Instrumentos de triagem diagnóstica para depressão e outros transtornos

1) Questionário de Dados do Paciente

Com o objetivo de conhecer o paciente e coletar informações que serão importantes para o diagnóstico psicológico, foi realizada uma entrevista inicial com objetivo de coletar informações gerais como nome, sexo, idade, estado civil e escolaridade. Também foram abordadas questões clínicas como tipo de diabetes, tempo de diagnóstico e tratamento, presença de complicações clínicas (renais, cardíacas, entre outras), além de questionamentos referentes a como o paciente se sente diante da sua condição clínica (Apêndice F).

2) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A HADS (Zigmond & Snaith, 1983) é estruturada em 14 itens que investigam sintomas de ansiedade e depressão em pacientes participantes de serviços hospitalares não psiquiátricos. A principal diferença entre a HADS e as demais escalas é a concentração da avaliação de sintomas ligados à anedonia, com menor ênfase aos sintomas físicos. A escala tipo Likert, de 0 a 3, permite o máximo de 21 pontos para ansiedade e depressão, com sete itens para cada dimensão. Os autores da HADS sugerem que escores superiores a nove pontos em cada dimensão indicam presença de depressão e ansiedade. Em uma amostra brasileira, Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995) encontraram os valores 11,6 e 11,9 como escores médios para casos clínicos de ansiedade e depressão, respectivamente.

3) Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI)

A MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), o risco de suicídio e o transtorno da personalidade antissocial. (Sheehan et al., 1998; Amorim, 2000).

4) Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAMD)

A GRID-HAMD é uma versão modificada da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAMD, Hamilton, 1960). Trata-se de um guia de entrevista semiestruturada, organizado em 21 itens que avaliam independentemente a frequência e intensidade de sintomas

depressivos. A interpretação da pontuação do respondente é feita da seguinte forma: 0 a 3 é considerado normal; de 4 a 7 limítrofe; de 8 a 15 indica a presença de depressão leve; 16 a 26 indica depressão moderada; e acima de 26 pontos indicam depressão grave. (Araújo, 2011).

Instrumentos de Avaliação Cognitiva

1) Inventário da Tríade Cognitiva (ITC)

Investiga pensamentos disfuncionais relativos à tríade cognitiva de Beck et al. (1997) que aponta para a existência de três padrões de pensamento – as visões de si mesmo (self), do mundo e do futuro. O instrumento possui 36 itens que são respondidos por meio de uma escala tipo Likert de sete pontos (variando de concorda totalmente a discorda totalmente). O ITC foi adaptado para o Brasil e apresenta propriedades psicométricas adequadas no que se refere à estrutura fatorial e consistência interna. Nessa versão cada um dos fatores originais está dividido em funcionais (positivos) e disfuncionais (negativos), totalizando assim 6 fatores (Beckham, Leber, Wastkins, Boyer & Cook, 1986; Teodoro, Ohno, & Froeseler, 2016). (Anexo B)

2) Escala de Pensamentos Depressivos (EPD)

Avalia distorções do pensamento comumente encontradas em indivíduos deprimidos. É composto por 26 itens em uma escala tipo Likert de 3 pontos (variando de não concordo a concordo totalmente). Os índices de consistência interna para a escala total foi de 0,93, o Fator 1 (Baixa autoestima e desesperança) apresentou um alfa de 0,93, e o Fator 2 (Funcionalidade nas relações) de 0,89 (Carneiro & Baptista, 2014).

3) Questionário de Regulação Emocional Cognitiva para Diabéticos (CERQ-BD)

Neste estudo foi utilizada uma versão reformulada do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B) por meio do qual se buscou avaliar as estratégias cognitivas que os indivíduos utilizam para lidarem com sua diabetes, tida aqui como um evento estressor. Para tanto, a instrução e alguns itens do instrumento foram alterados com o auxílio de especialistas na área. Todo o processo teve o cuidado de garantir que o teor do item do instrumento original se mantivesse, nomeando-se apenas o evento estressor como sendo a doença clínica avaliada, no caso a diabetes (Apêndice G).

Sendo assim, o CERQ-BD manteve a mesma estrutura fatorial com nove dimensões:

- Autopunição – pensamentos de se sentir responsável pela diabetes, colocando a culpa em si mesmo e se preocupar com os erros que cometeu para ter a doença;
- Aceitação – pensamentos em que a pessoa se resigna e aceita a sua diabetes, pensando que não pode modificá-la e que a vida continua;
- Ruminação – pensar constantemente ou se preocupar com os sentimentos sobre ter diabetes;
- Reorientação Positiva – pensar em coisas mais agradáveis do que no fato de ter diabetes;
- Redirecionamento do Foco para o Planejamento – pensar em quais passos tomar para lidar com sua diabetes;
- Reavaliação Positiva – atribuir, mentalmente, um significado positivo ao fato de ter diabetes, pensando que a doença pode lhe ensinar algo ou que tem um lado positivo;
- Colocando em Perspectiva – pensamentos que diminuem a seriedade da diabetes em comparação a outras doenças ou problemas, enfatizando que há coisas piores no mundo;
- Catastrofização – pensamentos recorrentes sobre o quão terrível é ter diabetes e que isso é a pior coisa que poderia acontecer a alguém;
- Culpabilizar Outros – pensar que os outros são os culpados pela sua diabetes ou que esta condição clínica é decorrente do erro que outras pessoas cometeram.

Instrumentos de Qualidade de Vida

1) *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36)*

O SF-36 é um instrumento multidimensional de avaliação da qualidade de vida composto de 36 itens, divididos em oito escalas, a saber: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O instrumento e a forma de correção e interpretação estão descritos no Anexo A.

O questionário SF-36 é amplamente utilizado em pesquisas na área da saúde e foi traduzido e adaptado para a população brasileira (Ciconelli, 1997; Ciconelli et al., 1999). É um questionário multidimensional, composto por 36 itens englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar). O

questionário apresenta um escore de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado (Ciconelli, 1997; Vilagut et al., 2005).

2) Questionário de avaliação dos problemas relacionados a diabetes (PAID)

Avalia o impacto da diabetes e do tratamento na vida dos pacientes. O instrumento possui 20 questões que abordam os aspectos da qualidade de vida e problemas emocionais (estresse específico) relacionados à convivência com a diabetes tipo 1 ou tipo 2. É uma escala tipo Likert de 4 pontos (variando de não é problema a problema sério) que produz um escore total que varia de 0-100, onde escores mais altos indicam maior nível de sofrimento emocional específico da diabetes (SEED). A escala PAID foi desenvolvida originalmente por Welch, Polonsky, Snoek e Pouwer (2000) apresentando um índice de consistência interna de 0,94. A versão brasileira (B-PAID) foi desenvolvida por Gross, Scain, Scheffel, Gross e Hutz (2007) e apresentou um alfa de 0,93.

3.2.3. Procedimentos Éticos e de Pesquisa

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (processo 45217015.9.0000.5149). Após a aprovação e anteriormente ao início da etapa de recrutamento dos participantes, foram realizadas reuniões com as equipes de saúde do ambulatório de endocrinologia do HC da UFMG e no CS Alcides Lins. Tal procedimento foi realizado com o intuito de não só divulgar a pesquisa como promover o diálogo com os profissionais que acompanham os pacientes diabéticos e, assim, garantir que os dados referentes ao tratamento da DM e, ainda desconhecidos pelas equipes de saúde, servissem para beneficiar os próprios pacientes. Ambas as instituições escolhidas para a captação dos participantes são públicas, prestando serviços gratuitos, sendo uma delas pertencente a rede de atenção primária (CS Alcides Lins) e a outra um centro de referência especializado no tratamento de transtornos metabólicos (SEEM do HC-UFMG).

A divulgação do programa de avaliação foi feita por meio de cartazes afixados no ambulatório de endocrinologia do HC da UFMG e no CS Alcides Lins. Além disso, foi realizada uma busca ativa dos pacientes. No HC essa busca se deu por meio de contato telefônico realizado pelos pesquisadores diretamente com os pacientes, já no CS houve o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) das cinco equipes que compareceram à residência de cada paciente convidando-os a participarem. Em ambas as instituições a busca ativa foi

conduzida considerando-se a ordem alfabética dos nomes dos pacientes. Porém, aqueles pacientes que buscaram diretamente pelos profissionais envolvidos com a presente pesquisa, após a divulgação do programa, foram avaliados conforme disponibilidade de horário compatível, indiferentemente de seguir-se a ordem alfabética.

O consentimento dos participantes foi documentado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices C e H). Os pacientes que aceitaram participar foram avaliados nas dependências do HC e do CS, conforme a disponibilidade dos mesmos. Esta avaliação foi realizada em duas sessões, em dias distintos, com tempo médio de duração de 1 hora e trinta minutos cada sessão. Em alguns casos, foi necessária uma terceira sessão para encerrar o processo. As avaliações foram individuais e ocorreram em salas apropriadas que garantiram o conforto dos pacientes e o sigilo das informações relatadas por eles. O presente estudo apresentou risco mínimo aos participantes. Durante a avaliação o participante que se sentiu desconfortável ao responder as perguntas, ficou cansado ou se emocionou teve todo o acolhimento e atenção necessários.

Os resultados da avaliação foram informados a cada paciente em caráter individual e um relatório com esses dados foi anexado ao seu prontuário após terem sido discutidos com as equipes que acompanham o paciente, salvaguardando o sigilo das informações pessoais que não estavam relacionadas à DM em si, ou que não fossem auxiliar no seu tratamento. A indicação de intervenção psicoterápica foi discutida caso a caso, com base nas entrevistas iniciais, na avaliação do estado mental e nos resultados dos testes psicológicos. Todo o processo de avaliação e encaminhamento foi realizado de modo a garantir que nenhum paciente ficasse sem a assistência necessária. Os pacientes que apresentaram sintomas depressivos leves a moderados foram encaminhados para uma intervenção em grupo específica. Os pacientes que não se encaixaram nos critérios de elegibilidade para esta modalidade grupal, foram encaminhados para a psicoterapia individual no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da UFMG ou atendidos no próprio CS por um psicólogo capacitado da UFMG, pertencente à equipe deste projeto. Aqueles pacientes que apresentaram dificuldades emocionais que não são decorrentes da diabetes, ou que apresentaram outros transtornos psiquiátricos, também foram encaminhados para a psicoterapia individual.

3.2.4. Análise dos Dados

Inicialmente, foram conduzidas análises descritivas no intuito de caracterizar a amostra em termos de variáveis sociodemográficas e clínicas. Optou-se pela utilização de testes paramétricos uma vez que a amostra apresenta distribuição normal e análises preliminares com testes não-paramétricos apontaram os mesmos resultados.

As análises de comparação das cognições, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento entre os grupos de diabéticos com e sem depressão foram realizadas com teste t para amostras independentes. Análises de Variância One-way (ANOVA) com post hoc de Bonferroni, foram utilizadas para verificar se a presença de sintomas depressivos e ansiosos, QV e EDD diferiam entre os grupos de acordo com o tipo de tratamento utilizado pelo paciente e se a presença de complicações decorrentes da DM. A verificação da existência de associação entre os construtos foi feita por meio de Correlação de Pearson. Foi considerado como significativo todo resultado que obteve um $p < 0,05$.

3.3. Resultados

3.3.1. Depressão e outros transtornos mentais

No que diz respeito aos problemas e/ou transtornos mentais (ver Tabela 14), foi mais frequente entre os homens a presença de Episódio Hipomaníaco (atual), Transtorno de Humor com características psicóticas (atual) e Transtorno de Personalidade Antissocial. Nos demais transtornos não houve diferença significativa entre os sexos. As mesmas análises de frequência também foram feitas considerando-se o tipo (DM 1 ou DM2) e o tempo de diagnóstico (grupo 1: de 2 a 10 anos; grupo 2: de 11 a 40 anos) de DM. No entanto, tais análises não apresentaram diferenças significativas. A presença de sintomas depressivos não diferiu entre os grupos ao se considerar o tipo de tratamento utilizado pelo paciente (uso de insulina, de antidiabéticos orais, da associação de ambos ou da insulina com a prática de exercícios físicos), e se havia, ou não, comorbidade da DM com outras doenças clínicas como hipertensão arterial ou obesidade, por exemplo. No entanto, aqueles que apresentam quatro ou mais problemas decorrentes da DM (como retinopatia, neuropatia, nefropatia), apresentaram mais sintomas depressivos quando comparados aqueles que não apresentam nenhuma complicação ($F=2,74$; $GL=4$; $p < 0,05$). Ter de um a três tipos de complicações não faz diferença quanto à presença de sintomas depressivos.

Tabela 14

Problemas e/ou transtornos mentais apresentados pelos participantes (n=43)

		Frequência (%)
Nenhum		12 (28,0%)
Apenas um	EDM passado	3 (7,0%)
	EDM passado e atual c/ características melancólicas	1 (2,3%)
	TAG	2 (4,6%)
	TOC	1 (2,3%)
	EDM passado e atual c/ risco de suicídio	1 (2,3%)
De dois a três	EDM e TAG	4 (9,3%)
	EDM e outros transtornos	4 (9,3%)
	TAG e outros transtornos	3 (7,0%)
	Síndrome psicótica passada e atual c/ risco de suicídio	1 (2,3%)
Quatro ou mais	EDM, TAG e outros transtornos	9 (21,0%)
	EDM atual c/ características melancólicas e outros transtornos	1 (2,3%)
	EDM passado e atual c/ características melancólicas e outros transtornos	1 (2,3%)

Nota. EDM: Episódio Depressivo Maior; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo; TEPT: Transtorno de Estresse pós-Traumático

3.3.2. Qualidade de vida e sofrimento emocional específico da diabetes

A qualidade de vida, avaliada por meio do SF-36, foi significativamente superior no grupo de pacientes não deprimidos em comparação ao grupo de pacientes deprimidos em todos os domínios (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e emocionais, dor, estado de saúde geral, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental). Além disso, no que tange o sofrimento emocional específico da diabetes (SEED), medido pelo PAID, os pacientes deprimidos apresentaram escores superiores aos não deprimidos no que diz respeito a problemas específicos relacionados à diabetes ($t=-2,67$; $p<0,05$), principalmente nos domínios de problemas emocionais ($t=-2,59$; $p<0,05$) e relacionados ao apoio social ($t=-3,73$; $p<0,01$). Todos os resultados estão elencados na Tabela 15.

A análise para verificar a existência de diferenças entre os tipos de DM (DM1 com $n=20$) quanto à QV e SEED mostrou que os pacientes com DM2 ($Média=9,24$; $DP=5,04$) possuem um escore superior de problemas relacionados à alimentação quando comparados aqueles com DM1 ($Média=5,44$; $DP=4,58$) ($t=-2,58$; $p<0,05$). Não houve diferença entre o tipo de DM para as demais variáveis analisadas. A QV e SEED não diferiu quanto ao tipo de

tratamento utilizado pelo paciente, a presença de complicações da DM ou de outras doenças clínicas.

Tabela 15

Média, desvio-padrão e significância entre os grupos não deprimidos e deprimidos em relação a qualidade de vida e sofrimento emocional específico da diabetes

Medida	Média (DP)		T
	Não deprimidos	Deprimidos	
SF-36			
Capacidade funcional	65,33 (29,33)	45,77 (24,05)	2,11*
Limitação por aspectos físicos	60,00 (42,35)	21,15 (26,70)	3,63**
Dor	59,53 (28,47)	37,00 (18,66)	2,61*
Estado geral de saúde	45,87 (17,62)	31,15 (19,38)	2,44*
Vitalidade	49,67 (19,43)	30,00 (13,23)	3,32**
Aspectos sociais	65,83 (33,14)	40,38 (22,33)	2,94**
Limitação por aspectos emocionais	53,33 (39,73)	7,69 (14,62)	5,49***
Saúde mental	61,47 (20,74)	30,85 (18,59)	4,74***
PAID			
Problemas emocionais	29,88 (15,34)	42,78 (14,33)	-2,59*
Problemas relacionados ao tratamento	5,17 (4,26)	5,19 (3,71)	-0,19
Problemas relacionados à alimentação	6,67 (5,00)	9,33 (5,17)	-1,57
Problemas relacionados ao apoio social	2,04 (2,78)	5,58 (3,05)	-3,73**
Problemas total	43,75 (22,48)	62,89 (18,76)	-2,67*

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; SF-36: Medical Outcomes Study 36, sendo que quanto menor o escore pior é a qualidade de vida do indivíduo; PAID: Questionário de avaliação dos problemas relacionados à diabetes, sendo que quanto maior o escore pior será a qualidade de vida e estresse específico da diabetes.

3.3.3. Cognições disfuncionais

Na investigação sobre a relação entre cognições disfuncionais e QV e SEED, os resultados indicaram o mesmo padrão de correlações entre ter uma visão negativa do futuro ou pensamentos depressivos relacionados à baixa autoestima/desesperança com todos os domínios da QV e SEED, exceto ter problemas com o tratamento. Padrão semelhante também foi encontrado entre as visões positivas de mundo e futuro com ter um bom estado geral de saúde ($r=0,39$ e $0,41$; $p < 0,01$ respectivamente), ter sentimentos de paz, felicidade e calma a maior parte do tempo ($r=0,41$ e $0,39$; $p < 0,01$), ter problemas emocionais ($r=-0,33$ e $-0,37$; $p < 0,05$),

com o apoio social ($r=-0,53$ e $-0,41$; $p<0,01$) ou sofrimento emocional em decorrência da diabetes ($r=-0,32$ e $-0,33$; $p<0,05$). Além disso, uma visão positiva do mundo também está relacionada a não ter problemas com o trabalho ou atividades diárias em decorrência de problemas emocionais ($r=0,40$; $p<0,01$). Por outro lado, uma visão negativa do mundo está inversamente associada a todos os domínios de uma boa QV, exceto capacidade funcional e atividades sociais normais, e diretamente relacionado a ter problemas emocionais, com o apoio social e um nível elevado de sofrimento emocional devido a diabetes. Ter uma visão negativa de si mesmo se relaciona com vitalidade $r= (-0,42$; $p<0,01$), aspectos sociais ($r=-0,38$; $p<0,05$), e emocionais ($r=-0,45$; $p<0,01$), saúde mental ($r=-0,56$; $p<0,01$), problemas emocionais ($r=0,38$; $p<0,05$), com a alimentação ($r=0,38$; $p<0,05$) e o apoio social ($r=0,62$; $p<0,01$) e sofrimento emocional decorrente da diabetes ($r=0,53$; $p<0,01$). No entanto, uma visão positiva de si mesmo está associada apenas com não ter problemas com o apoio social ($r=-0,46$; $p<0,01$). Por fim, ter pensamentos relacionados à funcionalidade das relações se relaciona apenas com capacidade funcional ($r=-0,33$; $p<0,05$), dor ($r=-0,31$; $p<0,05$), estado de saúde geral ($r=-0,38$; $p<0,05$), aspectos emocionais ($r=-0,36$; $p<0,05$), saúde mental ($r=-0,45$; $p<0,01$), problemas emocionais ($r=0,33$; $p<0,05$) e com o apoio social ($r=0,64$; $p<0,01$), e sofrimento emocional decorrente da diabetes ($r=0,40$; $p<0,01$). Todos os resultados podem ser visualizados em detalhes na Tabela 16.

Tabela 16

Correlações entre as cognições e qualidade de vida e sofrimento emocional estresse específico da diabetes

	CF	AF	Dor	SG	Vit	AS	AE	SM	Emoc	Trat	Alim	Apoio	Total
Self positivo	-0,12	0,05	-0,10	0,20	0,09	0,16	0,12	0,27	-0,26	-0,10	-0,11	-0,46**	-0,27
Self negativo	-0,22	-0,22	-0,28	-0,29	-0,42**	-0,38*	-0,45**	-0,56**	0,51**	0,10	0,38*	0,62**	0,53**
Mundo positivo	0,26	0,29	0,30	0,39**	0,25	0,29	0,40**	0,41**	-0,33*	0,10	-0,17	-0,53**	-0,32*
Mundo negativo	-0,16	-0,37*	-0,41**	-0,41**	-0,32*	-0,28	-0,49**	-0,51**	0,41**	-0,10	0,24	0,39**	0,39**
Futuro positivo	0,14	0,24	0,10	0,41**	0,23	0,28	0,26	0,39**	-0,37*	-0,10	-0,05	-0,41**	-0,33*
Futuro negativo	-0,41**	-0,37**	-0,36*	-0,42**	-0,42**	-0,31*	-0,47**	-0,45**	0,61**	0,10	0,35*	0,45**	0,59**
Baixa autoestima/desesperança	-0,35*	-0,36*	-0,35*	-0,58**	-0,48**	-0,53**	-0,53**	-0,69**	0,56**	0,04	0,37*	0,59*	0,56**
Funcionalidade das relações	-0,33*	-0,16	-0,31*	-0,38*	-0,24	-0,27	-0,36*	-0,45**	0,33*	0,18	0,21	0,64**	0,40**

Nota. *p<0,05; **p<0,01; CF: capacidade funcional; AF: limitação por aspectos físicos; SG: estado geral de saúde; Vit: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: saúde mental; Emoc: problemas emocionais; Trat: problemas com o tratamento; Alim: problemas com a alimentação; Apoio: problemas com o apoio social; Total: nível de sofrimento emocional

Na comparação entre grupos ambos os grupos (Grupo I: não deprimidos; e Grupo II: deprimidos), os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas em todos os tipos de cognições, exceto no que diz respeito à visão positiva do futuro. Os pacientes diabéticos deprimidos apresentam uma visão mais negativa de si mesmo ($t=-4,98$; $p<0,001$), do mundo ($t=-2,61$; $p<0,01$) e do futuro ($t=-3,20$; $p<0,01$) quando comparados aos não deprimidos. Por outro lado, aqueles pacientes não deprimidos têm uma visão mais positiva de si mesmos ($t=2,51$; $p<0,05$) e das pessoas ($t=3,21$; $p<0,01$) do que os deprimidos. A presença de cognições relacionadas à baixa autoestima/desesperança e funcionalidade das relações foi maior no Grupo II ($t=-4,90$; $p<0,001$ e $t=-2,91$; $p<0,01$ respectivamente) em comparação ao Grupo I (ver Tabela 17). Ao se considerar o tipo de DM do paciente, verificou-se que não houve nenhuma diferença significativa entre os grupos no que diz respeito a presença de cognições disfuncionais.

Tabela 17

Média, desvio-padrão e significância entre os grupos não deprimidos e deprimidos em relação as cognições

Medida	Média (DP)		T	
	Não deprimidos	Deprimidos		
ITC	Self positivo	23,73 (3,24)	20,69 (4,50)	2,51*
	Self negativo	14,27 (6,14)	24,62 (6,53)	-4,98***
	Mundo positivo	27,33 (4,42)	22,08 (5,47)	3,21**
	Mundo negativo	17,37 (6,16)	22,31 (4,42)	-2,61**
	Futuro positivo	30,93 (2,63)	28,31 (4,87)	1,83
	Futuro negativo	13,43 (5,83)	19,38 (5,01)	-3,20**
EPD	Baixa autoestima/desesperança	16,13 (3,16)	26,38 (7,25)	-4,90***
	Funcionalidade das relações	15,07 (3,87)	18,92 (4,29)	-2,91**

Nota. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$; ITC: Inventário da Tríade Cognitiva; EPD: Escala de Pensamentos Depressivos.

A análise de frequência de resposta dos itens nos instrumentos utilizados para avaliar as cognições disfuncionais (ITC e EPD) permitiu verificar quais ideias são relatadas de forma semelhante, ou não, entre os dois grupos. No que diz respeito à visão de si mesmo (*self*), o Grupo I não concorda com a afirmação de que seja culpado por muitas coisas (item 29 do ITC), que não consegue fazer nada direito (item 13 do ITC) ou que tenha defeitos graves (item 35 do ITC), exatamente o oposto do que o Grupo II acredita. Em relação à visão do mundo, quando comparado com o Grupo I, aqueles que apresentam mais sintomas depressivos acreditam que

coisas ruins acontecem com eles (item 23 do ITC) e que não importa o que façam os outros sempre tornam aquilo que querem mais difícil (item 30 do ITC), e, também, não acreditam que suas atividades diárias sejam divertidas e gratificantes (item 12 do ITC). Quanto ao futuro, para o Grupo II o futuro não reserva coisas boas (item 11 do ITC), pois acreditam que será tão terrível que não gostam de pensar no assunto (item 26 do ITC) e que não há razão para estar esperançoso quanto ao futuro (item 19 do ITC). Os resultados da EPD apontaram que o Grupo II tem mais pensamentos relacionados a baixa autoestima/desesperança quando comparado aos do Grupo I (ítems 1, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 22 e 24 da EPD). Além disso, a única diferença entre ambos os grupos no que tange a pensamentos depressivos relacionados a funcionalidade das relações está no item 6, sendo que o Grupo II não acredita que as pessoas entendem o que eles sentem ao contrário do Grupo I que discorda dessa afirmação com maior frequência. As Tabelas 18 e 19 apresentam a descrição detalhada das respostas em cada instrumento.

Tabela 18

Frequência de respostas nos itens do ITC de acordo com os grupos não deprimidos e deprimidos

Fator	Item	Grupo I – Não deprimidos (n=30)			Grupo II – Deprimidos (n=13)		
		Não concorda	Não concorda, nem discorda	Concorda	Não concorda	Não concorda, nem discorda	Concorda
Self positivo	17	2 (6,7%)	5 (16,7%)	23 (76,7%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	9 (69,2%)
	25	2 (6,7%)	3 (10,0%)	25 (83,3%)	1 (7,0%)	1 (7,0%)	11 (84,6%)
	31	1 (3,3%)	1 (3,3%)	28 (93,3%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	9 (69,2%)
	33	2 (6,7%)	0 (0,0%)	28 (93,3%)	4 (30,8%)	3 (23,1%)	6 (46,2%)
Self negativo	5	0 (0,0%)	0 (0,0%)	30 (100%)	6 (46,2%)	0 (0,0%)	7 (53,8%)
	10	26 (86,7%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)	7 (53,8%)	1 (7,0%)	5 (38,5%)
	13*	21 (70,0%)	3 (10,0%)	6 (20,0%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	7 (53,8%)
	21	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	8 (61,5%)	1 (7,0%)	4 (30,8%)
	29*	18 (60,0%)	4 (13,3%)	8 (26,7%)	3 (23,1%)	0 (0,0%)	10 (76,9%)
35*	16 (53,3%)	7 (23,3%)	7 (23,3%)	5 (38,5%)	0 (0,0%)	8 (61,5%)	
Mundo positivo	3	12 (40,0%)	3 (10,0%)	15 (50,0%)	4 (30,8%)	2 (15,4%)	7 (53,8%)
	8	4 (13,3%)	1 (3,3%)	25 (83,3%)	2 (15,4%)	4 (30,8%)	7 (53,8%)
	12*	10 (33,3%)	1 (3,3%)	19 (63,3%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	4 (30,8%)
	20	2 (6,7%)	0 (0%)	28 (93,3%)	3 (23,1%)	0 (0,0%)	10 (76,9%)
24	0 (0,0%)	0 (0,0%)	30 (100%)	5 (38,5%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)	
Mundo negativo	18	12 (40,0%)	3 (10,0%)	15 (50,0%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	8 (61,5%)
	23*	19 (63,3%)	3 (10,0%)	8 (26,7%)	3 (23,1%)	0 (0,0%)	10 (76,9%)
	27	24 (80,0%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)	10 (76,9%)	1 (7,0%)	2 (15,4%)

Continua

Tabela 18 (continuação)

Fator	Item	Grupo I – Não deprimidos (n=30)			Grupo II – Deprimidos (n=13)		
		Não concorda	Não concorda, nem discorda	Concorda	Não concorda	Não concorda, nem discorda	Concorda
Mundo negativo	30*	16 (53,3%)	5 (16,7%)	9 (30,0%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	8 (61,5%)
	34	6 (20,0%)	2 (6,7%)	22 (73,3%)	1 (7,0%)	1 (7,0%)	11 (84,6%)
Futuro positivo	6	1 (3,3%)	3 (10,0%)	26 (86,7%)	1 (7,0%)	1 (7,0%)	11 (84,6%)
	9	0 (0,0%)	0 (0,0%)	30 (100%)	0 (0,0%)	1 (7,0%)	12 (92,3%)
	11*	4 (13,3%)	4 (13,3%)	22 (73,3%)	0 (0,0%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
	28	1 (3,3%)	4 (13,3%)	25 (83,3%)	1 (7,0%)	3 (23,1%)	9 (69,2%)
	36	0 (0,0%)	0 (0,0%)	30 (100%)	0 (0,0%)	1 (7,0%)	12 (92,3%)
Futuro negativo	15	24 (80,0%)	2 (6,7%)	4 (13,3%)	8 (61,5%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)
	16	9 (30,0%)	5 (16,7%)	16 (53,3%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	11 (84,6%)
	19*	20 (66,7%)	3 (10,0%)	7 (23,3%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	8 (61,5%)
	26*	26 (86,7%)	4 (13,3%)	0 (0,0%)	5 (38,5%)	6 (46,2%)	2 (15,4%)
	32	26 (86,7%)	1 (3,3%)	3 (10,0%)	9 (69,2%)	4 (30,8%)	0 (0,0%)
	1	3 (10,0%)	3 (10,0%)	24 (80,0%)	1 (7,0%)	1 (7,0%)	11 (84,6%)
	2*	17 (56,7%)	4 (13,3%)	9 (30,0%)	4 (30,8%)	3 (23,1%)	6 (46,2%)
	4*	22 (73,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	3 (23,1%)	1 (7,0%)	9 (69,2%)
	7	1 (3,3%)	3 (10,0%)	26 (86,7%)	1 (7,0%)	1 (7,0%)	11 (84,6%)
	14*	4 (13,3%)	2 (6,7%)	24 (80,0%)	0 (0,0%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)
	22	0 (0,0%)	2 (6,7%)	28 (93,3%)	1 (7,0%)	2 (15,4%)	10 (76,9%)

Nota. * indica os itens cuja pontuação em um grupo foi diferente do outro grupo; a marcação em negrito indica a maior frequência de resposta nos itens; Os itens 1 (Eu tenho muitos talentos e habilidades.), 2 (Meu trabalho [trabalho doméstico, trabalho escolar, tarefas diárias] é desagradável.), 4 (Nada parece dar certo para mim.), 7 (Eu faço o meu trabalho [emprego, escola, trabalho doméstico] adequadamente.), 14 (As pessoas gostam de mim.) e 22 (Eu vou superar meus problemas.) não pertencem a estrutura fatorial do instrumento.

Tabela 19

Frequência de respostas nos itens da EPD de acordo com os grupos não deprimidos e deprimidos

Item	Grupo I – Não deprimidos (n=30)		Grupo II – Deprimidos (n=13)	
	Não concorda	Concorda	Não concorda	Concorda
1*	25 (83,3%)	5 (16,7%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)
4*	20 (66,7%)	10 (33,3%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)
5*	25 (83,3%)	5 (16,7%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
7*	18 (60,0%)	12 (40,0%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
8*	25 (83,3%)	5 (16,7%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)
10*	23 (76,7%)	7 (23,3%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
12*	24 (80,0%)	6 (20,0%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)
Baixa autoestima/desesperança				
13*	23 (76,7%)	7 (23,3%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)
14*	26 (86,7%)	4 (13,3%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
16*	26 (86,7%)	4 (13,3%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
18*	22 (73,3%)	8 (26,7%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)
22*	27 (90,0%)	3 (10,0%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
24*	19 (63,3%)	11 (36,7%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)
25	22 (73,3%)	8 (26,7%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)
26*	23 (76,7%)	7 (23,3%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)
2	5 (16,7%)	25 (83,3%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)
3	1 (3,3%)	29 (96,7%)	0 (0,0%)	13 (100,0%)
6*	7 (23,3%)	23 (76,7%)	8 (61,5%)	5 (38,5%)
9	0 (0,0%)	30 (100%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
11	4 (13,3%)	26 (86,7%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
Funcionalidade das relações				
15	4 (13,3%)	26 (86,7%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)
17	3 (10,0%)	27 (90,0%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)
19*	25 (83,3%)	5 (16,7%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)
20	2 (6,7%)	28 (93,3%)	4 (30,8%)	9 (69,2%)
21	1 (3,3%)	29 (96,7%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)
23	2 (6,7%)	28 (93,3%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)

Nota. * indica os itens cuja pontuação em um grupo foi diferente do outro grupo; a marcação em negrito indica a maior frequência de resposta nos itens.

3.3.4. Estratégias cognitivas de enfrentamento

As análises de correlações entre as estratégias cognitivas de enfrentamento, avaliadas por meio do CERQ-BD, e a QV e SEED, medidos pelo SF-36 e PAID respectivamente, apontaram que ter pensamentos constantes sobre diabetes (Ruminação) está diretamente relacionado a ter problemas emocionais ($r=0,39$; $p<0,05$) bem como um alto nível de sofrimento emocional ($r=0,38$; $p<0,05$), e inversamente ligado a um bom estado geral de saúde ($r=-0,41$; $p<0,01$) e atividades sociais normais ($r=-0,49$; $p<0,01$). De modo semelhante, pensar recorrentemente no quão ruim é ter diabetes (Catastrofização) também está relacionado a ter problemas emocionais ($r=0,48$; $p<0,01$) e um alto nível de sofrimento emocional ($r=0,47$; $p<0,01$), e negativamente associado a um bom estado geral de saúde ($r=-0,42$; $p<0,01$), vitalidade ($r=-0,30$; $p<0,05$) e atividades sociais normais ($r=-0,34$; $p<0,05$). Por outro lado, pensar sobre assuntos mais agradáveis do que ter diabetes (Reorientação Positiva) está associado a um bom estado geral de saúde ($r=0,39$; $p<0,01$) e a não ter problemas emocionais ($r=-0,32$; $p<0,05$), nem com o apoio social ($r=-0,44$; $p<0,01$) e um nível menor de sofrimento emocional ($r=-0,37$; $p<0,01$). Por fim, se resignar com a diabetes e aceita-la sabendo que mesmo assim a vida continua (Aceitação) se relaciona com ter menos dor ($r=-0,41$; $p<0,01$). A Tabela 20 apresenta todos os resultados.

Na investigação sobre as estratégias cognitivas utilizadas pelos pacientes para lidarem com sua diabetes, os resultados mostraram que não há nenhuma diferença significativa entre os Grupos I e II quanto aos tipos de estratégias utilizadas. Considerando-se o tipo de DM do paciente, verificou-se que os pacientes diabéticos do tipo 1 ($n=20$) costumam utilizar mais a Reorientação Positiva do que os aqueles do tipo 2 ($t=-2,34$; $p<0,05$). Em relação ao uso das demais estratégias cognitivas de enfrentamento não houve diferença entre ter DM1 ou DM2.

Analisando a frequência de resposta dos itens, os resultados indicaram, de modo geral, que as estratégias cognitivas mais utilizadas pelos pacientes para lidarem com a DM são a Aceitação, Reorientação Positiva, Redirecionamento do Foco para o Planejamento e Colocando em Perspectiva (ver Tabela 21).

Tabela 20

Correlações entre as estratégias cognitivas de enfrentamento e qualidade de vida e sofrimento emocional específico da diabetes

	CF	AF	Dor	SG	Vit	AS	AE	SM	Emoc	Trat	Alim	Apoio	Total
Autopunição	0,01	-0,14	-0,29	-0,05	-0,08	-0,15	0,01	-0,13	0,07	0,02	0,29	-0,15	0,10
Aceitação	-0,06	-0,04	-0,32*	-0,11	-0,23	-0,25	-0,19	-0,21	-0,02	0,05	-0,02	-0,05	-0,02
Ruminação	-0,14	-0,17	-0,28	-0,41**	-0,27	-0,49**	-0,22	-0,28	0,39*	0,21	0,16	0,29	0,38*
Reorientação Positiva	0,19	0,07	-0,16	0,39**	0,07	0,28	0,14	0,25	-0,32*	-0,17	-0,24	-0,44**	-0,37*
Redirecionamento do Foco para o Planejamento	0,11	-0,04	-0,15	-0,03	0,12	-0,11	-0,00	0,08	-0,06	-0,03	-0,10	-0,08	-0,08
Reavaliação Positiva	0,25	0,01	0,02	0,22	0,07	-0,04	-0,10	0,05	-0,23	-0,23	-0,07	-0,20	-0,24
Colocando em Perspectiva	0,08	0,14	-0,12	0,07	-0,05	-0,20	0,11	-0,05	-0,18	0,10	-0,09	-0,04	-0,13
Catastrofização	-0,17	-0,04	-0,03	-0,42**	-0,30*	-0,34*	-0,07	-0,28	0,48**	0,18	0,28	0,30	0,47**
Culpabilizar Outros	0,06	0,21	0,06	-0,10	0,20	0,04	0,14	0,00	0,20	-0,09	0,04	0,27	0,17

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; CF: capacidade funcional; AF: limitação por aspectos físicos; SG: estado geral de saúde; Vit: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: saúde mental; Emoc: problemas emocionais; Trat: problemas com o tratamento; Alim: problemas com a alimentação; Apoio: problemas com o apoio social; Total: nível de sofrimento emocional

Tabela 21

Tipo e frequência das estratégias cognitivas de enfrentamento utilizadas pelos pacientes diabéticos

Tipo de estratégia (Fator)	Item	Frequência do uso da estratégia cognitiva (n=43)				
		Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Frequentemente	Quase sempre
Autopunição	1	14 (32,6%)	17 (39,5%)	3 (7,0%)	3 (7,0%)	6 (14,0%)
	10	9 (20,9%)	9 (20,9%)	4 (9,3%)	8 (18,6%)	13 (30,2%)
	19	16 (37,2%)	4 (9,3%)	6 (14,0%)	9 (20,9%)	8 (18,6%)
	28	9 (20,9%)	10 (23,3%)	10 (23,3%)	4 (9,3%)	10 (23,3%)
Aceitação*	2	6 (14,0%)	8 (18,6%)	8 (18,6%)	9 (20,9%)	12 (27,9%)
	11	6 (14,0%)	6 (14,0%)	5 (11,6%)	9 (20,9%)	17 (39,5%)
	20	19 (44,2%)	10 (23,3%)	5 (11,6%)	3 (7,0%)	6 (14,0%)
	29	7 (16,3%)	7 (16,3%)	4 (9,3%)	3 (7,0%)	22 (51,2%)
Ruminação	3	8 (18,6%)	6 (14,0%)	5 (11,6%)	12 (27,9%)	12 (27,9%)
	12	11 (25,6%)	7 (16,3%)	7 (16,3%)	7 (16,3%)	11 (25,6%)
	21	8 (18,6%)	12 (27,9%)	8 (18,6%)	8 (18,6%)	7 (16,3%)
	30	9 (20,9%)	7 (16,3%)	8 (18,6%)	10 (23,3%)	9 (20,9%)
Reorientação Positiva*	4	6 (14,0%)	10 (23,3%)	7 (16,3%)	9 (20,9%)	11 (25,6%)
	13	8 (18,6%)	8 (18,6%)	6 (14,0%)	10 (23,3%)	11 (25,6%)
	22	6 (14,0%)	7 (16,3%)	5 (11,6%)	11 (25,6%)	14 (32,6%)
	31	8 (18,6%)	3 (7,0%)	3 (7,0%)	14 (32,6%)	15 (34,9%)

Continua

Tabela 21 (continuação)

Tipo de estratégia (Fator)	Item	Frequência do uso da estratégia cognitiva (n=43)				
		Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Frequentemente	Quase sempre
Redirecionamento do Foco para o Planejamento*	5	8 (18,6%)	4 (9,3%)	5 (11,6%)	12 (27,9%)	14 (32,6%)
	14	8 (18,6%)	6 (14,0%)	12 (27,9%)	5 (11,6%)	12 (27,9%)
	23	8 (18,6%)	3 (7,0%)	3 (7,0%)	13 (30,2%)	15 (34,9%)
	32	4 (9,3%)	8 (18,6%)	4 (9,3%)	8 (18,6%)	19 (44,2%)
Reavaliação Positiva	6	14 (32,6%)	6 (14,0%)	6 (14,0%)	9 (20,9%)	15 (34,9%)
	15	10 (23,3%)	7 (16,3%)	8 (18,6%)	6 (14,0%)	12 (27,9%)
	24	16 (37,2%)	9 (20,9%)	7 (16,3%)	4 (9,3%)	7 (16,3%)
	33	13 (30,2%)	8 (18,6%)	5 (11,6%)	7 (16,3%)	10 (23,3%)
Colocando em Perspectiva*	7	5 (11,6%)	12 (27,9%)	4 (9,3%)	6 (14,0%)	16 (37,2%)
	16	4 (9,3%)	6 (14,0%)	2 (4,7%)	9 (20,9%)	22 (51,2%)
	25	3 (7,0%)	8 (18,6%)	6 (14,0%)	9 (20,9%)	17 (39,5%)
	34	4 (9,3%)	8 (18,6%)	2 (4,7%)	6 (14,0%)	23 (53,5%)
Catastrofização	8	25 (58,1%)	7 (16,3%)	6 (14,0%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)
	17	13 (30,2%)	13 (30,2%)	4 (9,3%)	4 (9,3%)	9 (20,9%)
	26	21 (48,8%)	8 (18,6%)	5 (11,6%)	3 (7,0%)	6 (14,0%)
	35	13 (30,2%)	9 (20,9%)	3 (7,0%)	10 (23,3%)	8 (18,6%)
Culpabilizar Outros	9	35 (81,4%)	4 (9,3%)	2 (4,7%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)
	18	34 (79,1%)	5 (11,6%)	2 (4,7%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)
	27	25 (58,1%)	10 (23,3%)	2 (4,7%)	3 (7,0%)	3 (7,0%)
	36	37 (86,0%)	3 (7,0%)	2 (4,7%)	0 (0,0%)	1 (2,3%)

Nota. * indica as estratégias cognitivas de enfrentamento mais utilizadas; a marcação em negrito indica os itens com maior frequência

3.5. Discussão

Os resultados encontrados nesse trabalho ressaltam aspectos já encontrados na literatura, mas também apresentam alguns pontos que merecem atenção em futuras investigações. No que diz respeito à alta prevalência de sintomas depressivos em indivíduos com DM, os resultados confirmam os dados já apontados em estudos anteriores (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001; Tanenbaum et al., 2013). Também se verificou uma pior QV naqueles que apresentam mais sintomas depressivos, assim como em outros estudos (Hays et al., 1995; Suominen et al., 2011; Chung et al., 2013; Choi, Reed, & Sarkisian, 2013). Os resultados encontrados nesse estudo mostraram que, além de pior QV, os pacientes diabéticos com mais sintomas depressivos também apresentam nível elevado de sofrimento emocional. Além disso, aqueles acometidos de maior número de complicações decorrentes da DM têm mais sintomas depressivos, o que já foi apontado por Egede e Hernades-Tejada (2013). Cabe ressaltar que, nas análises realizadas no presente estudo, não foi controlada a presença de outros transtornos mentais além da depressão, assim como de complicações da DM, sendo assim, os resultados devem ser analisados com cautela, uma vez que podem estar associados a outros fatores que não apenas os sintomas depressivos.

Um ponto importante mostrado nesse estudo foi que apesar de todos os indivíduos com DM apresentarem algum nível de sofrimento emocional, esse sofrimento foi maior naqueles que apresentavam mais sintomas depressivos, principalmente quando se leva em consideração a presença de problemas emocionais e com o apoio social. Esses resultados ressaltam a importância de não apenas se avaliarem sintomas depressivos, como de intervir terapêuticamente, uma vez que sua presença dificulta sobremaneira o controle da doença e, conseqüentemente, o bem-estar físico e emocional da pessoa. No que diz respeito aos problemas com a alimentação e com o tratamento não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos I e II, o que pode estar relacionado à dificuldade de ambos os grupos lidarem com as restrições alimentares e o tratamento da DM. Essa dificuldade provavelmente se deva à própria condição da doença e pode não ser influenciada pelos sintomas depressivos. Outro ponto de destaque é que os indivíduos com DM2 apresentaram mais problemas com a alimentação em comparação àqueles com DM1. A maior dificuldade de adesão dos pacientes com DM2 à dieta se deve, entre outros motivos, ao fato de desenvolverem a doença (ou a explicitarem) quando estão no peso máximo alcançado na vida, à maior dificuldade de reformular os hábitos de vida à idade do diagnóstico e à prevalência significativa das complicações crônicas nesses pacientes.

Ademais, os pacientes com DM1 pertencem, usualmente a grupos etários mais jovens, com hábitos de vida menos cristalizados e têm, talvez, o viés de receber melhor orientação pelo alto impacto da doença (instável e fatal se não muito bem abordada) nos próprios pacientes e nos seus familiares. Esses argumentos podem explicar os resultados encontrados quanto à essa diferença entre os grupos no que diz respeito aos problemas com a alimentação.

No que se refere à avaliação das cognições disfuncionais presentes nos diabéticos, os resultados apontaram que ter visões mais negativas de si mesmo, do mundo e do futuro, ou ter pensamentos depressivos relacionados à baixa autoestima, estão relacionados à pior QV e nível mais elevado de SEED. O contrário acontece quando se tem uma visão positiva do mundo, que se relaciona a ter um menor nível de sofrimento emocional, de problemas emocionais e com o apoio social, e melhor QV. Uma visão positiva de si mesmo também está associada a não ter problemas com o apoio social necessário na diabetes. A inexistência de diferença significativa entre os grupos I e II no que diz respeito à visão positiva do futuro, pode ser explicada pelo fato de os diabéticos, de modo geral, não esperarem que coisas boas aconteçam com eles com o passar do tempo. Isso aponta para o fato de que esperar por um prognóstico ruim, o que acontece com a maioria dos indivíduos com DM, tendo que sofrer com a possibilidade de complicações do quadro e lidar com o medo de morrer prematuramente, não proporcione que os mesmos tenham uma visão positiva do seu futuro, independentemente de terem, ou não, sintomas depressivos. A presença mais frequente de cognições (PAs) negativas em pacientes diabéticos deprimidos também foi encontrada no estudo de Clarke e Goosen (2009). No entanto, até o momento, não há relatos de investigações quanto às cognições positivas em pessoas com DM.

Destaca-se, ainda, que a presença de cognições disfuncionais independe do tipo de diabetes que o indivíduo possui. Provavelmente o fato de que os pacientes diabéticos com mais sintomas depressivos apresentarem uma maior frequência de cognições disfuncionais – em comparação aqueles sem estes sintomas de humor –, pode ser devido à própria depressão em si, e não, necessariamente à DM. A literatura apresenta fortes evidências desses tipos de cognições disfuncionais naqueles com depressão (Beck et al., 1997; Beck & Alford, 2011; Carneiro & Baptista, 2014). No entanto, os dados encontrados no presente estudo podem servir para nortear futuras intervenções terapêuticas em diabéticos que apresentem sintomas depressivos, independentemente da compreensão das suas causas. Assim como nos demais estudos encontrados na literatura (Clarke & Goosen, 2009; Moldovan, 2009; Gregg et al., 2010; Gherman & Alionescu, 2015), o presente estudo não utilizou instrumentos que avaliassem cognições específicas da DM, tal escolha se deu devido à escassez de ferramentas para tal

investigação. O uso de instrumentos apropriados facilitaria a identificação dos pensamentos específicos sobre a doença que são evocados nesses indivíduos, principalmente quando estes se encontram em um quadro de descontrole da DM.

A investigação das estratégias cognitivas de enfrentamento mostrou que o uso de estratégias menos adaptativas, em especial a Ruminação e a Catastrofização, está associado a um nível elevado de SEED e pior QV. Ao contrário, a utilização da Reorientação Positiva se associa a um bom estado geral de saúde, menor sofrimento emocional, principalmente aqueles decorrentes de problemas emocionais e com o apoio social. O mesmo acontece com utilizar a Aceitação que se relaciona com ter menos dor. Tudo isso ocorre independentemente da presença de sintomas depressivos nos pacientes diabéticos.

Quanto ao tipo de estratégias mais utilizadas pelos indivíduos para enfrentarem a DM, destaca-se que são mais comuns aquelas mais positivas: aceitação, reorientação positiva, redirecionamento do foco para o planejamento e colocando em perspectiva. Esse resultado demonstra que, na maioria das vezes, apesar das limitações ocasionadas pela DM, as pessoas tendem a enfrentá-la de maneira mais adaptativa. Possivelmente o uso dessas estratégias auxilie no controle da DM. Pode-se levantar a hipótese também, que ter pensamentos mais positivos diante da diabetes, minimize o impacto dessas limitações, bem como proporcionem uma melhor QV. Tal hipótese pôde ser sustentada pelo estudo de Moldovan (2009) que mostrou que a maior parte dos diabéticos acredita que conseguem controlar a própria doença e que pensar positivamente é decisivo nesse controle. Essas hipóteses devem ser mais bem avaliadas em futuras pesquisas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a diabetes e a hipertensão arterial constituem-se como a primeira causa de internação no SUS. O maior custo econômico com a diabetes se deve as complicações decorrentes dessa doença como doenças cardiovasculares, diálise devido a insuficiência renal crônica e amputações dos membros inferiores. Nos últimos anos, dado o aumento na incidência da DM e o custo financeiro elevado que essa doença traz para o Estado, tem se desenvolvido políticas públicas, programas e projetos de prevenção, educação e controle da DM (Brasil, 2012). A maior parte dessas políticas está voltada para a atenção farmacêutica e autocuidado da doença que promovam uma melhor qualidade de vida desses pacientes, no entanto, pouco espaço tem sido dado para a avaliação e modificação da associação diabetes-depressão. O diagnóstico e tratamento para depressão em pacientes diabéticos pode proporcionar a maior adesão do paciente às orientações médicas, com melhoria da vida pessoal e social e do curso do tratamento (como melhor controle glicêmico), e diminuição dos riscos

de complicações crônicas da doença. Os resultados encontrados na presente dissertação servem, dentre outros fatores, para estimular a reflexão e a troca de informações entre diferentes profissionais que atuam com essa população, de modo a facilitar sua avaliação e evolução clínica. Além disso, contribui também para o conhecimento sobre a prevenção e tratamento da depressão nestes pacientes diabéticos, podendo ainda servir de subsídio aos governos no direcionamento de políticas de saúde de forma racionalizada, calcadas em evidência científica, incentivando a criação de práticas educativas e psicoterápicas comprovadamente eficazes e eficientes para essa população.

4. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de aprofundar o estudo sobre a relação entre diabetes e depressão, a presente pesquisa buscou primeiramente elucidar o que a literatura já apresenta. Inicialmente, o intuito nessa revisão foi compreender os impactos dessa relação na QV dos indivíduos. Posteriormente, verificar a estrutura cognitiva (crenças e pensamentos) e estratégias cognitivas de enfrentamento utilizadas por esses indivíduos.

A partir das revisões narrativas empreendidas nesse trabalho pôde-se avaliar quão grandes são os impactos negativos de ser diabético e deprimido na QV de pessoas. A literatura existente evidencia que a presença dessa comorbidade intensifica o desajuste e sofrimento emocional da pessoa. Conseqüentemente, esse estado de ânimo prejudica o autocuidado, deteriora a QV, e perturba o próprio controle da DM, bem como a prevenção e os cuidados de suas complicações. Por outro lado, a literatura se mostra insuficiente quando se buscam os resultados da investigação de cognições disfuncionais nos pacientes diabéticos, menos ainda em relação às estratégias cognitivas que esses indivíduos utilizam para lidarem com sua doença. Verificou-se também que essa escassez de estudos sobre esses temas pode ser devida, entre outros motivos, à falta de instrumentos apropriados para tal investigação.

Diante das constatações e hipóteses apontadas nas revisões da literatura, foram realizados dois estudos empíricos. O primeiro deles visou realizar a adaptação para o contexto brasileiro de um instrumento utilizado para avaliar as estratégias cognitivas que geralmente são utilizadas pelo indivíduo para lidar com um evento negativo ou estressor. Tal estudo permitiu avaliar as propriedades psicométricas desse instrumento na população geral, e serviu como base para a criação de uma versão específica para os pacientes diabéticos. O segundo estudo empreendido visou avaliar a prevalência de sintomas depressivos em pessoas com DM, bem como verificar a relação entre cognições disfuncionais, estratégias cognitivas de enfrentamento e QV nesses sujeitos.

Em relação ao instrumento adaptado, o CERQ-B, os resultados mostraram que se trata de uma boa ferramenta, com propriedades psicométricas adequadas, para a avaliação das estratégias cognitivas de enfrentamento uma parte primordial da regulação emocional. No entanto, a versão específica para as pessoas com DM ainda precisa ter suas propriedades psicométricas avaliadas, o que não foi possível na presente investigação devido ao tamanho amostral.

No que diz respeito à investigação das cognições (crenças e pensamentos) depressivas em pacientes diagnosticados com DM, um dos principais focos desse trabalho, pode-se dizer que foi possível confirmar a hipótese de que as cognições disfuncionais comumente encontradas em indivíduos deprimidos também estariam presentes naqueles pacientes diabéticos com sintomas depressivos mais proeminentes. Esse achado se constitui enquanto uma evidência adicional ao modelo cognitivo de depressão utilizado na terapia cognitiva. Apesar disso, ainda persiste a lacuna quanto às cognições que são específicas da diabetes, o que se propõe seja mais bem avaliado em futuras pesquisas. Provavelmente sejam comumente reconhecidas em pacientes diabéticos cognições como, por exemplo, acreditar que é uma pessoa fraca ou incapaz de manter a doença sobre controle; cognições desse tipo podem interferir bastante no controle da doença e no bem-estar emocional dos mesmos. Esse conhecimento pode auxiliar futuramente as intervenções terapêuticas e educativas.

Quanto à investigação das estratégias cognitivas utilizadas pelos indivíduos para enfrentar a DM, esse estudo se mostra pioneiro até a presente data. Alguns estudos (ver como exemplo Duangdao & Roesch, 2008) avaliaram as estratégias de *coping* geral nesses indivíduos, e mostraram que, aqueles que se concentram na resolução dos problemas, alcançam melhor controle glicêmico e apresentam menos sintomas depressivos. Ao contrário, pessoas que focam mais na própria reação emocional diante da doença experienciam mais sintomas depressivos e ansiosos, bem como maior concentração de glicose no sangue e, conseqüentemente, pior controle da DM. Todos esses estudos citados avaliaram as ações que o indivíduo tem após passar por uma situação estressora, a presente pesquisa, no entanto, avaliou os pensamentos que o diabético tem diante do fato de ter que conviver com sua doença, tida por muitos como um evento negativo e estressor. O *coping* cognitivo faz parte do processo de regulação emocional, que desempenha um importante papel adaptativo e, portanto, está relacionada ao bem-estar das pessoas. Compreender quais são as estratégias cognitivas utilizadas por esses indivíduos poderá propiciar e reforçar intervenções que tenham como enfoque o ensino, aprendizagem e modificação daquelas estratégias que são menos eficazes, causadoras de algum sofrimento emocional para esses sujeitos. Um campo de investigação futura é verificar se o uso de estratégias menos adaptativas está relacionado ao desenvolvimento ou manutenção de problemas emocionais, que, por sua vez, potencialize as complicações da DM.

As principais limitações desse estudo se devem ao fato da amostra ser relativamente pequena, quando se considera a prevalência nacional de pessoas com DM, e por não se ter um

grupo de comparação que permitiria verificar se as variáveis analisadas são específicas, ou não, da DM. Esses dois pontos, somado ao fato dessa investigação ter sido realizada apenas em duas instituições públicas de Belo Horizonte, devem ser considerados na hora de se interpretar e, conseqüentemente, generalizar os resultados aqui encontrados o que deve ser feito com cautela.

REFERÊNCIAS

- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE. Transactions on Automatic Control*, 19(6), 716-723.
- Akena, D., Kadama, P., Ashaba, S., Akello, C., Kwesiga, B., Rejani, L., Okello, J., Mwesiga, K., & Okubu, E. A. (2015). The association between depression, quality of life, and the health care expenditure of patients with diabetes mellitus in Uganda. *Journal of Affective Disorders*, 174, 7-12. doi:10.1016/j.jad.2014.11.019
- American Diabetes Association (2008). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 31(Suppl 1), S55-S60. doi: 10.2337/dc08-S055
- American Diabetes Association (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 33(Suppl 1), S62-S69. doi: 10.2337/dc10-S062
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5th ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Amorim, M. I. (2009). *Para lá dos números ... Aspectos psicossociais e qualidade de vida do Indivíduo com Diabetes Mellitus Tipo 2*. Tese de doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P., Adamson, U., & Johansson, U. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 77(1), 72-80. doi: 10.1016/j.pec.2009.01.015
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078. doi: 10.2337/diacare.24.6.1069

- Araújo, R. H. S. (2011). *Adaptação transcultural da Grid Hamilton Rating Scale for Depression (grid-hamd) para o português brasileiro e avaliação do impacto de um treinamento sobre a confiabilidade interavaliadores*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- Atlantis, E., Goldney, R. D., Eckert, K. A., Taylor, A. W., & Phillips, P. (2011). Trends in health-related quality of life and health service use associated with comorbid diabetes and major depression in South Australia, 1998-2008. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 871-877. doi: 10.1007/s00127-011-0394-4
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV)*. Tradução de Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.0805072
- Beck, A. T. (2005). Além da crença: Uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. (pp. 23-41). São Paulo: Casa do Psicólogo (Original publicado em 1997).
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*. Advance online publication. doi: 10.1177/2167702616628523
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2011). *Depressão: Causas e tratamento* (2ª ed.). (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 2009).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1979).

- Beckham, E. E., Leber, W. R., Wastkins, J. R., Boyer, J. L., & Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 566-567.
- Bennett-Murphy, L. M., Thompson, R. J., & Morris, M. A. (1997). Adherence behavior among adolescents with type 1 insulin-dependent diabetes mellitus: The role of cognitive appraisal processes. *Journal of Pediatric Psychol, 22*(6), 811-825.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública, 29*(5), 359-363.
- Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil (2015). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2014*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil (2012). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Manual de condutas médicas: Hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carper, M. M., Traeger, L., Gonzalez, J. S., Wexler, D. J., Psaros, C., & Safren, S. A. (2013). The differential associations of depression and diabetes distress with quality of life domains in type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(3), 501-510. doi: 10.1007/s10865-013-9505-x

- Carver, C.S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Choi, S. E., & Reed, P. L. (2013). Contributors to Depressive Symptoms among Korean Immigrants with Type 2 Diabetes. *Nursing Research*, 62(2), 115-121. doi: 10.1097/NNR.0b013e31827aec29
- Choi, S. E., Reed, P. L., & Sarkisian, C. S. (2013). Gender Differences in the Relationship between Diabetes-Specific Quality of Life and Depressive Symptoms in Middle-Aged and Older Korean Immigrants. *Research in Gerontological Nursing*, 6(4), 283-292. doi: 10.3928/19404921-20130820-01.
- Chung, J. O., Cho, D. H., Chung, D. J., & Chung, M. Y. (2013). Assessment of factors associated with the quality of life in Korean type 2 diabetic patients. *Internal Medicine*, 52(2), 179-185. doi: 10.2169/internalmedicine.52.7513
- Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)"*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W.J., & Russo, J.O. (2000). Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160(21), 3278-3285.
- Clark, D. A., & Steer, R. A. (2012). Status empírico do modelo cognitivo de ansiedade e de depressão. In: Salkovskis, P. M. (Ed.) *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (2a ed.) (Golob, I. S., & Martinez, T. M., Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo (Original publicado em 1997).

- Clarke, D. & Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 460-464. doi:10.1016/j.paid.2008.11.014
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. Recuperado em 17 de novembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Daniele, T. M. C., Bruin, V. M. S., Oliveira, D. S. N., Pompeu, C. M. R., & Forti, A. C. (2013). Associations among physical activity, comorbidities, depressive symptoms and health-related quality of life in type 2 diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 57(1), 44-50. doi: 10.1590/S0004-27302013000100006
- Dattilio, F. M & Freeman, A. (1998). Introdução à terapia cognitiva. In Dattilio, F. M & Freeman, A. (Org), *Compreendendo a terapia cognitiva* (pp 19- 28). Campinas: Editorial Psy.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Critical Psychology*, 66(1), 37-52. doi: 10.1037/0022-006x.66.1.37
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparison. *American Journal of Psychiatric*, 156(7), 1007-1013. doi: 10.1176/ajp.156.7.1007

- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, *12*(8), 467-477. doi: 10.1038/nrn3027
- Dobson, K. S. & Dozois, D. J. A. (2006). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In K. S. Dobson (Ed.). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. (pp. 17-41). Porto Alegre: Artmed.
- Doherty, A. M., & Gaughran, F. (2014). The interface of physical and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(5), 673-682. doi: 10.1007/s00127-014-0847-7
- Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado-Tello, F. P. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Assessment*, *20*(2), 253-261, doi: 10.1177/1073191110397274
- Donald, M., Dower, J., Coll, J. R., Baker, P., Mukandi, B., & Doi, S. A. (2013). Mental health issues decrease diabetes-specific quality of life independent of glycaemic control and complications: findings from Australia's living with diabetes cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*(1), 170. doi: 10.1186/1477-7525-11-170
- Duangdao, K. M., & Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(4), 291-300. doi: 10.1007/s10865-008-9155-6
- Duarte, A. C., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Gender's moderating effect. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, *165*, 275-283.
- Egede, L. E., & Hernades-Tejada, M. A. (2013). Effect of comorbid depression on quality of life in adults with Type 2 diabetes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *13*(1), 83-91. doi: 10.1586/erp.12.86.

- Farrel, S. P., Hains, A. A., Davies, W. H., Smith, P. & Parton, E. (2004). The Impact of Cognitive Distortions, Stress, and Adherence on Metabolic Control in Youths with Type 1 Diabetes. *Journal of Adolescent Health, 34*(6), 461-467. doi: 10.1016/S1054-139X(03)00215-5
- Fernandes, S. (2014). A questão emocional na diabetes. *Informativos de Psicologia da Associação de Diabéticos de Juiz de Fora*. Acessível em: http://www.adiabeticosjf.com.br/informativos_1er/8/associacao/diabeticos/
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(3), 141-149. doi: 10.1027/1015-5759.23.3.141
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*(8), 1659-1669. doi:10.1016/j.paid.2005.12.009
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, Ph. (2002a). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Dutch Version (*Handleiding voor het gebruik van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*). Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002b). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence, 25*, 603-611. doi:10.1006/jado.2002.0507
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinnhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6

- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Kommer, T. V. D. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences, 36*, 267-276.
- Gazzaniga, M. S., & Heatherton, T. F. (2005). *Ciência Psicológica: Mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Gherman, A., & Alionescu, A. (2015). Depression and dysfunctional beliefs. Predictors of negative appraisal of Insulin treatment. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 15*(2), 207-218.
- Golden, S. H., Lazo, M., Carnethon, M., Bertoni, A. G., Schreiner, P., Diez Roux, A.V., Lee, H.B., & Lyketsos, C. (2009). Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *Journal American Medical Association, 299*(23), 2751-2759. doi: 10.1001/jama.299.23.2751.
- Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: A population study. *Diabetes Care, 27*(5), 1066-1070. doi: 10.2337/diacare.27.5.1066
- Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Gagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., Blais, M. A., & Meigs, J. B., & Grant, R. W. (2007). Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care, 30*(9), 2222-2227. doi: 10.2337/dc07-0158
- Gonzalez, J. S, Fisher, L., & Polonsky, W. H. (2011). Depression in diabetes: have we been missing something important? *Diabetes Care, 34*(1), 236-239. doi: 10.2337/dc10-1970
- Gorenstein, C., Argimon, I.I.L., Wang, Y., & Werlang, B.S.G. (2010). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gregg, J. A., Schmidt, E., Ward, K., Almada, P., & Knezevich, P. (2010). An alternative model for understanding the diabetes-depression relationship: the mediational role of thought

- believability. *Journal of Behavioral Health and Medicine*, 1(1), 15-23. doi: 10.1037/h0100538
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.336
- Gross, J. J., & Tompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. (pp. 3-24). New York, NY, US: Guilford Press.
- Gross, C. C., Scain, S. F., Scheffel, R., Gross, J. L., & Hutz, C. S. (2007). Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale (B-PAID): Validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76, 455-459. doi:10.1016/j.diabres.2006.09.022
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and Implicit Emotion Regulation: A Dual-Process Framework. *Cognition & emotion*, 25(3), 400-412. doi: 10.1080/02699931.2010.544160
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 23(56), 56-62.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Análise multivariada de dados* (5a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52(1), 11-19.

- Helman, R., & Ciechanowski, P. (2010). Diabetes and depression: Management in ordinary clinical conditions. In: W. Katon, M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depression and Diabetes* (pp. 109-141) [Adobe Digital Editions version].
- Holahan, C. J., Pahl, S. A., Cronkite, R. C., Holahan, C. K., North, R. J., & Moos, R.H. (2010). Depression and vulnerability to incident physical illness across 10 years. *Journal Affective Disorders*, 123(1-3), 222-229. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.006
- Hora, H. R. M., Monteiro, G. T. R., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: Um estudo com o coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2), 85-103.
- Hudson, J. L., Bundy, C., Coventry, P. A., & Dickens, C. (2014). 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. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(4), 265-274. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.004.
- Imayama, I., Plotnikoff, R. C., Courneya, K. S., & Johnson, J. A. (2011). Determinants of quality of life in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(9), 115. doi: 10.1186/1477-7525-9-115.
- Internacional Diabetes Federation (2015). *Diabetes Atlas* (7a ed). Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/>
- Ismail, K. (2010). Unraveling the pathogenesis of the depression–diabetes link. In W. Katon, M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depression and Diabetes* (pp. 29-61) [Adobe Digital Editions version]. doi: 10.1002/9780470667309.ch2
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131. doi: 10.1027/1015-5759.22.2.126

- Katon, W. J., Russo, J., Lin, E. H., Heckbert, S. R., Williams, J. H., Ciechanowski, P., Ludman, E., & von Korff, M. (2009). Diabetes and poor disease control: Is comorbid depression associated with poor medication adherence or lack of treatment intensification? *Psychosomatic Medicine*, *71*(9), 965-972. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bd8f55
- Katon, W., Simon, G., Russo, J., Von Korff, M., Lin, E. H., Ludman, E., Ciechanowski P., Bush, T. (2004). Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. *Medical Care*, *42*(12), 1222-1229.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, *74*(1), 9-46. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L.A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Leite, E. S., Lubenow, J. A. M., Moreira, M. R. C., Martins, M. M., Costa, I. P., & Silva, A. O. (2015). Avaliação do impacto da diabetes mellitus na qualidade de vida de idosos. *Ciência, cuidado e saúde*, *14*(1), 822-829. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.21353
- Lin, E. H. B., Katon, W., von Korff, M., Rutter, C., Simon, G.E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., Bush, T., & Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, *27*(9), 2154-2160. doi: 10.2337/diacare.27.9.2154
- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1993).
- Liu, Y., Maier, M., Wu, J., Li, W., Chen, Y., Qin, Y., Hao, Y., & Jin, R. (2013). A descriptive and comparative study from china on patients with type-2 diabetes with and without depressive symptoms. *Journal of Community Health Nursing*, *30*(2), 106-115. doi: 10.1080/07370016.2013.778734

- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M., Carney, R. M. & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemic control. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942. doi: 10.2337/diacare.23.7.934
- Lustman, P.J., Freedland, K.E., Griffith, L.S., & Clouse, R.E. (1998). Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 20(5), 302-306. doi: 10.1016/S0163-8343(98)00039-5
- Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Iyengar, S., Ball, S. G., & Russell, J. (2007). Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *International Journal of Clinical Practice*, 61(12), 2030-2040. doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01602.x
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77. doi: 10.1590/S0102-79722005000100010
- Markowitz, S.M., Gonzalez, M.M., Wilkinson, J.S., & Safren, A.S. (2011). A review of treating depression in diabetes: Emerging findings. *Psychosomatics*, 52(1), 1-18. doi: 10.1016/j.psych.2010.11.007
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260.
- Martins, E. C., Freire, M., & Ferreira-Santos, F. (2016). Examination of the transdiagnostic and specific roles of cognitive emotion regulation strategies in psychological symptoms. *Studia Psychologica*, 58(1), 59-73.
- Matias, C. O. F., Matias, C. O. F., & Alencar, B. R. (2016). Qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros/MG. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 8(2), 119-129. doi: 10.3895/rbqv.v8n2.3841

- Megreya, A. M., Latzman, R. D., Al-Attayah, A. A., & Alrashidi, M. (2016). The Robustness of the Nine-Factor Structure of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire across Four Arabic-Speaking Middle Eastern Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 47*(6), 875-890. doi: 10.1177/0022022116644785
- Meurs, M., Roest, A. M., Wolffenbuttel, B. H. R., Stolk, P. R., de Jonge, P., Rosmalen, J. G. M. (2016). Association of depressive and anxiety disorders with diagnosed versus undiagnosed diabetes: an epidemiological study of 90,686 participants. *Psychosomatic Medicine, 78*(2), 233-224. doi: 10.1097/PSY.0000000000000255
- Mingoti, S. A. (2011). *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada - Uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG
- Moldovan, R. (2009). An analysis of the impact of irrational beliefs and illness representation in predicting distress in cancer and type II diabetes patients. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal, 13*(2), 179-193.
- Musselman, D. L., Betan, E., Larsen, H., & Phillips, L. S. (2003). Relationship of Depression ta diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology and Treatment. *Biological Psychiatry 54*(3), 317-329. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00569-9
- Nicolau, J., Rivera, R., Francés, C., Chacártegui, B., & Masmiquel, L. (2013). Treatment of depression in type 2 diabetic patients: Effects on depressive symptoms, quality of life and metabolic control. *Diabetes Research and Clinical Practice, 101*(2), 148-152. doi: 10.1016/j.diabres.2013.05.009
- Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care, 25*(7), 1159-1171. doi: 10.2337/diacare.25.7.1159
- Oliva, J., Fernández-Bolãno, A., & Hidalgo, A. (2012). Health- related quality of life in diabetic people with different vascular risk. *BMC Public Health, 12*(1), 812. doi: 10.1186/1471-2458-12-812.

- Organização Mundial da Saúde (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 403-409.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: Será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(nº especial), 99-107.
- Patel, B., Oza, B., Patel, K., Malhotra, S., & Patel, V. (2014). Health related quality of life in type-2 diabetic patients in Western India using World Health Organization Quality of Life – BREF and appraisal of diabetes scale. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 34(2), 100-107. doi 10.1007/s13410-013-0162-y.
- Per, A., & Miclea, M. (2011). The standardization of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) on Romanian population. *Cognition, Brain, Behaviour*, 15(1), 111-130.
- Pössel, P. (2009). Cognitive Triad Inventory (CTI): Psychometric properties and factor structure of the German translation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 240-247. doi: 10.1016/j.jbtep.2008.12.001
- Prabhakar, V., Gupta, D., Kanade, P., & Radhakrishnan, M. (2015). Diabetes-associated depression: The serotonergic system as a novel multifunctional target. *Indian Journal of Pharmacology*, 47(1), 4-10. doi: 10.4103/0253-7613.150305
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2015). Teoria motivacional do *coping*: Uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 269-279. doi: 10.1590/0103-166X2015000200011
- Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M. & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 177-184. doi: 10.1590/S1413-294X2007000200010

- Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2010). Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: The role of depressive symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 119-124. doi: 10.1590/S1516-44462010000200005
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metabolism Research Review*, 15(3), 205-218. doi: 10.1002/(SICI)1520-7560(199905/06)15:3<205::AID-DMRR29>3.0.CO;2-O
- Sartorius, N. (2001). The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 15), 8-11.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51-71. doi:10.1016/j.psc.2011.12.001
- Schmitz, N., Gariépy, G., Smith, K. J., Malla, A., Wang, J., Boyer, R., Strychar, I., & Lesage, A. (2013). The pattern of depressive symptoms in people with type 2 diabetes: A prospective community study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 128-134. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.021
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-23, 34-57.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2015). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015*. (J. E. P. de Oliveira, S. Vencio, Orgs.). São Paulo: AC Farmacêutica.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2012). *Diagnóstico e tratamento da diabetes tipo 1. Posicionamento oficial SBD 2012*. Disponível em: <http://www.portalsaude.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=477>.

- Suominen, K., Karlsson, H., Rissanen, A., Valtonen, H. M., Räsänen, P., Sintonen, H., Roine, R. P. (2011). Perceived burden of illness in patients entering for treatment in a university hospital--is the threshold to secondary care higher for patients with depression than for those with somatic disorders? *European Psychiatry*, 26(7), 441-445. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.09.008.
- Tanenbaum, M. L., Ritholz, M. D., Binko, D. H., Baek, R. N., Shreck, M. S. E., & Gonzalez, J. S. (2013). Probing for depression and finding diabetes: a mixed-methods analysis of depression interviews with adults treated for type 2 diabetes. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 533-539. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.029
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159. doi: 10.1590/S0101-60832005000300007
- Teodoro, M.L.M., Ohno, P.M., & Froeseler, M.V.G. (2016). Estrutura fatorial e propriedades psicométricas do Inventário da Tríade Cognitiva. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18(1), 87-99. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p87-99.
- Thommasen, H. V., & Zhang, W. (2006). Health-related quality of life and type 2 diabetes: A study of people living in the Bella Coola Valley. *BC Medical Journal*, 48(6), 272-278.
- Tuna, E., & Bozo, Ö. (2012). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Factor Structure and Psychometric Properties of the Turkish Version. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 564-570. doi: 10.1007/s10862-012-9303-8
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. (C. Dornelles, Trad.) (Original publicado em 2004). Porto Alegre: Artmed.
- Van der Ven, N., Weinger, K., & Snoek, F. (2002). Cognitive behaviour therapy: How to improve diabetes self-management. *Diabetes Voice*, 47(3), 10-13.

- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, *19*(2), 135-150.
- Vismari, L., Alves, G. J., & Palermo-Neto, J. (2008). Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *35*(5), 196-204. doi: 0.1590/S0101-60832008000500004
- Welch, G. W., Polonsky, W. H., Snoek, F. J., & Pouwer, F. (2000). Diabetes-Related Emotional Distress in Dutch and U. S. Diabetic Patients: Cross-cultural validity of the Problem Areas in Diabetes Scale. *Diabetes Care*, *23*, 1305-1309. doi: 10.2337/diacare.23.9.1305
- Welschen, L.M. van Oppen, P., Bot, S.D., Kostense, P.J., Dekker, J.M., & Nijpels, G. (2013). Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, *36*(6), 556-566. doi: 10.1007/s10865-012-9451-z
- White, C. A. & Trief, P. M. (2007). Psicoterapia para pacientes com doença clínica. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Orgs.), *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* (pp. 534-556). Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation*. Part 1. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Geneva: WHO.
- Wright. J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental. Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Xu, X., Zhao, X., Qian, D., Dong, Q. & Gu, Z. (2015). Investigating Factors Associated with Depression of Type 2 Diabetic Retinopathy Patients in China. *PLoS ONE*, *10*(7): e0132616. doi: 10.1371/journal.pone.0132616

Zhu, X., Auerbach, R. P., Yao, S., Abela, J. R. Z., Xiao, J., Tong, X. (2008). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cognition and emotion*, 22(2), 288-307. doi: 10.1080/02699930701369035

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Critérios para a seleção dos artigos utilizados na revisão de literatura

A busca para a seleção dos artigos foi realizada no período de 17 a 20 de abril de 2016 nas seguintes bases de dados: PubMed, ScienceDirect, PsycInfo e PsycArticles (APA), Scielo Brasil, Lilacs e Pepsic. Os descritores e operadores booleanos que foram escolhidos para a busca podem ser visualizados nas tabelas a seguir. Estes termos foram selecionados com base em palavras-chave utilizadas em artigos analisados anteriormente à busca. Optou-se pela busca de artigos publicados em periódicos revisados por pares, que contemplassem os descritores em seus resumos (*abstracts*) e que possuíssem o artigo completo disponível gratuitamente pela internet. Foi realizada a leitura do resumo de todos os artigos encontrados, permitindo a exclusão dos artigos repetidos e dos trabalhos que não se adequassem aos critérios de inclusão.

Busca sobre qualidade de vida em indivíduos diabéticos e deprimidos

Devido a um número elevado de artigos encontrados na base de dados PubMed (n=1302 artigos), decidiu-se pela restrição dos trabalhos realizados nos últimos 5 anos com humanos. Não houve restrições quanto ao país de origem dos artigos, nem mesmo quanto à data de publicação nas demais bases de dados pesquisadas. Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos foram: (1) tratar-se de estudo com adultos com idade igual ou superior a 18 anos e (2) ter como um dos objetivos avaliar os impactos da associação depressão-diabetes na qualidade de vida dos indivíduos. Após a leitura dos resumos dos mesmos foi realizada a seleção, de acordo com os critérios estabelecidos na figura a seguir.

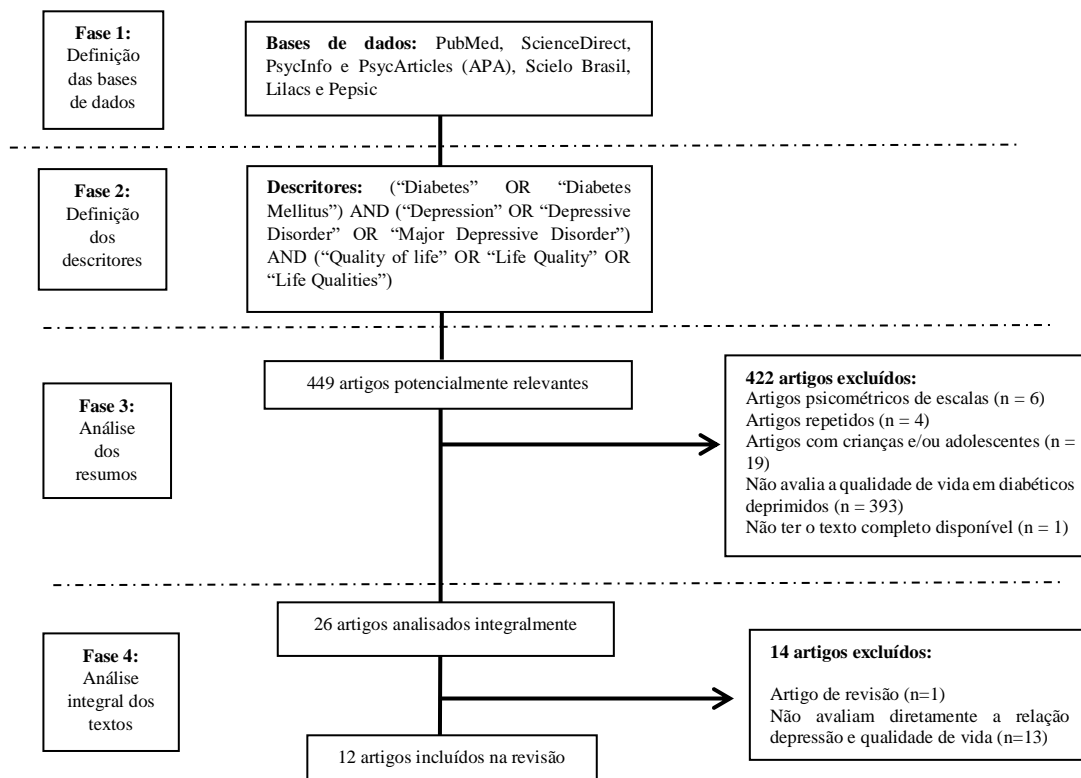


Figura 1 – Esquema representativo dos procedimentos de seleção dos artigos sobre qualidade de vida em indivíduos diabéticos e deprimidos

Busca sobre cognições em indivíduos diabéticos

Considerou-se como critérios para inclusão de artigos: (1) tratar-se de estudo com adultos com idade igual ou superior a 18 anos e (2) ter como um dos objetivos avaliar as crenças, pensamentos automáticos, e/ou as distorções cognitivas em pacientes diabéticos. Realizou-se a leitura do resumo de todos os artigos encontrados, possibilitando a exclusão de artigos repetidos ou que não se adequassem aos critérios de inclusão. O processo de seleção dos artigos pode ser visto na figura abaixo.

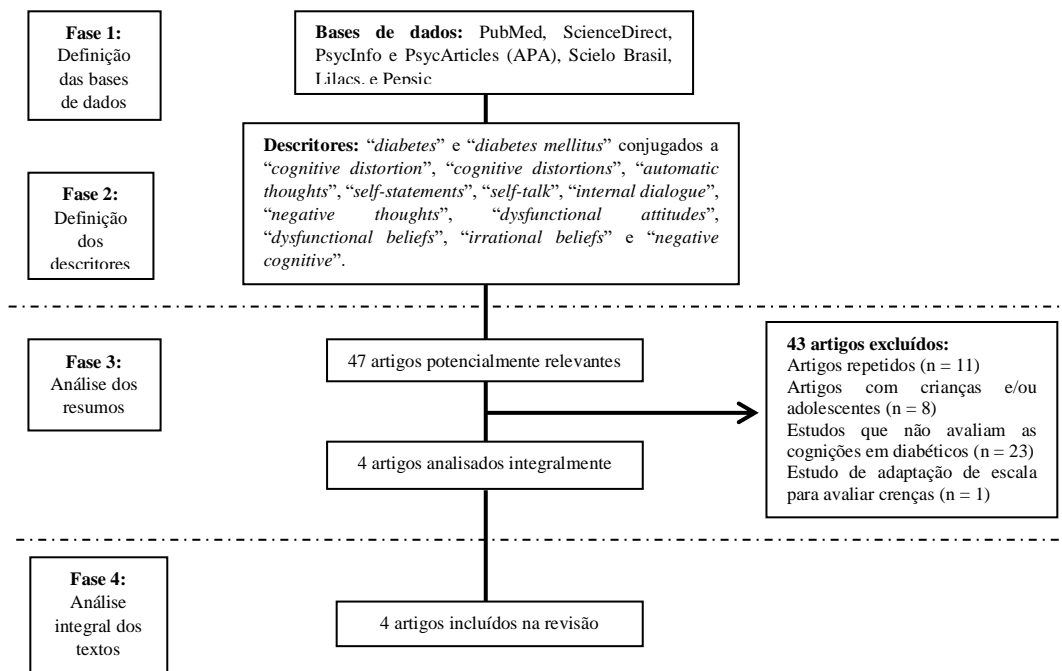


Figura 2 – Esquema representativo dos procedimentos de seleção dos artigos sobre cognições em indivíduos diabéticos

Busca sobre coping cognitivo em indivíduos diabéticos

Os critérios para inclusão de artigos foram: (1) tratar-se de estudo com adultos, com idade igual ou superior a 18 anos; (2) ter como um dos objetivos avaliar as estratégias cognitivas de enfrentamento utilizadas por pacientes diabéticos; (3) possuir artigo completo disponível gratuitamente pela internet. Conduziu-se a leitura do resumo de todos os artigos encontrados para verificar a adequabilidade dos mesmos aos critérios de inclusão. A figura abaixo apresenta todo o processo de seleção e exclusão dos artigos.

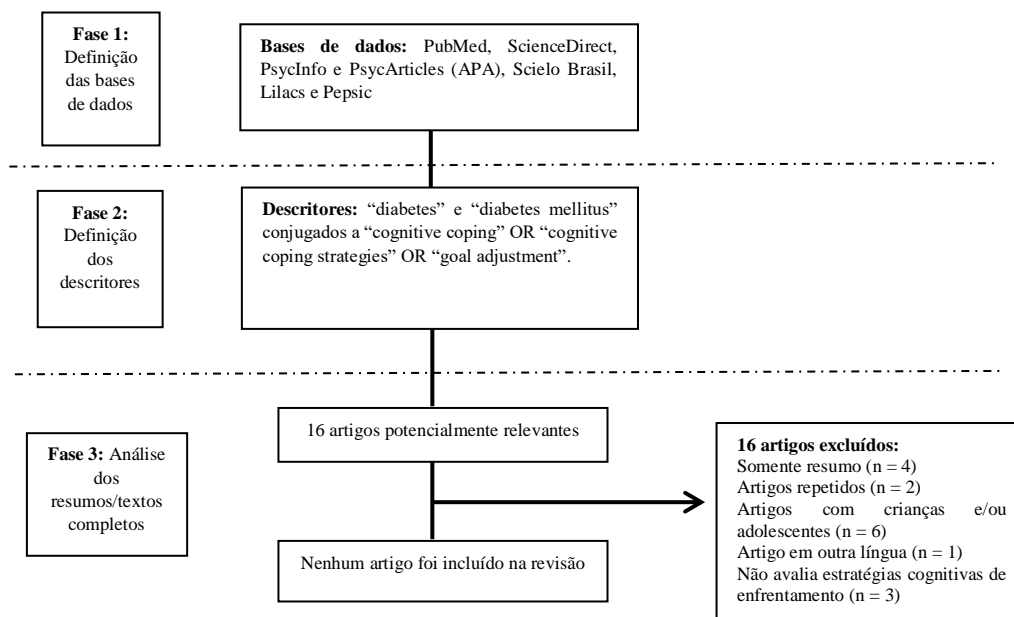


Figura 3 – Esquema representativo dos procedimentos de seleção dos artigos sobre *coping* cognitivo em indivíduos diabéticos

APÊNDICE B – Carta convite da coleta no formato online

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem o objetivo de adaptar um instrumento psicológico que visa conhecer as estratégias cognitivas que as pessoas adultas geralmente utilizam para enfrentar um acontecimento estressante ou ameaçador. Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, conduzido no Laboratório de Processos Cognitivos e coordenado pelo Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro e pela psicóloga Priscilla Moreira Ohno, do Departamento de Psicologia da UFMG. Trata-se de um estudo que investigará a intensidade de cognições disfuncionais, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes diabéticos deprimidos e sem este transtorno do humor. Caso queira conhecer um pouco mais sobre este, ou os demais projetos desenvolvidos por nós, acesse o nosso site (<http://labcog.webnode.com/projetos/o-identificacao-de-marcadores-cognitivos-de-depressao-em-pacientes-diabeticos/>).

A sua participação nessa pesquisa é voluntária e o preenchimento do questionário será online e gratuito, não causando qualquer tipo de prejuízo para os participantes da pesquisa. Durante qualquer etapa você possui o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou de retirar seu consentimento, sem penalidades ou prejuízos pessoais. Todas as informações obtidas serão criptografadas de modo a garantir a segurança da fonte e impossibilitar a manipulação indevida. Os dados que serão coletados farão parte de um relatório geral de pesquisa e não serão utilizados individualmente para qualquer outra finalidade administrativa ou comercial.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal, a mestrande Priscilla Moreira Ohno, a qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente, para solicitar quaisquer esclarecimentos acerca da sua participação e/ou da pesquisa através do e-mail priscillaohno@hotmail.com e/ou pelo telefone (31) 98772-3319.

O tempo estimado para completar o questionário é 10 minutos. Nós nos esforçamos bastante para tornar essa atividade de responder uma experiência agradável para você. Para participar, você precisa ler e concordar com todos os pontos elencados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que lhe será apresentado a seguir. Ao consentir, você declara que autoriza a sua participação no projeto de pesquisa e que seus dados serão utilizados como parte de um relatório de pesquisa científica. Você também declara que foi informado dos objetivos e dos procedimentos a serem utilizados para a coleta de dados, assim como esclarecido o fato de que sua participação sigilosa não acarretará nenhum prejuízo para a sua situação profissional e pessoal.

Ressaltamos que sua participação é muito importante para nós!

Muito obrigado!

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante, você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa Avaliação e Intervenção Cognitivo-Comportamental para Depressão em Pacientes Diabéticos, coordenada pelo Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro, e pelas psicólogas Priscilla Moreira Ohno e Alessandra de Fátima Almeida Assumpção, do Departamento de Psicologia da UFMG. A pesquisa será desenvolvida no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da UFMG e tem como objetivo principal identificar os pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados à depressão e diabetes. Para a condução dessa pesquisa será necessária a aplicação de alguns instrumentos que você precisará responder individualmente. Esses instrumentos avaliam crenças e pensamentos que você pode ter sobre o seu tratamento da diabetes. O tempo médio para responder os questionários é de 1 hora e trinta minutos.

Informamos que a pesquisa que vamos desenvolver não apresenta nenhum risco à sua saúde física ou psicológica e possui como benefício a possibilidade de verificar a presença de cognições depressivas e se ela influencia na sua adesão ao tratamento da diabetes, bem como na sua qualidade e estilo de vida. Durante a avaliação você poderá se sentir desconfortável ao responder as perguntas, ficar cansado ou se emocionar, mas se algo assim acontecer fale para o pesquisador que ele saberá como te ajudar. Também garantimos o direito de não participação, se assim o desejar, sem que isso lhe acarrete prejuízo de qualquer natureza. Você também poderá a qualquer momento solicitar o cancelamento da sua participação na pesquisa. Não será cobrada nenhuma taxa ou qualquer outro valor por sua participação na pesquisa. Os resultados obtidos poderão ser publicados em artigos e eventos científicos. Contudo, em nenhuma hipótese os participantes serão identificados por seus nomes, sendo mantida em sigilo a sua identidade.

Para colaborar com nossa pesquisa você precisa preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido descrito abaixo. Estamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos sobre eventuais dúvidas que possam surgir a respeito da pesquisa.

Contando com a sua colaboração agradecemos pela atenção.

Prof. Dr. Maycoln L. M.
Teodoro

Psicóloga Priscilla M. Ohno

Psicóloga Alessandra F. A.
Assumpção

Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro – Tel: (31)3409-6267 / (31)98320-2449

Av. Antônio Carlos, 6627. Fafich, Departamento de Psicologia - 4º andar - Sala 4070. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Psicóloga Priscilla Moreira Ohno – Tel: (31)98772-3319

Av. Antônio Carlos, 6627. Fafich, Departamento de Psicologia - 2º andar - Sala 2022A. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Psicóloga Alessandra F. A. Assumpção – Tel: (31)99475-9606

Av. Antônio Carlos, 6627. Fafich, Departamento de Psicologia - 2º andar - Sala 2022A. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – Tel: (31)3409-4592

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autorização:

Eu, _____
declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo “**Avaliação e Intervenção Cognitivo-Comportamental para Depressão em Pacientes Diabéticos**”. Li e entendi as informações. Tive oportunidade de fazer perguntas e tirar minhas dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim e concordo em participar do estudo até que eu decida o contrário, bem como autorizo a divulgação e publicação das informações que dei, exceto os meus dados pessoais, em eventos e publicações científicas. Sendo assim, assino este documento, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob minha responsabilidade e a outra via com o pesquisador.

Belo Horizonte, ____de _____de 2016.

Assinatura do Participante

APÊNDICE D - Questionário de Dados do Participante**Nome:** _____**Sexo:** () Masculino () Feminino**Idade:** _____**Cidade onde reside atualmente:** _____**Qual é a sua escolaridade?**

- () Não estudou
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino médio completo
- () Superior incompleto
- () Superior completo
- () Pós-graduação

Se você ainda é um estudante universitário, qual curso frequenta?

- () Licenciatura () Bacharelado

Qual período da graduação você está cursando? _____

APÊNDICE E – Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ-B)

Nome:		Data de hoje:
Idade (anos):	Sexo: Masculino / Feminino	Escolaridade:

Como você lida com os eventos?

Todos nós somos confrontados com eventos negativos ou desagradáveis em determinados momentos da vida e cada um responde de sua própria maneira.

A partir das frases abaixo indique o que você geralmente pensa quando você passa por eventos negativos ou desagradáveis.

	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Frequentemente	Quase sempre
1. Eu sinto que sou eu o(a) culpado(a) pelo que aconteceu.	1	2	3	4	5
2. Eu penso que tenho que aceitar o que aconteceu.	1	2	3	4	5
3. Eu penso sobre como me sinto em relação ao que aconteceu.	1	2	3	4	5
4. Eu penso em coisas mais agradáveis do que o ocorrido.	1	2	3	4	5
5. Eu penso no que é que posso fazer melhor.	1	2	3	4	5
6. Eu penso que posso aprender alguma coisa com a situação.	1	2	3	4	5
7. Eu penso que tudo poderia ter sido muito pior.	1	2	3	4	5
8. Eu penso que o que aconteceu comigo é muito pior do que o que aconteceu com os outros.	1	2	3	4	5
9. Eu sinto que os outros são os culpados pelo que aconteceu.	1	2	3	4	5
10. Eu sinto que sou eu o(a) responsável pelo que aconteceu.	1	2	3	4	5
11. Eu penso que tenho que aceitar a situação.	1	2	3	4	5
12. Eu me preocupo com o que penso e sinto sobre o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
13. Penso em coisas agradáveis que não têm nada a ver com a situação.	1	2	3	4	5
14. Eu penso sobre como eu posso lidar melhor com a situação.	1	2	3	4	5
15. Eu penso que posso me tornar uma pessoa mais forte como resultado do que aconteceu.	1	2	3	4	5

	Quase nunca	Algumas vezes	Regular- mente	Frequen- temente	Quase sempre
16. Eu penso que outras pessoas passam por experiências muito piores.	1	2	3	4	5
17. Continuo pensando no quão terrível foi o que aconteceu.	1	2	3	4	5
18. Eu sinto que os outros são responsáveis pelo que aconteceu.	1	2	3	4	5
19. Eu penso nos erros que cometi nesta situação.	1	2	3	4	5
20. Eu penso que não tem como eu mudar nada sobre a situação.	1	2	3	4	5
21. Eu quero entender por que eu me sinto dessa forma sobre o que aconteceu.	1	2	3	4	5
22. Eu penso em algo de bom, em vez do que aconteceu.	1	2	3	4	5
23. Eu penso sobre como mudar a situação.	1	2	3	4	5
24. Penso que a situação também tem seu lado positivo.	1	2	3	4	5
25. Eu penso que não foi tão ruim assim comparado a outras coisas.	1	2	3	4	5
26. Eu penso que o que aconteceu comigo é o que de pior poderia acontecer a uma pessoa.	1	2	3	4	5
27. Eu penso nos erros que outras pessoas cometeram em relação a esse acontecimento.	1	2	3	4	5
28. Eu penso, basicamente, que a causa encontra-se em mim mesmo(a).	1	2	3	4	5
29. Eu penso que tenho que aprender a viver com isso.	1	2	3	4	5
30. Eu tento pensar sobre os sentimentos que a situação provocou em mim.	1	2	3	4	5
31. Eu penso em experiências agradáveis.	1	2	3	4	5
32. Eu penso em um plano sobre o melhor que eu posso fazer.	1	2	3	4	5
33. Procuo pelos lados positivos da situação.	1	2	3	4	5
34. Eu digo a mim mesmo que há coisas piores na vida.	1	2	3	4	5
35. Eu fico pensando o tempo todo em como a situação foi horrível.	1	2	3	4	5
36. Eu sinto que, basicamente, a causa está nos outros.	1	2	3	4	5

Obrigado por preencher este questionário!

APÊNDICE F - Questionário de Dados do Paciente

Nome do participante: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: _____

Escolaridade:

() Não estudou Até qual ano? _____

() Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo

Até qual ano? _____ () Superior incompleto

() Ensino fundamental completo () Superior completo

() Ensino médio incompleto () Pós-graduação

Você trabalha? () Sim () Não Qual sua profissão? _____

Você é religioso(a)? () Sim () Não Qual sua religião? _____

Estado civil: _____

Tem filhos? Se sim, quantos? _____

Quem mora com você em sua casa? _____

Que tipo de Diabetes Mellitus você tem?

() Tipo 1 () Tipo 2 () Outro tipo. Especifique: _____

Tem o diagnóstico há quanto tempo? _____

Quando você começou o seu tratamento para diabetes? _____

Como é o seu tratamento?

() Antidiabéticos orais () Insulina () Dieta Alimentar () Exercícios Físicos

Que tipos de exercícios? _____

Tem alguém que te ajuda com a diabetes? Quem e como essa pessoa te ajuda?

Quais são suas maiores preocupações hoje em dia?

O que você espera que aconteça com você daqui para frente?

APÊNDICE G – Questionário de regulação Emocional Cognitiva para Diabéticos (CERQ-BD)

Como você lida com seu diabetes?

Assim como você, existem várias pessoas no mundo que têm diabetes, e todos lidam com isso da sua própria maneira. Sendo assim, cada um tem uma maneira diferente de pensar sobre seu diabetes. Por favor, leia as frases abaixo e indique com que frequência você tem os seguintes pensamentos quando pensa no seu diabetes.

	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Frequentemente	Quase sempre
1. Eu sinto que sou eu o(a) culpado(a) de tudo.	1	2	3	4	5
2. Eu penso que tenho que aceitar o meu diabetes.	1	2	3	4	5
3. Eu penso sobre como me sinto sobre ter diabetes.	1	2	3	4	5
4. Eu penso em coisas mais agradáveis do que no meu diabetes.	1	2	3	4	5
5. Eu penso no que é que posso fazer para melhorar meu diabetes.	1	2	3	4	5
6. Eu penso que posso aprender alguma coisa com meu diabetes.	1	2	3	4	5
7. Eu penso que tudo poderia ter sido muito pior.	1	2	3	4	5
8. Eu penso que o que aconteceu comigo é muito pior do que o que aconteceu com os outros.	1	2	3	4	5
9. Eu sinto que os outros são os culpados pelo meu diabetes.	1	2	3	4	5
10. Eu sinto que sou eu o(a) único(a) responsável pelo meu diabetes.	1	2	3	4	5
11. Eu acho que tenho que aprender a conviver com a diabetes.	1	2	3	4	5
12. Eu me preocupo com o que penso e sinto sobre o meu diabetes.	1	2	3	4	5
13. Penso em coisas agradáveis que não têm nada a ver com meu diabetes.	1	2	3	4	5
14. Eu penso sobre como eu posso lidar melhor com meu diabetes.	1	2	3	4	5
15. Eu penso que posso me tornar uma pessoa mais forte como resultado do meu diabetes.	1	2	3	4	5
16. Eu penso que outras pessoas passam por experiências muito piores do que ter diabetes.	1	2	3	4	5

	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Frequentemente	Quase sempre
17. Continuo pensando no quão terrível é ter diabetes.	1	2	3	4	5
18. Eu sinto que os outros são responsáveis pelo meu diabetes.	1	2	3	4	5
19. Eu penso nos erros que cometi para ter diabetes.	1	2	3	4	5
20. Eu penso que não tem como eu mudar nada sobre meu diabetes.	1	2	3	4	5
21. Eu quero entender por que eu me sinto dessa forma sobre ter diabetes.	1	2	3	4	5
22. Eu penso em algo de bom, em vez do meu diabetes.	1	2	3	4	5
23. Eu penso sobre como mudar meu diabetes.	1	2	3	4	5
24. Penso que meu diabetes também tem seu lado positivo.	1	2	3	4	5
25. Eu penso que ter diabetes não é tão ruim assim comparado a outras coisas.	1	2	3	4	5
26. Eu penso que ter diabetes é o que de pior poderia acontecer a uma pessoa.	1	2	3	4	5
27. Eu penso nos erros que outras pessoas cometeram em relação ao meu diabetes.	1	2	3	4	5
28. Eu penso, basicamente, que a causa do meu diabetes encontra-se em mim mesmo(a).	1	2	3	4	5
29. Eu penso que tenho que aprender a viver com meu diabetes.	1	2	3	4	5
30. Eu tento pensar sobre os sentimentos que meu diabetes provoca em mim.	1	2	3	4	5
31. Eu penso em experiências agradáveis.	1	2	3	4	5
32. Eu penso em um plano sobre o melhor que eu posso fazer.	1	2	3	4	5
33. Procuro pelos lados positivos da diabetes.	1	2	3	4	5
34. Eu digo a mim mesmo que há coisas piores na vida.	1	2	3	4	5
35. Eu fico pensando o tempo todo em como ter diabetes é horrível.	1	2	3	4	5
36. Eu sinto que, basicamente, a causa do meu diabetes está nos outros.	1	2	3	4	5

Obrigado por preencher este questionário!

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes do Centro de Saúde

Prezado participante, você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa **Avaliação e Intervenção Cognitivo-Comportamental para Depressão em Pacientes Diabéticos**, coordenada pelo Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro, e pelas psicólogas Priscilla Moreira Ohno e Alessandra de Fátima Almeida Assumpção, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisa será desenvolvida no Centro de Saúde Alcides Lins e tem como objetivo principal identificar os pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados à depressão e diabetes. Para a condução dessa pesquisa será necessária a aplicação de alguns instrumentos que você precisará responder individualmente. Esses instrumentos avaliam crenças e pensamentos que você pode ter sobre o seu tratamento da diabetes. O tempo médio para responder os questionários é de 3 horas, e a avaliação será realizada em dois dias distintos, cada dia com a duração máxima de 1 hora e trinta minutos.

Informamos que a pesquisa que vamos desenvolver não apresenta nenhum risco à sua saúde física ou psicológica e possui como benefício a possibilidade de verificar a presença de cognições depressivas e se elas influenciam na sua adesão ao tratamento da diabetes, bem como na sua qualidade e estilo de vida. Durante a avaliação você poderá se sentir desconfortável ao responder as perguntas, ficar cansado ou se emocionar, mas se algo assim acontecer fale para o pesquisador que ele saberá como te ajudar. Se durante a avaliação for constatado a presença de problemas ou dificuldades psicológicas, você terá direito à assistência psicológica gratuita que será realizada no próprio centro de saúde por um profissional qualificado da nossa equipe. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Você também poderá a qualquer momento solicitar maiores informações, para isto basta entrar em contato com o pesquisador. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa além do custo com o deslocamento até o centro de saúde, bem como nada será pago por sua participação. Fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Os resultados obtidos poderão ser publicados em artigos e eventos científicos. Contudo, em nenhuma hipótese os participantes serão identificados por seus nomes, sendo mantida em sigilo a sua identidade. Os instrumentos e documentos utilizados nesta avaliação serão armazenados por 5 (cinco) anos, em local apropriado no Departamento de Psicologia, ficando sob a responsabilidade dos pesquisadores, sendo garantido o acesso restrito à essas informações e o sigilo das mesmas.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, você precisa rubricar esta folha do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencher a autorização apresentada a seguir com as suas informações e assina-la juntamente aos pesquisadores. Este documento possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável pela pesquisa. Estamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos sobre eventuais dúvidas que possam surgir a respeito desta pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional dos pesquisadores responsáveis e dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Autorização:

Eu, _____ declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo “**Avaliação e Intervenção Cognitivo-Comportamental para Depressão em Pacientes Diabéticos**”. Li e entendi as informações. Tive oportunidade de fazer perguntas e tirar minhas dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim e concordo em participar do estudo até que eu decida o contrário, bem como autorizo a divulgação e publicação das informações que dei, exceto os meus dados pessoais, em eventos e publicações científicas. Sendo assim, assino este documento, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob minha responsabilidade e a outra via com o pesquisador.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

Contando com a sua colaboração agradecemos pela atenção.

Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro

Psic. Priscilla M. Ohno

Psic. Alessandra Assumpção

Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro – Tel: (31) 3409-6267 / (31) 98320-2449

Av. Antônio Carlos, 6627. Fafich, Departamento de Psicologia - 4º andar - Sala 4070. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Priscilla Moreira Ohno (Psicóloga) – Tel: (31) 98772-3319

Av. Antônio Carlos, 6627. Fafich, Departamento de Psicologia - 2º andar - Sala 2022A. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Alessandra F. A. Assumpção (Psicóloga) – Tel: (31) 99475-9606

Av. Antônio Carlos, 6627. Fafich, Departamento de Psicologia - 2º andar - Sala 2022A. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – Tel: (31) 3409-4592

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Tel: (31) 3277-5309. Rua Frederico Bracher Júnior, 103, 3º andar - sala 302. Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG – Brasil.

ANEXOS

ANEXO A – SF-36

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe a opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades atuais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?					
	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	

06	Se a resposta for 1 2 3 4 5	Pontuação 5 4 3 2 1
07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	

09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100
Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Dor: $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Anexo B - Inventário da Tríade Cognitiva (ITC)

© Teodoro, Ohno & Froeseler

Nome: _____

Sexo: ____ Feminino ____ Masculino Idade: ____ anos

Este inventário lista diferentes ideias que as pessoas às vezes têm. Mostre o quanto você concorda com cada uma dessas ideias, marcando a resposta que melhor descreve a sua opinião. Certifique-se de escolher apenas uma resposta para cada frase. Responda de acordo com o que você está pensando NESTE MOMENTO.

EXEMPLO:

CONCORDO TOTALMENTE
 CONCORDO MUITO
 CONCORDO UM POUCO
 NEM CONCORDO, NEM DISCORDO
 DISCORDO UM POUCO
 DISCORDO MUITO
 DISCORDO TOTALMENTE

	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo um pouco	Nem concordo, nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo totalmente
1. A vida tem seus altos e baixos.							

No exemplo acima, a marca em “Concordo um pouco” indica que quem respondeu a este questionário concorda um pouco com a ideia de que “a vida tem seus altos e baixos”.

AGORA VIRE A PÁGINA E COMECE.

Instruções: Marque a resposta que melhor descreva a sua opinião. Escolha uma única resposta para cada ideia. Responda as frases de acordo com o que você está sentindo NESTE MOMENTO.

CONCORDO TOTALMENTE
 CONCORDO MUITO
 CONCORDO UM POUCO
 NEM CONCORDO, NEM DISCORDO
 DISCORDO UM POUCO
 DISCORDO MUITO
 DISCORDO TOTALMENTE

RESPONDA as frases de acordo com o que você está pensando NESTE MOMENTO.

	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo um pouco	Nem concordo, nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo totalmente
1. Eu tenho muitos talentos e habilidades.							
2. Meu trabalho (trabalho doméstico, trabalho escolar, tarefas diárias) é desagradável.							
3. A maioria das pessoas são amigáveis e prestativas.							
4. Nada parece dar certo para mim.							
5. Eu sou um fracasso.							
6. Eu gosto de pensar sobre as coisas boas que terei pela frente.							
7. Eu faço o meu trabalho (emprego, escola, trabalho doméstico) adequadamente.							
8. As pessoas que eu conheço me ajudam quando eu preciso.							
9. Espero que as coisas dêem certo para mim a partir de agora.							
10. Tenho estragado quase todas as relações importantes que já tive.							
11. O futuro reserva muita emoção para mim.							
12. Minhas atividades diárias são divertidas e gratificantes.							
13. Eu não consigo fazer nada direito.							
14. As pessoas gostam de mim.							
15. Não resta nada em minha vida para desejar.							
16. Meus problemas ou preocupações atuais estarão sempre presentes, de uma forma ou de outra.							
17. Eu me comporto tão bem quanto as outras pessoas que eu conheço.							
18. O mundo é um lugar muito hostil.							
19. Não há nenhuma razão para eu estar esperançoso quanto ao futuro.							
20. As pessoas importantes na minha vida são prestativas e me apoiam.							
21. Eu me odeio.							

	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo um pouco	Nem concordo, nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo totalmente
22. Eu vou superar meus problemas.							
23. Acontecem muitas coisas ruins comigo.							
24. Eu tenho um(a) companheiro(a) ou amigos que são calorosos e prestativos.							
25. Eu posso fazer bem várias coisas.							
26. Meu futuro é simplesmente terrível demais para se pensar.							
27. Minha família não se importa com o que acontece comigo.							
28. As coisas vão funcionar bem para mim no futuro.							
29. Sou culpado por muitas coisas.							
30. Não importa o que eu faça, as outras pessoas tornam as coisas que eu quero mais difíceis.							
31. Eu sou uma pessoa com muitas qualidades.							
32. Não há nada para desejar nos próximos anos.							
33. Eu gosto de mim mesmo.							
34. Eu estou enfrentando muitas dificuldades.							
35. Eu tenho defeitos graves.							
36. Espero estar contente e satisfeito com o passar dos anos.							