

Qualidade de Vida, Depressão e Adesão ao Tratamento de Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2

Quality of Life, Depression and Treatment Compliance Among Type 2 Diabetic Individuals

LARA BETHANIA SANTOS RAMOS¹
CAMILA NASCIMENTO SANTANA¹
LARISSA LIZ CARDOSO DE ARAÚJO¹
GRAZIELA PEREIRA DE JESUS¹
CRISTIANE FRANCA LISBOA GOIS²
FERNANDA LAYS SOUZA GÓES SANTOS³
GABRIELA MENEZES GONÇALVES DE BRITO⁴
ELENALDA FERREIRA DOS SANTOS⁵

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que apresenta elevada prevalência mundial e está relacionada a altas taxas de morbimortalidade. No contexto da qualidade de vida (QV) da pessoa com DM, a depressão e a adesão ao tratamento são variáveis que podem estar relacionadas. **Objetivos:** Avaliar a QV, a presença de sintomas depressivos e a adesão ao tratamento de pessoas com DM tipo 2. **Material e Métodos:** Estudo do tipo exploratório, descritivo, desenvolvido com uma amostra constituída por 38 sujeitos. Para avaliar a QV, presença de sintomas depressivos e a adesão ao tratamento foram utilizados os instrumentos *Problem Areas in Diabetes - B-PAID*, o Inventário de Depressão de Beck e a Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso - MAT, respectivamente. **Resultados:** A média B-PAID total foi 59,3 e o domínio que obteve maior valor médio foi Problemas emocionais (37,40). Metade dos participantes apresentou sintomas depressivos, que variou de leve a depressão grave e a maioria aderiu ao tratamento (94,7%). **Conclusão:** Os participantes do estudo apresentaram QV comprometida e sintomas depressivos, sugerindo que o DM pode interferir no aspecto emocional, não tendo afetado na adesão ao tratamento.

DESCRIPTORIOS

Diabetes Mellitus tipo 2. Qualidade de Vida. Adesão à Medicação. Depressão.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease with high prevalence worldwide and high morbidity and mortality rates. In the context of the quality of life (QoL) of individuals with DM, depression and treatment compliance are important variables to be considered. **Objectives:** To evaluate QoL, the presence of depressive symptoms and treatment compliance among individuals with type 2 DM. **Materials and Methods:** This was an exploratory, descriptive study including a sample of 38 subjects. The Problem Areas in Diabetes - B-PAID, the Beck Depression Inventory and the Adherence Measure to Treatment - AMT were used to evaluate the QoL, the presence of depressive symptoms and treatment compliance, respectively. **Results:** The B-PAID total was found to be 59.3, and the B-PAID domain that obtained the highest average was emotional problems (37.40). Half of the participants had depressive symptoms, ranging from mild to severe depression and most adhered to treatment (94.7%). **Conclusion:** The study participants had impaired QoL and depressive symptoms, suggesting that DM may interfere with the emotional aspect and did not affect treatment compliance.

DESCRIPTORS

Type 2 Diabetes Mellitus, quality of life, adherence to medication, depression.

1 Acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS) São Cristóvão. Sergipe. Brasil.

2 Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS). São Cristóvão. Sergipe. Brasil.

3 Mestranda em Biologia Parasitária pela Universidade Federal de Sergipe - UFS. São Cristóvão. Sergipe. Brasil.

4 Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe - UFS. São Cristóvão. Sergipe. Brasil.

5 Enfermeira do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju. Aracaju. Sergipe. Brasil.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que apresenta elevada prevalência mundial e está relacionada a altas taxas de morbimor-talidade, significando uma ameaça para o desenvolvimento global. Dentre os países/territórios com maior número de pessoas com a doença, o Brasil ocupa o quarto lugar no *ranking*, com 11,9 milhões, ficando atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos. Em 2013 foram contabilizadas 382 milhões de pessoas com DM no mundo na faixa etária de 20 a 79 anos, o que correspondeu a uma prevalência de 8,3% e há previsão de que em 2035 o número aumente para 592 milhões ou 8,8%¹. No mesmo ano de referência e na mesma faixa etária acima ocorreram, aproximadamente, 5,1 milhões de óbitos por complicações do DM, o que representou 8,4 % das mortes no mundo nessa faixa etária¹.

Dentre os tipos de DM, o tipo 2 (DM2) compreende de 90 a 95% dos casos. É comumente diagnosticado após os 40 anos de idade e, geralmente, em pessoas com excesso de peso. O DM2 resulta de distúrbio na ação e/ou secreção de insulina². O DM está relacionado a complicações que podem interferir na QV. Além das complicações relacionadas à doença, os episódios e o medo de hipoglicemia, a mudança no estilo de vida e o receio das consequências a longo prazo podem reduzir a QV relacionada à saúde da pessoa com a doença³.

O DM está associado ao aumento de sintomas depressivos, e a influência dessa associação pode interferir no controle metabólico, nos aspectos adaptativos, educacionais e econômicos. Parece existir uma relação cíclica entre sintomas depressivos, controle glicêmico e complicações do DM. A depressão deve ser caracterizada não apenas como uma doença, mas também como reações aos acontecimentos da vida, que pode ser mais forte pela presença de doenças crônicas como o DM⁴. Nesse sentido, estudos também têm revelado a associação entre DM e sintomas depressivos^{5,6}, com a QV sendo influenciada por essa relação⁷.

Depressão pode ser entendida como a presença de sentimentos negativos como tristeza, fracasso, insatisfação, culpa, dentre outros⁸.

A adesão ao tratamento é outra variável que tem sido explorada no contexto da pessoa com DM^{9,10}. Resultado de um estudo de meta-análise identificou associação entre adesão ao tratamento e presença de sintomas depressivos entre pessoas com DM¹¹. A adesão ao tratamento medicamentoso é definida como o uso das medicações prescritas

ou outras orientações em pelo menos 80% de seu total, considerando horário, dose e tempo de tratamento¹².

A partir do exposto e considerando a importância de se aprofundar nos aspectos que podem interferir na QV das pessoas com DM com vistas ao planejamento sustentado da assistência de enfermagem, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QV, a presença de sintomas depressivos e a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com DM2.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa realizado com pessoas com DM2 atendidas em um centro de especialidades médicas localizado no município de Aracaju, estado de Sergipe. Esse serviço atende pessoas com DM descompensado que não respondem mais ao tratamento oferecido na Rede Básica de Saúde ou que apresentam pé diabético. O acompanhamento é feito por uma equipe multiprofissional composta por assistente social, auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, médico-endocrinologista, nutricionista e psicólogo.

Para a definição da amostra foi realizado o cálculo amostral, estabelecendo, como amostra ideal, 55 participantes. Todavia, durante o período da pesquisa a demanda pelo serviço foi reduzida, o que resultou em uma amostra de conveniência composta por 38 pessoas com DM2 que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e apresentar condições halo e auto psíquicas para responder as questões.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 17476713.3.0000.5546). O período de coleta dos dados foi de setembro a novembro de 2013. Foram utilizados quatro instrumentos, o primeiro para a caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos, o segundo para avaliação da QV, o terceiro, a presença de sintomas depressivos e o último para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Os parâmetros utilizados para avaliar as variáveis antropométricas de interesse foram: Circunferência da Cintura (CC): o ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca¹³. Os intervalos adotados para a CC foram igual ou maior que 88 cm para as mulheres e 102 cm para os homens, significando alto risco cardiovascular¹⁴. Na classificação da pressão arterial foi usado os

parâmetros estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁵ e na classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), os determinados pela Organização Mundial da Saúde¹⁴.

A QV foi avaliada com uma medida específica - *Problem Areas in Diabetes* (B-PAID), em sua versão traduzida e validada para o português do Brasil. Trata-se de um instrumento composto por 20 questões que avaliam a percepção do indivíduo sobre os problemas enfrentados no dia a dia com a doença. Apresenta quatro subdimensões: Problemas com alimentação, Problemas com apoio social, Problemas com o tratamento e Problemas emocionais. Utiliza um escore de 0 a 100, no qual a pontuação máxima configura-se como maior sofrimento. O escore total é obtido pela soma das respostas nos 20 itens do B-PAID e multiplicado por 1,25. As possíveis opções de respostas são divididas em uma escala do tipo Likert de cinco pontos¹⁶. Para a análise dos resultados tem-se como ponto de corte o escore 40, com valores iguais ou maiores indicando alto grau de sofrimento emocional¹⁷.

Para a avaliação dos sintomas depressivos foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), em sua versão traduzida e validada para o português do Brasil⁸. Consiste em um questionário com 21 questões, incluindo os sintomas e as atitudes, cuja intensidade varia de zero (0) a três (3), com os escores variando de zero a 63, com maiores valores indicando maior depressão. Os resultados também podem ser analisados a partir de pontos de corte atribuídos. A literatura cita várias possibilidades de pontos para classificar os resultados, neste estudo, considerando a ausência de diagnóstico de transtorno afetivo, foram utilizados as seguintes classificações: de zero a nove, sem depressão; de 10 a 17, disforia; de 18 a 19, estado depressivo leve; de 20 a 30, depressão moderada e acima de 30, depressão grave¹⁸. Disforia pode ser entendida como sendo alteração de comportamento geralmente leve e passageira que pode ocorrer como uma reação, por exemplo, de descontentamento¹⁹.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada utilizando a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)²⁰, em sua versão também traduzida para o Brasil⁹. O MAT é composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. As respostas aos itens são fornecidas por meio de uma

escala ordinal de seis pontos que varia de sempre (1) a nunca (6). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens⁹, quanto maior o valor, maior é a adesão²⁰. Posteriormente por ser transformados numa escala dicotômica (Aderente/Não aderente)⁹, sendo que valores maiores ou iguais a cinco são considerados aderente e menores que cinco não aderente¹⁰.

Para a análise descritiva das variáveis foram utilizadas medidas de posição (média) e variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas e de frequência simples para as variáveis categóricas. Foi aplicado o teste de correlação de *Spearman* para avaliar a correlação entre as medidas de QV, sintomas depressivos e adesão ao tratamento. O nível de significância adotado foi de 0,05.

RESULTADOS

As características sociodemográficas dos participantes do estudo encontram-se na tabela 1.

Com relação às características clínicas, a maioria dos participantes possuía tempo de diagnóstico de DM superior a oito anos (55,3%), fazia uso de insulina (55,3%), associado ou não ao uso de hipoglicemiante oral. A média do IMC (30,2) e da CC (97,0) do grupo foi acima do recomendado, independente do sexo (Tabela 2).

Quanto à avaliação da QV, a média variou de 4,40 (Problemas relacionados ao apoio social) a 37,40 (Problemas emocionais). Ao analisar a presença de sintomas depressivos, foi observado que a maioria dos indivíduos apresentou algum nível de alteração psicológica. Com relação à adesão ao tratamento, a grande maioria aderiu ao tratamento (Tabela 3).

Na análise da correlação entre as medidas utilizadas B-PAID, BDI e MAT, foi observada correlação entre o BDI com as dimensões Problemas relacionados à alimentação ($r=0,367$, $p<0,05$) e problemas relacionados ao apoio social ($r=0,344$, $p<0,05$) do B-PAID, sugerindo que o aumento dos sintomas depressivos está correlacionado a maiores problemas relacionados à alimentação e ao apoio social. Também foi identificada correlação negativa entre o BDI e o MAT ($r=-0,433$, $p<0,05$), sugerindo que o aumento de sintomas depressivos diminui a adesão ao tratamento.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes. Aracaju-SE, 2013.	
Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	29 (76,3)
Idade	
=59 anos	22 (57,9)
=60 anos	16 (42,1)
Situação Coniugal	
Com companheiro	19 (50,0)
Sem companheiro	19 (50,0)
Anos de Estudo	
= 8 anos	25 (65,8)
> 8 anos	13 (34,2)
Vínculo Empregatício	
Desempenha atividade remunerada	09 (23,7)
Não desempenha atividade remunerada	29 (76,3)
Renda Familiar*(salário mínimo)	
= 1 salário	19 (50,0)
>1 salário	16 (42,1)

*N= 35, Salário mínimo: R\$678,00²¹

Tabela 2 - Caracterização Clínica dos Participantes. Aracaju/-SE, 2013.			
Variável	N (%)	Média (D.P.)	Intervalo
Tempo de diagnóstico (anos)			
		11,6 (8,9)	0,33 – 37,0
= 8 anos	16 (42,1)		
>8 anos	21 (55,3)		
Tipo de tratamento			
Insulina	21 (55,3)		
IMC			
		30,2 (5,6)	19,4 – 47,3
Entre 18,5 e 24,9 (normal)	06 (15,8)		
Entre 25 e 29,9 (pré-obeso)	15 (39,5)		
Entre 30 e 34,9 (obeso classe1)	11 (28,9)		
Entre 35 a 39,9 (obeso classe 2)	05 (13,2)		
=40 (obeso classe 3)	01 (2,6)		
CC*			
		97,0 (16,6)	44,0 – 135,0
Atividade física semanal			
Pratica	19 (50)		
Pressão Arterial Sistólica			
		138,8 (19,4)	110 - 190
Pressão Arterial Diastólica			
		81,2 (10,9)	70 - 110

*N=37

Tabela 3– Estatística descritiva da medida específica de qualidade de vida (B -PAID), BDI e MAT. Aracaju/SE, 2013.

B-PAID	Média (D.P)	Intervalo	N	%
Problemas emocionais	37,4 (16,34)	0-60		
Problemas relacionados ao tratamento	8,9 (5,07)	0-15		
Problemas relacionados à alimentação	8,6 (5,48)	0-15		
Problemas relacionados ao apoio social	4,4 (3,99)	0-10		
B-PAID TOTAL	59,3 (26,30)	1,25-100		
BDI	17,15 (11,18)			
Sem sintomas (0 - 9)			10	26,3
Disforia (10 – 17)			09	23,7
Estado depressivo leve (18 – 19)			03	7,9
Depressão moderada (20 - 30)			12	31,6
Depressão grave (> 30)			04	10,5
MAT				
Não adesão (respostas com valor de 1 a 4)			02	5,3
Adesão (respostas com valor de 5 a 6)			36	94,7

*D.P: Desvio Padrão

DISCUSSÃO

Algumas características sociodemográficas e clínicas apresentadas pelos participantes do estudo se assemelham a de outros realizados no Brasil, como, prevalência do sexo feminino e de união estável^{5,22,23}, baixo nível de escolaridade^{5,22,23}, idade inferior a 60 anos²², tempo de diagnóstico de DM2 acima de 10 anos, prevalência do uso de insulina como tratamento medicamentoso, associado ou não a hipoglicemiantes orais^{5,22,23} e média do IMC no intervalo classificado como obesidade.²²

O valor médio da escala total utilizada para avaliar o sofrimento em viver com o DM2, B-PAID, foi superior ao apresentado no estudo que validou a versão brasileira¹⁶, assim como em outro realizado no Brasil²³, sugerindo maior sofrimento em viver com o DM2 entre os participantes do presente estudo. Talvez uma possível explicação seja a presença de pé diabético, considerando que essa complicação da doença é um dos motivos para que a pessoa com DM2 seja encaminhado para o serviço especializado onde o estudo foi desenvolvido. Todavia, não foi possível verificar no prontuário a existência ou não dessa complicação entre os sujeitos que fizeram parte da amostra.

A média do BDI foi semelhante à apresentada pelos participantes de outro estudo realizado no Brasil⁵ e a maioria dos indivíduos apresentou alteração psicológica que variou de disforia à depressão grave. Pessoas com DM2 apresentam maior propensão de desenvolver depressão em relação às que não possuem a doença⁶.

Em um estudo realizado no Norte do Irã com indivíduos atendidos em uma clínica especializada em DM, a maioria apresentou depressão, a qual foi relacionada à pior QV⁷.

Foi observada correlação moderada e positiva ($p < 0,05$) entre o domínio Problemas relacionados ao apoio social e o BDI, o que sugere que a rede social influencia o estado psicológico da pessoa com DM2. De acordo com o tipo de representação social que a pessoa com DM possui, esta poderá estar mais suscetível a sentimentos de tristeza, desânimo e revolta decorrente de um tratamento rígido que exige disciplina e abdicção de determinados prazeres²⁴.

A correlação entre o domínio do B-PAID, Problemas relacionados à alimentação, com o BDI, sugere que quanto maior a percepção de problemas relacionados à alimentação, maior é a tendência à

depressão. A reeducação alimentar é um dos grandes desafios enfrentados por algumas pessoas com DM, podendo existir sentimentos negativos relacionados ao controle alimentar, como o de dificuldade de cumprimento das metas estabelecidas pela equipe de saúde e de frustração quando não conseguem alcançá-las²⁵. Ressalta-se que a educação alimentar é um elemento fundamental no tratamento do DM2, não sendo possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada, nesse sentido os profissionais de saúde devem lançar mão de estratégias para incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Os participantes apresentaram adesão satisfatória ao tratamento, assim como em outros estudos^{10,22}. O tempo de diagnóstico pode interferir na adesão ao tratamento. Pacientes com 10 anos ou mais de doença apresentam maior adesão ao tratamento¹⁰. O convívio duradouro com a doença permite aquisição de conhecimento e maior facilidade no manejo do tratamento¹⁰. Outro fator que pode colaborar na adesão ao tratamento medicamentoso é a distribuição de medicamentos gratuitos e a confiança do seu efeito no controle da doença²⁶.

Observa-se que a presença de sintomas depressivos se correlacionou inversamente com a adesão ao tratamento, aspecto relevante a ser considerado, uma vez que muitas pessoas, por desconhecerem os sintomas depressivos, demoram a procurar os serviços de saúde, o que pode resultar em complicações tanto relacionadas ao DM como da depressão⁴. Para que haja adesão ao tratamento é importante a interação entre o profissional de saúde e a pessoa com DM que apresenta sintomas depressivos, sendo fundamental considerar suas reais necessidades, a fim de alcançar o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual⁴.

É fundamental que o profissional de saúde, mais especificamente o enfermeiro, observe a pessoa com DM2 de maneira holística, contribuindo de forma sustentada para o alcance de uma melhor

QV. Assim, para o alcance das metas da assistência à saúde à pessoa com DM, é importante conhecer tanto as características socio-demográficas e clínicas do público a ser assistido, como também a percepção de como a doença interfere na sua QV, a presença de sintomas depressivos e a adesão ao tratamento proposto. A partir desses dados é possível um planejamento mais sustentado.

O estudo apresentou limitações como o número reduzido de participantes e a falta de informações importantes no prontuário de alguns participantes da pesquisa, considerando que o projeto desta pesquisa incluía a coleta de dados sobre valores da glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada e presença de pé diabético, impossibilitando assim análises mais complexas.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados desse estudo, pode-se inferir que os participantes apresentaram uma QV total comprometida, possivelmente relacionada a complicações como o pé diabético e mudanças no estilo de vida necessárias para o controle do DM. Além disso, em grande parte dos participantes, foi detectada a presença de alterações emocionais, que variaram de disforia a depressão grave, as quais podem estar relacionadas à rigorosidade na terapêutica do DM. No que se refere à adesão ao tratamento medicamentoso, os participantes apresentaram um resultado satisfatório.

Diante dessa realidade, o trabalho do enfermeiro em conjunto com a equipe multiprofissional é de fundamental importância no tratamento do paciente com DM, através do atendimento individualizado, de ações educativas e de grupo, além do apoio emocional que deve ser ofertado para um melhor enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS

- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 6ª ed. Bruxelas: IDF; 2013. Disponível em: https://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf. Acesso em: 02 fev 2016.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.
- Solli O, Stavem K, Kristiansen I. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8(18):1-8.
- Coelho MP, Chianca TCM, Soares SM. Depressão em pessoas diabéticas - desvelando o inimigo oculto. *REME rev min enferm*. 2013; 17(4):771-81.
- Braz JM, Silva MR, Gois CFL, Braz TM, Santos TM, Santos V, et al. Sintomas depressivos e adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev RENE*. 2012; 13(5):1092-9
- Shehatah A, Rabie MA, AL-Shahry A. Prevalence and correlates of depressive disorders in elderly with type 2 diabetes in primary health care settings. *J affect disord*. 2010; 123(1):197-201.
- Derakhshanpour F, Vakili MA, Farsinia M, Mirkarimi K. Depression and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Iran Red Crescent Med J*. 2015; 17(5):e27676.
- Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clín*. 1998; 25(5):245-50.
- Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Latinoam enferm*. 2009; 17(1):46-51.
- Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta paul enferm*. 2013; 26(3):231-7.
- Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes care*. 2008; 31 (12):2398-403.
- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2003; 8 (3):775-82.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 1999. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 12 dez 2015.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq bras cardiol*. 2010; 95 (1 supl.1):1-51.
- Gross CC. Versão brasileira da escala PAID (problem areas in diabetes): avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004. 60p.
- Gross CC, Gross JL, Goldim JR. Problemas emocionais e percepção de coerção em pacientes com diabetes tipo 2: um estudo observacional. *Rev HCPA*. 2010; 30(4):431-5.
- Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingrain RE. Issues and recommendations regarding use of the beck depression inventory. *Cognit Ther Res*. 1987; 11(3):289-299.
- MacKinnon RA, Michels R, Bockley PJ. A entrevista psiquiátrica na prática clínica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic Saúde & Doenças*. 2001; 2(2): 81-100.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Política de valorização do salário mínimo: valor para 2014 será R\$ 724,00. Nota Técnica. São Paulo: DIEESE; 2013. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/notatecnica/2013/notaTec132SalarioMinimo2014.pdf>. Acesso em: 12 dez 2015
- Boas LCGV, Foss- Freitas MC, Pace AE. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. *Rev bras enferm*. 2014; 67(2):268-73.
- Souza ECS, Souza SA, Alves TOS, Gois CFL, Guimarães AMDN, Mattos MCT, et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes utilizando a medida específica B-PAID. *REME rev min enferm*. 2012; 16(4):509-14.
- Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):651-58.

25. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupo de apoio psicológico. Rev bras enferm. 2011; 64(2): 301-7.
26. Faria HTG, Santos MA, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela JT, Texeira CRS, et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da estratégia saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2):257-63.

Correspondência

Cristiane Franca Lisboa Gois.

Universidade Federal de Sergipe, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Rua Claudio Batista S/N. Sanatório.

CEP: 49000-000

Aracaju - Sergipe - Brasil

E-mail: cristianeflg@hotmail.com
