



UC/FPCE_2011

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Diabetes *Mellitus*: a sua relação com vergonha,
ansiedade social, vinculação e psicopatologia**

Mariana Oliveira Vieira Lima (e-mail: movlima@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, especialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações da Saúde,
sob a orientação de Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

Diabetes *Mellitus*: a sua relação com vergonha, ansiedade social, vinculação e psicopatologia

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica que acarreta alterações na vida dos sujeitos que dela são portadores e que tem vindo a aumentar a sua prevalência em todo o mundo, despertando o interesse de diversos autores. A presente investigação encontra-se dividida em três estudos. O estudo I em que pretendemos comparar um grupo clínico de jovens diabéticos com um grupo da população geral ao nível da ansiedade social, psicopatologia, vergonha, vinculação e deseabilidade social. No estudo II, queremos compreender a importância que variáveis como a vergonha, ansiedade social, vinculação e psicopatologia, assumem nos níveis de adesão ao tratamento manifestados pelos jovens diabéticos, nos seus níveis de hemoglobina glicosilada e na qualidade de vida. A relação da vinculação insegura aos pares com a vergonha e a ansiedade social é também analisada, assim como uma preocupação que se verifica por parte dos médicos, que se prende com o facto de saber até que ponto os jovens diabéticos têm maiores níveis de deseabilidade social e como esse factor afecta a relação entre os níveis de adesão ao tratamento que relatam e os seus níveis glicémicos. No estudo III algumas das hipóteses do estudo anterior são replicadas para o grupo de controlo da população geral, afim de verificar se existem diferenças entre os grupos.

A amostra deste estudo é constituída por 92 sujeitos, sendo 46 portadores de diabetes *mellitus* e 46 indivíduos da população geral, todos eles com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos. Os resultados corroboram algumas das hipóteses apresentadas.

Palavras chave: diabetes *mellitus*, vergonha, ansiedade social, vinculação, psicopatologia, qualidade de vida, deseabilidade social.

Diabetes mellitus: its relation to shame, social anxiety, attachment and psychopathology

Diabetes Mellitus is a chronic disease that affects the lives of individuals who are carriers and it has increased its prevalence worldwide, attracting the interest of several authors. This research is divided in three studies. The study I, where we want to compare a clinical group of young diabetics with a group from the general population at the level of social anxiety, psychopathology, shame, attachment and social desirability. In study II, we want to understand the importance that variables such as shame, social anxiety, attachment and psychopathology, take in the adherence to treatment by young diabetics, in their glycosylated hemoglobin levels and quality of life. The relationship of insecure attachment to peers with the shame and the social anxiety is also examined, as well as the concern that exists among doctors, which is related to the fact that the extent to which young people with diabetes have higher levels of social desirability and how this factor affects the relationship between the levels of adherence to treatment and report their blood glucose levels. In study III some of the hypotheses of the previous study are replicated to the control group of the general population, in order to check whether there are differences between the groups.

The study sample consists of 92 subjects, 46 with Diabetes Mellitus and 46 individuals from the general population, all aged between 14 and 25 years. The results corroborate some of the assumptions made.

Keywords: Diabetes Mellitus, shame, social anxiety, attachment, psychopathology, quality of life, social desirability.

Agradecimentos

A realização desta dissertação de Mestrado só foi possível com a colaboração quer directa quer indirecta de diversas pessoas, a quem quero deixar o meu profundo agradecimento e reconhecimento:

Ao Telmo, pelo apoio incondicional, “positivismo” e motivação para seguir em frente na realização deste trabalho, especialmente nos momentos em que me deixei levar pela irritabilidade e cansaço

A todos os meus amigos pelo apoio prestado e pelas horas de descontração que me proporcionaram ao longo desta luta difícil. Um obrigado especial ao Jorge e à Mi pelas horas que perderam comigo

À minha família por estar presente

Aos jovens e instituições que se disponibilizaram para participar no estudo

A todos aqueles que de uma maneira ou de outra tornaram possível a realização deste trabalho

Uma última palavra à minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Matos, pela disponibilidade e acompanhamento prestado ao longo desta caminhada

A todos, sem os quais não teria sido possível chegar até aqui, reitero o meu reconhecimento e agradecimento

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	1
<i>DIABETES MELLITUS</i>	1
<i>ANSIEDADE SOCIAL NA DOENÇA CRÓNICA</i>	4
<i>A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO COM OS OUTROS</i>	5
<i>ANSIEDADE SOCIAL E VINCULAÇÃO</i>	9
II – Objectivos	10
III – Metodologia	12
<i>AMOSTRA</i>	12
<i>INSTRUMENTOS</i>	12
<i>PROCEDIMENTOS</i>	14
IV – Resultados	15
<i>Estudo I</i>	15
<i>Estudo II</i>	17
<i>Estudo III</i>	25
V – Discussão	28
VI – Conclusões	33
Bibliografia	34
Anexos	40

Introdução

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica que surge devido ao facto do pâncreas não produzir insulina em quantidades suficientes, ou quando não a consegue produzir de todo. Esta é uma doença que tem vindo a crescer em todo o mundo. A Federação Internacional de Diabetes (www.idf.org), estima que 285 milhões de pessoas em todo o mundo têm diabetes e aponta que esse total deve subir para 438 milhões em 20 anos. Mais ainda, refere que cada ano mais 7 milhões de pessoas desenvolvem diabetes. Segundo a OMS (www.who.int), a diabetes é responsável por 5% das mortes ocorridas no mundo em cada ano, facto que pode aumentar 50% nos próximos 10 anos.

Como se verifica, a diabetes é uma preocupação emergente e merece o interesse de estudos, que possam ajudar a melhor compreender as suas causas, mas também as consequências que podem advir para a vida dos sujeitos que dela sejam portadores. Diversos estudos têm relacionado a diabetes com outras preocupações, nomeadamente com menores índices de qualidade de vida destes sujeitos, a sua relação com sintomatologia depressiva e ansiógena, entre outras. Como afirma a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (www.spd.pt), é muito importante que os estudos realizados com os sujeitos portadores de diabetes *mellitus* tenham em conta não só a doença em si, mas também o impacto que esta tem no estado físico e mental e no desempenho social e profissional dos indivíduos.

Face à relevância que o tema tem tido, pareceu-nos pertinente analisar a forma como a diabetes *mellitus* tipo 1, em indivíduos entre os 14 e os 25 anos, se associa com determinadas variáveis. No presente estudo queremos efectuar comparações entre um grupo de controlo da população geral e um grupo clínico de jovens diabéticos, analisar qual a relação que variáveis como a vergonha, ansiedade social, vinculação e psicopatologia assumem com os níveis de adesão ao tratamento, a percentagem de hemoglobina glicosilada e a qualidade de vida, nos jovens diabéticos e ainda, pretendemos analisar na população geral algumas das relações do grupo clínico.

I – Enquadramento conceptual

DIABETES MELLITUS

A diabetes *mellitus*, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1999), refere-se a uma doença metabólica de múltiplas etiologias, caracterizada por hiperglicemia com alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, fruto de um défice na secreção e/ou acção da insulina. A longo prazo, os efeitos da diabetes poderão traduzir-se em disfunção e falência de vários órgãos, mais concretamente, retinopatia diabética com potencial cegueira, nefropatia que pode conduzir a insuficiência renal e neuropatia com risco de úlceras, amputações, entre outros.

A diabetes *mellitus* pode ser subdividida em diferentes tipologias. No âmbito deste estudo, iremos salientar o tipo 1 e o tipo 2. Desde logo falar nestes dois tipos levanta uma questão importante, que se refere ao facto de

não se dever usar a necessidade de insulina para diferenciar a tipologia. Independentemente da tipologia, os doentes poderão, nalgum momento, necessitar de terapêutica com insulina (WHO, 1999).

A diabetes *mellitus* tipo 1, caracteriza-se pela destruição das células β pancreáticas com deficiência absoluta de insulina (Rosas, 2010). Esta tipologia predomina em crianças e adolescentes, embora também possa surgir nos adultos. Nos últimos anos tem-se verificado um aumento bastante significativo em crianças e adolescentes, com um crescimento anual esperado de aproximadamente 3% (Correia, 2010).

A diabetes *mellitus* tipo 2, caracteriza-se por insulino-resistência, à qual acresce, durante o desenvolvimento da patologia, a falência das células β . A sua evolução é lenta e, embora a sua prevalência nos adolescentes esteja a aumentar, é mais frequente nos adultos (Rosas, 2010; Correia, 2010).

O diagnóstico da diabetes *mellitus* nem sempre é fácil, já que por vezes os sintomas são ausentes ou não lhes é atribuído grande significado pelo paciente. No entanto, sintomas como sede, poliúria, visão turva e perda de peso, são característicos desta doença.

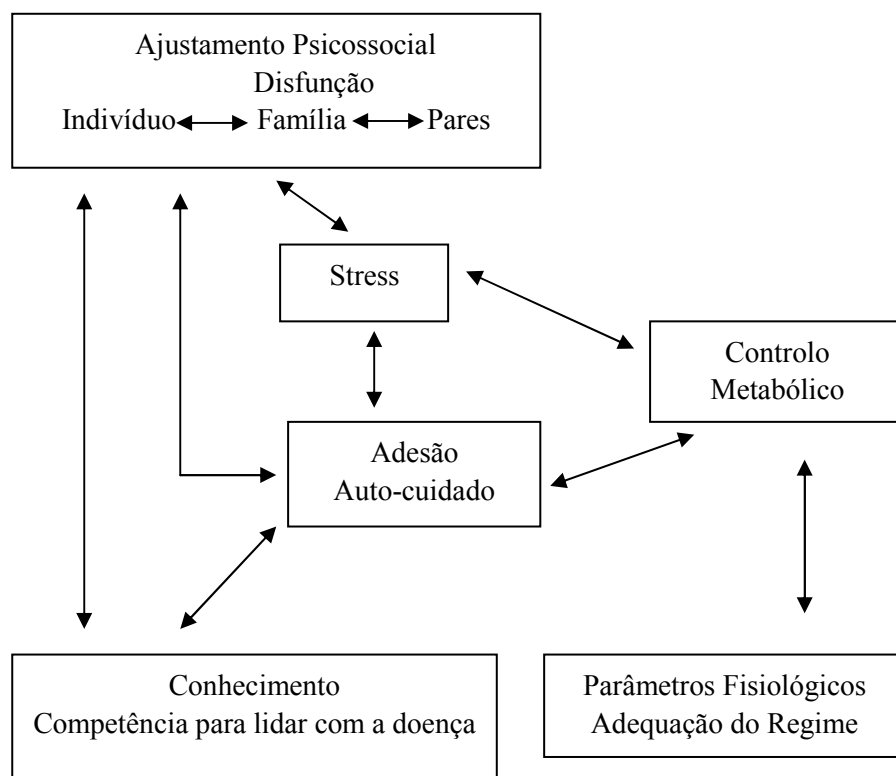
A American Diabetes Association (2010), aponta como critério diagnóstico, um ou mais dos seguintes:

1. Valor de hemoglobina glicada (HbA1c) igual ou superior a 6,5%.
2. Glicemia igual ou superior a 126 mg/dl, em jejum.
3. Na prova de tolerância oral à glicose, cujos valores se encontram iguais ou superiores a 200mg/dl, duas horas após a ingestão da solução.
4. Presença de sintomas de hiperglicemia ou crise hiperglicémica, com valores da glicemia ao acaso iguais ou superiores a 200mg/dl.

No sentido de conhecer os factores que poderão afectar o controlo glicémico e tendo em conta que este é um dos principais objectivos do tratamento da diabetes, La Greca (1988 *cit in* La Greca & Skyler, 1991) desenvolveu o Modelo psicossocial de pesquisa na Diabetes, o qual se subdivide em três níveis. Embora seja um modelo de 1988, é pertinente no âmbito deste estudo, uma vez que interrelaciona determinadas variáveis, ainda que de forma mais geral, que também iremos estudar. A título de exemplo salienta-se a alusão à família, que neste estudo irá ser vista ao seu nível mais específico, nomeadamente no contexto da vinculação.

No nível I, destaca-se o conhecimento da diabetes e as competências para lidar com a mesma. No nível II, a adesão ao tratamento / níveis de autocuidado e no nível III, o stress e funcionamento psicossocial. De referir que o modelo inicialmente proposto foi objecto de revisão, passando a adesão ao tratamento e o stress a serem considerados mediadores da relação entre as variáveis psicológicas e o controlo metabólico. No modelo revisto, La Greca

passa também a ter em conta a importância das relações com os pares no funcionamento psicossocial da diabetes. De acordo com diversos investigadores (e.g. Simonds, 1977; Lane et al., 1988; Orr, Golden, Myers & Marrero, 1983), dificuldades sociais parecem associar-se com pior controlo glicémico (La Greca & Skyler, 1991).



(Modelo psicossocial revisto da diabetes nos mais jovens, La Greca, 1988 *cit in* La Greca & Skyler, 1991)

A adesão terapêutica revela-se fundamental para o cumprimento do objectivo anteriormente referido – controlo glicémico. No entanto, segundo Amorós e col. (2003 *cit in* Garrett, 2008, p.10), as especificidades do tratamento da diabetes podem, por si só, dificultar a adesão terapêutica. Por um lado, é de considerar a complexidade e a frequência diária do regime terapêutico. Por outro lado, é necessário ter em conta a cronicidade da doença e o facto da adesão ao regime terapêutico não trazer consequências positivas, mas apenas evitar repercussões negativas da doença.

O estudo de Garrett (2008) revelou que por vezes, apesar dos sujeitos portadores de diabetes referirem ter forte adesão ao tratamento, os valores de hemoglobina glicosilada, não traduzem esses níveis de adesão, esperando-se valores mais adequados. Neste sentido, a autora aponta como possível justificação para este facto, a possibilidade de existir a interferência de desajustabilidade social.

Estudos de La Greca (1988 *cit in* Almeida & Matos, 2003, p.64) demonstram que melhorias no controlo metabólico têm um impacto positivo nos níveis auto-registados dos indivíduos (quanto à ansiedade, à depressão e à qualidade de vida). Para esta autora é igualmente plausível que a

deterioração do controlo glicémico leve a maior ansiedade, depressão e perturbação emocional.

Ser portador de doença crónica é um exemplo de situação indutora de stress, que pode gerar ansiedade e depressão, já que o sujeito poderá sentir que as suas tarefas possuem elevados níveis de exigência ou por se encontrar numa situação pautada por complexidade, incerteza, conflito, restrição de escolha ou ameaça pessoal (Vaz Serra, 2007).

A diabetes *mellitus* é um bom exemplo de inter-relação com a psicopatologia, assumindo-se a saúde mental como um factor que influencia o controlo da doença. São de realçar os numerosos estudos (Palinkas, Barret-Connor, & Wingard, 1991; Lustman, Clouse, Griffith, Carney, & Freedland, 1997; Miyaoka, Miyaoka, Motoniya, Kitamura, & Asai, 1997; Talbot, Noewen, Gingras, Bélanger, & Audet, 1999; Peyrot & Rubin, 1999; Amorim, 1999; Lloy, Dyer, & Barnett, 2000; Gary, Crum, Cooper-Patrick, Ford, & Brancati, 2000; Goodnick, 1997; De Groot, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustmann, 2001; Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001; Gottlieb, 2003; Kruse, Schmitz, & Thefeld, 2003; Nichols & Brown, 2003; Góis, 2004) que têm sido realizados e que apontam para uma relação fortemente positiva entre a diabetes *mellitus* tipo 2 e sintomatologia depressiva e ansiosa (Amorim & Coelho, 2008). Também Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso (2006) encontra esta relação na diabetes *mellitus* tipo 1.

Segundo Lenmark, Persson, Fisher, & Rydelius, (1999); Gary et al., (2000); Ciechanowski, Katon, & Russo, (2000); Matos, (2000) e Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, (2004) (*cit in* Amorim & Coelho, 2008), a comorbilidade entre sintomatologia depressiva e Diabetes associa-se com pior controlo glicémico e fraca adesão ao tratamento, o que, conjuntamente com as consequências psicológicas e sociais, gera uma deterioração da qualidade de vida. No entanto, é arriscado estabelecer uma relação de causalidade entre sintomatologia depressiva e ansiosa e o controlo glicémico, já que, segundo Moreira et al. (2003), parece existir uma relação cíclica.

Nas palavras de Erikson (1969, p.175) os jovens, em pleno desenvolvimento, em plena revolução psicológica interna preocupam-se, sobretudo, em manter a forma como são vistos pelos outros, em oposição à impressão que têm de si. Eles questionam-se como associar os papéis e as competências cultivadas até então com os protótipos ocupacionais do momento.

Assim, quando nos referimos a doença crónica particularmente nos jovens, devido à fase de desenvolvimento e transição em que se encontram, poderão surgir níveis de ansiedade, nomeadamente social, mais elevados.

ANSIEDADE SOCIAL NA DOENÇA CRÓNICA

Ao abordar a temática da ansiedade, há um aspecto que é desde logo importante ressaltar, antes de classificar este estado emocional como indesejável e inútil. De facto, a resposta ansiosa faz parte de um sistema de sobrevivência que é adaptativo, que não deve ser subestimado, sendo uma herança evolucionária. Especificamente a ansiedade social, isto é, a

ansiedade que o sujeito experimenta em situações sociais, é, tal como a ansiedade em geral, uma experiência comum nos humanos que se encontra relacionada com a estrutura social de grupo dos humanos e a sua organização hierárquica (Pinto Gouveia, 2000). Segundo Cunha (2005, p. 27), a ansiedade social é uma resposta reguladora do comportamento social que desempenha a função de controlo da coesão de grupo nos humanos.

Neste sentido, sendo uma experiência frequente, se for experienciada em níveis ligeiros, a ansiedade social não é impeditiva de um funcionamento social adequado e não deve ser encarada como prejudicial, sendo que muitas vezes até traz benefícios ao sujeito nessas situações de desempenho social. No entanto, a ansiedade social, deve ser vista num contínuo, que vai desde este nível mais ligeiro, até a um nível extremo, em que se torna tão elevada, que passa a interferir no funcionamento social, limitando a vida do sujeito e conduzindo, em casos mais extremos, ao evitamento das situações sociais. Neste grau mais extremo, encontramos, o que clinicamente se designa por Fobia Social (Pinto Gouveia, 2000). É também de realçar, que por vezes, podem surgir sintomas depressivos associados aos de ansiedade. Os estudos de Bruch et al. (1993) e Kendal & Watson (1989) (*cit in* Cunha, 1996) apontam para uma co-variação entre estes dois estados, a qual foi confirmada no estudo de Cunha (1996), onde foi detectada a presença de humor disfórico em sujeitos com ansiedade social.

Segundo Greist, Jefferson & Marks (1986), a ansiedade social envolve o medo de embaraço ou humilhação em situações sociais, em que o indivíduo está sob a avaliação e escrutínio dos outros. O adolescente em desenvolvimento depara-se com um conjunto de situações pessoais e interpessoais, cada vez mais complexas, como por exemplo: situações sociais (participar num encontro social), situações escolares e situações quotidianas. A aparência física, o estado de saúde e a atractividade do self para os outros, constituem-se como um conjunto de factores que podem intensificar o referido medo.

Vera, Nollet-Cléménçon, Vila, Mouren-Siméoni & Robert (1997) com base na sua experiência clínica, apontam que os adolescentes diabéticos reportam níveis de vergonha e ansiedade. Estes adolescentes explicam os seus níveis de vergonha devido aos comentários por parte dos pares de que são alvo devido ao uso de seringas, indicando nomeadamente o abuso de drogas. Este tipo de comentários contribui para a visão da diabetes, por parte do doente, como uma doença de que deve ter vergonha, o que ainda segundo os autores, gera no indivíduo o receio de ser observado a administrar insulina, o que pode gerar mais ansiedade social.

As experiências ao longo da vida influenciam, ainda que não determinem, a forma como o sujeito percepção as situações e no caso concreto, a presença de Diabetes. Assim, é possível que experiências prévias de vergonha e ansiedade, possam influenciar a presença desse mesmo tipo de experiências quando o adolescente passa a fase de jovem adulto.

A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO COM OS OUTROS

Bowlby (1982) define vinculação como um sistema, em que os seres

humanos manifestam uma predisposição inata para procurarem a proximidade e estabelecerem contacto com uma figura específica. Este contacto tem como objectivo a protecção em situações específicas, como por exemplo, quando o indivíduo se encontra doente ou com medo. No sentido de obter a referida proximidade, são exercidos pelo indivíduo comportamentos de vinculação, que podem assumir diversas formas variando consoante as condições do momento.

De acordo com os resultados obtidos no procedimento da Situação Estranha, Aisworth, Blehar, Waters & Wall (1978) classificam a vinculação das crianças, em três padrões:

- Padrão de vinculação segura (B), em que, comparativamente às crianças dos outros padrões, o comportamento da criança para com a mãe (figura de vinculação) é mais positivo, a interacção é mais harmoniosa e cooperativa, sendo o afecto mais positivo e menos ambivalente e conflituoso. A criança com este padrão de vinculação confia na acessibilidade e responsividade da figura de vinculação, mesmo na ausência da mesma;
- Padrão de vinculação inseguro – evitante (A) em que a criança manifesta um comportamento de evitamento da interacção com a mãe, mesmo em momentos de reunião;
- Padrão de vinculação inseguro – ansioso (C) em que a criança manifesta maiores níveis de ansiedade de separação e parece não manifestar expectativas de acessibilidade e responsividade por parte da figura de vinculação;

De referir que Weiss (1982) concluiu que existe congruência em diferentes aspectos, no que respeita à vinculação na infância e a vinculação na idade adulta.

Todos os indivíduos constroem modelos internos acerca do mundo e da sua inserção neste, onde percebem eventos, fazem previsões quanto ao futuro e constroem os seus planos. Nestes modelos, uma noção importante que se vai construindo é a de quem são as figuras de vinculação, onde podem ser encontradas, como se espera que respondam, se são ou não responsivas e acessíveis e, do quão ou não o sujeito é aceitável para estas. Desta percepção, dependerá a forma como sente a disponibilidade das figuras de vinculação e, associadamente, surgem maiores ou menores níveis de medo da sua não disponibilidade. Quanto menor for a percepção de disponibilidade por parte das figuras de vinculação, maior a susceptibilidade do sujeito para responder com medo face a situações potencialmente alarmantes, ao longo da sua vida.

No que concerne aos modelos relativos às figuras de vinculação, são de destacar duas variáveis, que embora relacionadas, têm um peso diferente ao longo do desenvolvimento do sujeito. A primeira, refere-se à presença ou ausência da figura de vinculação, a qual pode determinar o facto da pessoa

ficar mais ou menos alarmada face a uma situação de potencial perigo. A segunda, diz respeito ao grau de confiança que o sujeito manifesta relativamente ao regresso da figura de vinculação, actualmente não presente, à sua acessibilidade e responsividade, quando este necessitar dela. Nos indivíduos mais jovens, a presença ou ausência da figura de vinculação é a variável mais influente, tornando-se dominante até ao terceiro ano de idade. Após este período, a disponibilidade ou indisponibilidade vai crescendo de importância, tornando-se a variável dominante após a puberdade (Bowlby, 1985).

Segundo Bowlby (1985, p.322), há uma forte evidência para acreditar que a incerteza acerca da acessibilidade e responsividade das figuras de vinculação é a principal condição para o desenvolvimento de uma personalidade instável e ansiosa.

De referir que, experiências precoces de ansiedade e conflito nas relações de vinculação são difíceis de mudar totalmente e a criança poderá tornar-se resistente em confiar na acessibilidade e responsividade de futuras figuras de vinculação, sendo que a ansiedade e evitamento podem permanecer noutras relações interpessoais.

A vinculação na adolescência é pautada por duas principais mudanças: “em primeiro lugar há o desenvolvimento de relações recíprocas em que cada parceiro é figura de vinculação do outro, em segundo lugar a figura dos progenitores, como figuras de vinculação principais é substituída, normalmente por um par” (Colin, 1996 *cit in* Ribeiro & Sousa, 2002, p.68). Por outras palavras, esta segunda mudança, significa que na infância as figuras de vinculação mais significativas tendem a ser os pais, sendo que as funções de vinculação por estes desempenhadas são, progressivamente, transferidas para os pares (Matos & Costa, 1996).

O adolescente encontra-se perante um desafio: deseja separar-se psicologicamente dos pais e afirmar a sua autonomia, mas não dispõe ainda de um outro sujeito psicológico que lhe forneça uma base segura para explorar o mundo com confiança (Matos & Costa, 1996, p.48). Nos adolescentes portadores de doença crónica, este processo de transição poderá ser ainda mais complexo.

No momento em que os adolescentes tentam iniciar a independência relativamente aos seus pais, muitas vezes vêm-se dependentes dos adultos para os auxiliar no seu cuidado médico e suporte emocional. Investigações na área da diabetes demonstram que, embora os pais tentem afastar a responsabilidade de serem eles a gerir a doença quando os seus filhos deixam de ser crianças e passam a ser adolescentes, estes nem sempre assumem a responsabilidade de se auto-cuidarem, acabando mesmo por vezes, por diminuir a adesão ao tratamento. A presença de doença crónica pode comprometer o desenvolvimento da autonomia, de relações interpessoais e a consolidação de uma auto-imagem positiva (Gregory & Elizabeth, 2000).

Segundo Bowlby (1985, p. 359), está claro que, não apenas para as crianças, mas para qualquer humano de qualquer idade, é mais fácil ser feliz e implementar o seu talento quando se sente seguro do acesso a uma ou mais pessoas de confiança, que a ajudarão em caso de dificuldades.

A presente afirmação parece ir ao encontro da definição de apoio social percebido, que se refere à avaliação do indivíduo em relação à disponibilidade dos outros e à possibilidade de a eles recorrer em caso de necessidade (Cramer, Henderson, & Scott, 1997; Heller, Swindler, & Dusenbury, 1986; Ornelas, 1994; Ribeiro, 1999; Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983 *cit in* Silva et al., 2003). Segundo Nelas (2004), o apoio social percebido constitui-se como um aspecto da personalidade que se mantém estável ao longo do tempo, reportando-se à experiência de vinculação. Sarason et al. (1990) sugerem que os sujeitos com uma vinculação segura terão a percepção de um elevado suporte social, acreditando que as pessoas que constituem a sua rede social, próxima e alargada, estarão disponíveis.

Reconhecendo a diferença que existe entre o constructo de apoio social e o de vinculação, mas também as semelhanças que se verificam, parece-nos pertinente rever alguns estudos relativos ao apoio social.

Diversos estudos (Rasclé et al., 1997 *cit in* Silva et al., 2003) apontam para a presença, quer de efeitos directos quer indirectos, do apoio social na saúde. No que concerne aos primeiros, no caso concreto da Diabetes, é apontado que a quantidade e qualidade do apoio social associam-se positiva e significativamente com o controlo metabólico. Relativamente aos efeitos indirectos, é salientada a redução do stress induzido pela doença, do risco de Depressão e Ansiedade, bem como de outras patologias.

Em relação à diabetes existe um reconhecimento cada vez maior da importância do contexto social dos doentes na capacidade destes gerirem a sua doença crónica de forma eficaz e a investigação sobre o apoio social nesta área tem-se centrado essencialmente sobre os seus efeitos na adesão ao tratamento e no controlo glicémico dos doentes, especialmente das crianças (Silva et al., 2003, p.23).

Fukunishi, Akimoto, Horikawa, Shirasaka, & Yamazaki (1998 *cit in* Silva et al., 2003) verificaram que a percepção de um fraco apoio social prediz um agravamento do controlo glicémico e uma pior adesão ao tratamento.

Wilson et al. (1986), analisando diversas variáveis, concluíram que o apoio social e as crenças de saúde, são aquelas que mais fortemente se relacionam com a adesão ao tratamento e o controlo glicémico.

Contudo, é de referir a existência de estudos contraditórios. Hanson, Henggeler & Burghen (1987 *cit in* Silva et al., 2003), ao analisarem o apoio social fornecido pelos pais a adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, verificaram que este se associa positivamente com a adesão ao tratamento mas não encontraram associação com o controlo metabólico. Os autores referem que os efeitos na adesão podem estar relacionados com a supervisão e monitorização parental, mas que por vezes os adolescentes não desejam o apoio dos progenitores, preferindo resolver as suas dificuldades por si mesmos ou com o apoio dos pares.

Os modelos de cognição social da saúde pretendem explicar os comportamentos relacionados com a saúde e com a doença (por exemplo, adesão ao tratamento), considerando que os indivíduos podem exercer comportamentos de promoção de saúde ou evitar comportamentos que

comprometam a sua qualidade de vida. Embora considerem que os factores cognitivos são os mais determinantes do comportamento relacionado com a saúde, salientam a elevada importância do contexto social e relacional em que o mesmo ocorre (Almeida, 2003).

Grey e colaboradores (1998 *cit in* Almeida, 2003) analisaram a relação entre factores familiares e a qualidade de vida em adolescentes diabéticos. Os autores concluíram que os adolescentes que se encontram mais satisfeitos com a sua qualidade de vida, descrevem as suas famílias como mais calorosas e apoiantes.

A revisão da literatura demonstrou um escasso número de investigações relativas à importância da vinculação em sujeitos portadores de uma doença crónica, como é o caso da Diabetes. Por este motivo, anteriormente, socorremo-nos de outros constructos que apresentam afinidades com o de vinculação. No entanto, é possível ainda salientar alguns estudos encontrados.

Bowlby (1969 *cit in* Rosenberg & Shields, 2009) considera a doença como uma “situação estranha”, que activa comportamentos de vinculação. Alguns estudos (Kunce & Shaver, 1994 *cit in* Rosenberg & Shields, 2009) têm demonstrado uma relação entre vinculação segura e maior auto-cuidado, que no caso da diabetes podemos traduzir por adesão ao tratamento. O inverso verifica-se em relação à vinculação insegura, que os autores referem relacionar-se com uma vida pouco saudável e fraco auto-cuidado.

O estudo de Ciechanowski, Katon, Russo & Walker (2001) conclui que os indivíduos com uma vinculação insegura manifestam níveis inferiores no controlo glicémico comparativamente com indivíduos com uma vinculação segura. De igual modo, existe evidência de que uma vinculação insegura-evitante prejudica a adesão terapêutica (Ciechanowski, Katon, Russo & Walker, 2001; Ciechanowski et al., 2004 *cit in* Morris et al., 2009).

Estudos de Cole-Dekte & Kobak (1996) e Fonagy et al. (1996) (*cit in* Strodl & Noller, 2003), relacionam os padrões de vinculação com a psicopatologia, mais concretamente, com a depressão. Homann (1997 *cit in* Brown & Wright, 2001) refere que a sintomatologia depressiva, expressa na adolescência, se relaciona com uma vinculação maternal insegura.

Os factores afectivos podem desempenhar um papel importante no processo de adaptação à doença. A compreensão destes factores pode ser importante para a elaboração de programas de intervenção que contribuam para uma melhor adaptação à doença (Matos, 2000).

ANSIEDADE SOCIAL E VINCULAÇÃO

Como referido anteriormente, o contacto com as figuras de vinculação precoces, contribui para a construção de modelos internos sobre o mundo, os outros e o próprio. Segundo Allen et al. (1998 *cit in* Cunha, 2005), experiências de vinculação insegura, poderão criar no sujeito vulnerabilidades para a psicopatologia, uma vez que dificultam o estabelecimento e participação em relações sociais positivas, bem como interferem negativamente na compreensão e avaliação dessas interacções. Safran & Segal (1990 *cit in* Cunha, 1996) realçam que, se por um lado, as

experiências sociais adaptativas são um bom meio para a elaboração, activação e coordenação de várias estruturas comportamentais, de forma saudável e adaptativa, por outro lado, as experiências sociais mal-adaptativas contribuem para o empobrecimento dos reportórios comportamentais.

O estudo de Eng, Heimberg, Hart, Schneier & Liebowitz (2001), aponta a ansiedade social como uma variável importante na mediação da relação entre a vinculação insegura e a sintomatologia psicopatológica, mais concretamente a depressiva.

Na medida em que o sistema de vinculação influencia as regras que serão seguidas na fase de processamento de informação dos diferentes sistemas comportamentais, é também um sistema importante na mediação do desenvolvimento emocional, já que a informação processada, é experienciada subjectivamente sob a forma de emoções (Greenberg & Safran, 1987 *cit in* Cunha, 1996).

Com o intuito de analisar a relação entre o tipo de vinculação e as perturbações de ansiedade, destaca-se o estudo de Warren, Huston, Egeland & Sroufe (1997 *cit in* Cunha, 2005), concluindo que as relações de vinculação têm um forte impacto no desenvolvimento das referidas perturbações. Mais ainda, referem que o padrão inseguro se revelou predominante nas perturbações de ansiedade, nos adolescentes. Cunha (2005), aponta um outro estudo de Cassidy (1995 *cit in* Manassis, 2001) que revelou que adolescentes e adultos com uma perturbação de ansiedade generalizada, apresentavam um padrão de vinculação insegura, demonstrado pelos relatos de reduzida sensibilidade e disponibilidade por parte das figuras de vinculação.

Diversos estudos (Barnas, Pollina & Cummings, 1991; Cassidy & Berlin, 1994; Muris & Meesters, 2002 *cit in* Cunha, 2005) demonstram a existência de ligação entre a vinculação insegura e a ansiedade clínica e sub-clínica, nos diferentes grupos etários. No entanto, Cunha (2005) salienta a necessidade de ser prudente na análise, uma vez que alguns estudos acarretam limitações metodológicas e os estudos longitudinais são pouco numerosos.

II - Objectivos

Os objectivos da presente investigação encontram-se sub-divididos em três estudos distintos. O Estudo I é respeitante à análise comparativa entre a população clínica e a população geral; o Estudo II e o Estudo III referem-se, respectivamente, à população clínica e à população geral.

De acordo com o descrito, são avançadas as seguintes hipóteses:

Estudo I – População Clínica Vs. População Geral

H1: A população clínica apresenta níveis mais elevados de ansiedade social

H2: A população clínica apresenta níveis mais elevados de ansiedade e depressão

- H3: A população clínica apresenta níveis mais elevados de vergonha
H4: A população geral percebe a sua vinculação como mais segura
H5: A população clínica apresenta maior desajustabilidade social

Estudo II – População Clínica

- H1: Os sujeitos com maiores níveis de vergonha apresentam menor adesão ao tratamento e níveis superiores de hemoglobina glicosilada
H2: Os sujeitos com maiores níveis de ansiedade social apresentam menor adesão ao tratamento e níveis superiores de hemoglobina glicosilada
H3: Os sujeitos com vinculação segura apresentam maior adesão ao tratamento e níveis inferiores de hemoglobina glicosilada
H4: Os sujeitos com maiores níveis de ansiedade e depressão apresentam menor adesão ao tratamento e maiores níveis de hemoglobina glicosilada
H5: Os sujeitos com maiores níveis de vergonha apresentam pior qualidade de vida
H6: Os sujeitos com maiores níveis de ansiedade social apresentam pior qualidade de vida
H7: Os sujeitos com vinculação segura apresentam melhor qualidade de vida
H8: Os sujeitos com maiores níveis de ansiedade e depressão apresentam pior qualidade de vida
H9: Os sujeitos com vinculação insegura aos pares apresentam maiores níveis de vergonha e ansiedade social
H10: A desajustabilidade social exerce um efeito na relação entre a adesão ao tratamento e os níveis de hemoglobina glicosilada

Estudo III – População Geral

- H1: Os sujeitos com maiores níveis de vergonha apresentam pior qualidade de vida
H2: Os sujeitos com maiores níveis de ansiedade social apresentam pior qualidade de vida
H3: Os sujeitos com vinculação segura apresentam melhor qualidade de vida
H4: Os sujeitos com maiores níveis de ansiedade e depressão apresentam pior qualidade de vida
H5: Os sujeitos com vinculação insegura aos pares apresentam maiores níveis de vergonha e ansiedade social

III - Metodologia

AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por um grupo clínico e um grupo de controlo. No primeiro grupo, integram-se jovens diabéticos, com idades compreendidas entre 14 e 25 anos, perfazendo um total de 46 sujeitos. Da amostra clínica total, 27 sujeitos são do sexo feminino (58,7%) e 19 do sexo masculino (41,3%). A média de idades para esta população, corresponde a 19,48 anos (d.p. = 3,16).

No que concerne ao grupo de controlo, é constituído por 46 jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos, dos quais 35 são do sexo feminino (76,1%) e 11 do sexo masculino (23,9%). A média de idades para este grupo corresponde a 19,20 anos (d.p. = 2,48).

INSTRUMENTOS

Inventário de Vinculação na Adolescência (IPPA; Armsdren & Greenberg, 1987; traduzido e adaptado por Neves, L., Soares, I. & Silva, M.C., 1999). Esta escala é constituída por 3 subescalas, perfazendo um total de 61 itens, avaliados através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde “Nunca ou quase nunca” e 5 “Quase sempre ou sempre”, sendo que valores mais elevados traduzem uma vinculação segura. A distribuição é feita do seguinte modo: escala para o pai (21 itens), escala para a mãe (21 itens), escala para os amigos (19 itens). Dado que, não se verifica a independência dos factores (confiança, comunicação e alienação), a vinculação é vista como uma medida unifactorial, classificada tendo em conta dois extremos (segura vs insegura), relativamente ao pai, mãe e amigos (factor 1, 2 e 3, respectivamente). Ao nível da psicométrica, o inventário revela elevada consistência interna ($\alpha=.95$ para o factor 1; $\alpha=.92$ para o factor 2; $\alpha=.93$ para o factor 3).

Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca & Lopez, 1998; traduzido e adaptado por Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Alegre, S. & Salvador, M.C., 2004). Sendo composta por 22 itens, estes são avaliados por uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, sendo 1 “De forma nenhuma” e 5 “Todas as vezes” e podendo a pontuação total variar entre 18 e 90 pontos. Os 22 itens subdividem-se em 3 factores: “medo da avaliação negativa” (FNE); “desconforto e evitamento social em situações novas” (SAD_N); “desconforto e evitamento social geral” (SAD_G), sendo também possível obter um resultado global, em que valores mais elevados, traduzem níveis mais acentuados de ansiedade social. No que concerne às suas características psicométricas, o instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=.88$ para o total da escala; $\alpha=.87$ para o factor 1; $\alpha=.74$ para o factor 2; $\alpha=.71$ para o factor 3). Relativamente à estabilidade temporal, o instrumento sugere uma estabilidade aceitável, apresentando um coeficiente de correlação de Pearson de .74. Ao nível da validade convergente, esta apresenta-se satisfatória, com correlações a variar entre os valores .54 e .26.

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R; Reynolds & Richmond, 1978; Reynolds & Paget, 1981; traduzido e adaptado por Dias, P. & Gonçalves, M., 1999; Fonseca, A. C., 1992). A escala é composta por 37 itens, dos quais 28 estão relacionados com a “ansiedade traço” e 9 com a “desejabilidade social ou mentira”, aos quais o sujeito deve responder num sistema Sim/Não, variando a pontuação total de 0 a 37 pontos. Esta escala apresenta boas qualidade psicométricas, nomeadamente ao nível da consistência interna ($\alpha=.78$), fiabilidade teste-reteste ($r(20)=.68$), assim como validade discriminante e convergente.

Escala de Experiências de Vergonha (ESS; Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J., 2002; traduzido e adaptado por Lopes, B. & Pinto Gouveia, J., 2005). Esta escala pretende avaliar as experiências de vergonha interna, sendo composta por 27 itens, avaliados num sistema tipo *Likert* de 4 pontos, sendo 1 “Nada” e 4 “Muito”. A escala subdivide-se em 3 factores: “vergonha caracteriológica” (factor 1); “vergonha comportamental” (factor 2); “vergonha corporal” (factor 3). Resultados mais elevados, traduzem níveis de vergonha mais acentuados. Na versão original, apresenta elevados valores de consistência interna ($\alpha=.92$ para o total da escala; $\alpha=.90$ para o factor 1; $\alpha=.87$ para o factor 2; $\alpha=.86$ para o factor 3).

Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS; Zigmond & Snaith, 1983; traduzida e adaptada por Baltar, M. & Ribeiro, J., 1999; validada por Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M., 2007). Esta escala é constituída por duas sub-escalas, mais concretamente, a ansiedade e a depressão. Cada sub-escala é composta por 7 itens, numa escala de *Likert* de 4 pontos (0-3), em que a pontuação pode variar entre 0 e 21. Um resultado entre 0-7 é classificado de “normal”, entre 8-10 de “fraco”, entre 11-14 de “moderado” e entre 15-21 de “severo”. Quanto à consistência interna, apresenta um Alfa de *Cronbach* de .76 para a ansiedade e de .81 para a depressão. Os valores de fiabilidade teste-reteste, com um intervalo de uma semana, são de .75, em ambas as sub-escalas.

Escala de Vergonha corporal na diabetes (Matos, A.P. & Oliveira, R., 2008). Esta escala é composta por 26 itens, avaliados num sistema tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 5 “Concordo totalmente”. A escala subdivide-se em 2 factores: “percepção da diferença” (factor 1); “antecipação da rejeição” (factor 2), obtendo-se também um índice total. Resultados mais elevados, correspondem a níveis mais elevados de vergonha corporal. No estudo de Oliveira (2008), a presente escala apresenta um alpha de *Cronbach* de .92 para o seu total, $\alpha=.931$ para o factor 1 e $\alpha=.669$ para o factor 2. Ao nível da estabilidade temporal, revela boa consistência. No que respeita à validade convergente, apresenta correlações moderadas.

Escala de Adesão ao Tratamento (Matos, 1999). Esta escala é composta por 26 itens, que medem a adesão ao tratamento percebido por

diabéticos insulino-dependentes, constituindo-se como uma medida unidimensional. As respostas são cotadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, na qual 1 corresponde a “Não acontece comigo” e 5 “Acontece muitíssimo”. A pontuação total pode variar entre 22 e 110, sendo que, quanto maior este valor, maior a adesão ao tratamento percebida pelo sujeito. Quanto às suas qualidades psicométricas, a escala apresenta consistência interna muito boa ($\alpha=.912$) e boa fiabilidade.

KIDSCREEN-27 (versão para crianças e adolescentes) (European KIDSCREEN Group, 2006; traduzido e adaptado por Gaspar, T., Matos, M. & Equipa do Aventura Social, 2008). Este instrumento é constituído por 27 itens, que originam 5 factores (“Bem estar físico”; “Bem estar psicológico”; “Autonomia e relação com os pais”; “Suporte Social” e “Ambiente Escolar”) e um resultado total. A sua avaliação é realizada através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, correspondendo pontuações mais elevadas a melhor qualidade de vida e vice-versa. Os valores da consistência interna das dimensões do KIDSCREEN-52 variam entre 0,60 e 0,88, sendo o seu valor médio de 0,80, confirmando assim uma elevada consistência interna da escala. É possível apontar ainda que os diferentes factores se encontram relacionados entre si.

Escala de Qualidade de Vida na Diabetes (EQVD; Jacobson et al., 1988; 1994; aferida e adaptada por Matos, A.P. & Rodrigues, M.C., 1997). A escala é constituída por 46 itens, cotados segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos, sendo 1 “Muito satisfeito” e 5 “Muito insatisfeito”. A escala tem um índice global e as seguintes dimensões: “satisfação”, “impacto”, “preocupação social/vocacional” e “preocupação com a diabetes”. Quanto maior a pontuação obtida, menores os níveis de qualidade de vida. Um estudo de Matos (1997 *cit in* Oliveira, 2008), apresenta um alpha de Cronbach de .866 e um coeficiente teste-reteste de Spearman de .905 (N=20), sugerindo que a escala é fidedigna.

Hemoglobina glicosilada (HbA1c) é uma medida biológica referente à média dos níveis glicémicos dos últimos 3 meses, obtida através da medição efectuada pela equipa de enfermagem. No caso de esta não existir, é pedido ao sujeito que nos indique o valor da sua última medição. De acordo com a American Diabetes Association (2010), os valores da HbA1c deverão situar-se abaixo dos 7%. No presente estudo o valor mínimo apresentado é de 5,4% e o máximo 14%. A mediana situa-se nos 8%.

PROCEDIMENTOS

Aos instrumentos supracitados foi adicionada uma folha de rosto, onde constava a explicitação dos objectivos do estudo, a garantia de confidencialidade e anonimato e o carácter voluntário de participação. Na referida folha surge, seguidamente, um pequeno questionário Sócio-Demográfico.

O conjunto de instrumentos foi aplicado a uma amostra da população

clínica de 46 jovens portadores de diabetes *mellitus* tipo 1, recolhida no serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar de Coimbra, e Associações de jovens diabéticos de vários pontos do país. O conjunto de instrumentos atrás mencionado, à excepção daqueles que são específicos para a população clínica, foi também aplicado a uma amostra de 46 jovens da população geral. De referir que o tempo de preenchimento médio do protocolo foi de uma hora e de quarenta e cinco minutos, respectivamente, para a amostra da população clínica e a amostra da população geral.

IV - Resultados

Os resultados desta investigação encontram-se subdivididos em três estudos. O estudo I que se refere a um estudo comparativo entre o grupo clínico de jovens diabéticos e o grupo de controlo da população geral; o estudo II respeitante ao grupo clínico de jovens diabéticos e, o estudo III que em que são analisadas algumas variáveis já vistas no estudo II, mas desta vez no grupo de controlo da população geral.

Estudo I – Comparação entre o grupo clínico de jovens diabéticos e o grupo de controlo da população geral

Previamente à apresentação dos resultados obtidos, é importante salientar que foi efectuado o teste *t de student* para amostras independentes, não se verificando diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade entre o grupo clínico de jovens diabéticos e o grupo de controlo da população geral ($t = .477$; $p = .635$). Para averiguar a existência de diferenças relativas ao género, efectuou-se o teste *Chi-Square*, o qual não revelou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 3.166$; $p = .075$).

A análise estatística realizada para este estudo, baseou-se no teste *t de student* para amostras independentes. Foi confirmada a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas populações, relativamente à depressão ($t = 4.699$; $p = .000$), sendo o valor da média da população clínica (6.53) superior ao da população geral (3.04) (*vide* Tabela 1). Relativamente à vergonha, são evidenciadas diferenças estatisticamente significativas, nos factores “vergonha comportamental” ($t = 3.297$; $p = .001$) e “vergonha corporal” ($t = 2.474$; $p = .015$), bem como na pontuação total da escala ($t = 2.644$; $p = .010$). As médias apontadas para a população clínica são superiores às da população geral (*vide* Tabela 2).

Os resultados obtidos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a população clínica e a população geral, no que concerne à ansiedade social, ansiedade, vinculação e desejabilidade social (*vide* Tabela 3, Tabela 4 e Tabela 5).

Tabela 1. Comparação entre o grupo clínico e o grupo de controlo nas variáveis Ansiedade e Depressão (HADS), através de um teste *t de student* para amostras independentes

Ansiedade / Depressão	População	Média	Desvio-padrão	Diferença entre médias	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	Clínica	6.91	3.993	.823	1.065	.290
	Geral	6.09	3.391			
Depressão	Clínica	6.53	3.822	3.483	4.699	.000
	Geral	3.04	3.266			

Tabela 2. Comparação entre o grupo clínico e o grupo de controlo na variável Vergonha (ESS), através de um teste *t de student* para amostras independentes

Dimensões da Vergonha	População	Média	Desvio-padrão	Diferença entre médias	<i>t</i>	<i>p</i>
Vergonha Caracteriológica	Clínica	19.33	8.420	2.478	1.655	.101
	Geral	16.85	5.680			
Vergonha Comportamental	Clínica	19.17	6.184	3.674	3.297	.001
	Geral	15.50	4.345			
Vergonha Corporal	Clínica	8.33	3.406	1.475	2.474	.015
	Geral	6.85	2.181			
Total	Clínica	46.83	16.168	7.627	2.644	.010
	Geral	39.20	11.022			

Tabela 3. Comparação entre o grupo clínico e o grupo de controlo na variável Ansiedade Social (SAS-A), através de um teste *t de student* para amostras independentes

Dimensões da Ansiedade Social	População	Média	Desvio-padrão	Diferença entre médias	<i>t</i>	<i>p</i>
Medo de avaliação negativa	Clínica	15.33	6.285	-1.689	-1.464	.147
	Geral	17.02	4.659			
Desconforto e evitamento social em situações novas	Clínica	19.30	5.777	-.803	-.758	.450
	Geral	20.11	4.271			
Desconforto e evitamento social geral	Clínica	9.76	4.034	.194	.270	.788
	Geral	9.53	2.740			
Total	Clínica	44.40	14.965	-2.298	-.875	.384
	Geral	46.70	9.675			

Tabela 4. Comparação entre o grupo clínico e o grupo de controlo na variável Vinculação (IPPA), através de um teste *t de student* para amostras independentes

Vinculação	População	Média	Desvio-padrão	Diferença entre médias	<i>t</i>	<i>p</i>
Mãe	Clínica	93.46	17.173	-4.641	-1.300	.197
	Geral	98.10	17.079			
Pai	Clínica	84.98	20.828	-.867	-.199	.843
	Geral	85.84	20.459			
Amigos	Clínica	96.37	18.723	-2.592	-.799	.426
	Geral	98.96	11.538			

Tabela 5. Comparação entre o grupo clínico e o grupo de controlo na variável Desejabilidade Social (CMAS-R), através de um teste *t de student* para amostras independentes

Desejabilidade Social	População	Média	Desvio-padrão	Diferença entre médias	<i>t</i>	<i>p</i>
Desejabilidade Social	Clínica	3.67	2.495	.686	1.422	.159
Desejabilidade Social	Geral	2.99	2.156			

Estudo II – Grupo clínico de jovens diabéticos

1. Estudo da relação entre as variáveis sócio-demográficas (Idade e Género) e as variáveis em estudo

Previamente à realização do estudo II, tentámos compreender se existem diferenças significativas nas variáveis em estudo (vergonha, ansiedade social, vinculação, ansiedade e depressão, qualidade de vida, desejabilidade social, adesão ao tratamento e hemoglobina glicosilada) em função da idade e género. Uma vez que temos duas escalas para avaliar a vergonha e outras duas escalas para avaliar a qualidade de vida, mais concretamente uma escala geral e outra específica para o grupo clínico, optámos nestas variáveis por utilizar apenas as escalas específicas para o grupo clínico.

Para analisar a idade, subdividiu-se esta variável em dois grupos etários, sendo que o primeiro corresponde aos adolescentes (14 – 18) e o segundo aos jovens adultos (19 – 25). Efectuou-se a comparação destes dois grupos, através dum teste *t de student* para amostras independentes e verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes variáveis.

Também relativamente ao género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

2. Estudo da relação da Vergonha com a Adesão ao Tratamento e a Hemoglobina glicosilada

A análise de correlações permite apontar relações positivas e significativas das dimensões “percepção de diferença”, “antecipação de rejeição” e o total da escala de vergonha específica, para o grupo clínico, com a adesão ao tratamento ($r = -.556$; $r = -.420$; $r = -.554$, respectivamente). Assim, os sujeitos com maior percepção de diferença, que antecipam a rejeição e que, de um modo geral apresentam maiores níveis de vergonha tendem a indicar menores níveis de adesão ao tratamento. Da escala de vergonha interna, é possível apontar que os sujeitos que apresentam mais “vergonha caracteriológica”, “vergonha corporal” e de uma forma geral níveis mais elevados de vergonha interna, tendem a relatar menor adesão ao tratamento ($r = -.353$; $r = -.365$; $r = -.330$, respectivamente).

No que respeita à relação da vergonha, quer medida pela escala específica para os jovens diabéticos, quer pela escala de vergonha interna, com os níveis de hemoglobina glicosilada, não foram encontradas relações significativas (Tabela 6).

Tabela 6. Correlações da Vergonha específica para o grupo clínico (VCD) e da vergonha interna (ESS) com a Adesão ao Tratamento (EAT) e a Hemoglobina glicosilada (N= 46)

Dimensões da Vergonha específica para o grupo clínico	Adesão ao tratamento	p	Hemoglobina glicosilada	p
Percepção de diferença	-.556	.000	.039	.796
Antecipação de rejeição	-.420	.004	-.088	.562
Total	-.554	.000	-.001	.995
Dimensões da Vergonha interna				
Vergonha caracteriológica	-.353	.016	-.214	.153
Vergonha comportamental	-.181	.227	-.276	.063
Vergonha corporal	-.365	.013	-.102	.500
Total	-.330	.025	-.238	.110

3. Estudo da relação da Ansiedade Social com a Adesão ao Tratamento e a Hemoglobina glicosilada

Os sujeitos com maiores níveis de ansiedade social total tendem a indicar menor adesão ao tratamento ($r = -.364$). Ao nível das dimensões da escala de ansiedade social, esta relação é encontrada relativamente ao “medo de avaliação negativa” ($r = -.441$).

As relações entre a ansiedade social e a hemoglobina glicosilada não se revelam significativas (Tabela 7).

Tabela 7. Correlações da Ansiedade Social (SAS-A) com a Adesão ao tratamento (EAT) e a Hemoglobina glicosilada (N= 46)

Dimensões da Ansiedade Social	Adesão ao tratamento	p	Hemoglobina glicosilada	p
Medo de avaliação negativa	-.441	.002	-.236	.114
Desconforto e evitamento social em novas situações	-.273	.067	-.104	.492
Desconforto e evitamento social geral	-.272	.068	-.178	.237
Total	-.364	.013	-.187	.213

4. Estudo da relação da Vinculação segura com a Adesão ao tratamento e a Hemoglobina glicosilada

A análise das correlações permite apontar uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a vinculação segura à figura materna e a adesão ao tratamento ($r = .308$), isto é, os sujeitos que apresentam vinculação mais segura à mãe tendem a indicar maior adesão ao tratamento. As relações entre a vinculação e a hemoglobina glicosilada não se revelam significativas (Tabela 8).

Tabela 8. Correlações da Vinculação segura (IPPA) com a Adesão ao tratamento (EAT) e a Hemoglobina glicosilada (N= 46)

	Adesão ao tratamento	p	Hemoglobina glicosilada	p
Vinculação Mãe	.308	.037	.040	.792
Vinculação Pai	.212	.162	.117	.444
Vinculação Amigos	.267	.073	.080	.599

5. Estudo da relação da Sintomatologia Psicopatológica (Ansiedade e Depressão) com a Adesão ao Tratamento e a Hemoglobina glicosilada

A análise estatística permite verificar que a ansiedade se encontra correlacionada negativamente com a adesão ao tratamento ($r = -.491$; $p < .01$), bem como a sintomatologia depressiva ($r = -.500$; $p < .01$), o que nos indica que sujeitos que apresentam maiores níveis de sintomatologia psicopatológica, tendem a indicar menores níveis de adesão ao tratamento (Tabela 9).

Tabela 9. Correlações da Ansiedade e Depressão (HADS) com a Adesão ao Tratamento (EAT) (N= 46)

	Adesão ao tratamento	p
Ansiedade	-.491	.001
Depressão	-.500	.000

Foram constituídos dois grupos, em função dos níveis de hemoglobina glicosilada. Uma vez que a Associação Americana de Diabetologia (2010) considera que estes níveis devem situar-se abaixo dos 7%, constituímos um grupo com valores de hemoglobina glicosilada inferiores a 7% (N= 8) e outro com valores iguais ou superiores a 7% (N= 38). Através de um teste *t de student* para amostras independentes, verificou-se que não existem diferenças significativas entre os grupos, nem na ansiedade ($t= .847$; $p= .401$) nem na depressão ($t= 1.039$; $p= .304$).

6. Estudo da relação entre a Vergonha e a Qualidade de vida

As correlações efectuadas apontam que, de forma geral, os sujeitos que reportam maiores níveis de vergonha, quer esta seja medida pela escala de vergonha interna (ESS) quer pela escala de vergonha específica para os jovens diabéticos (VCD), relatam menores índices de qualidade de vida geral (KIDSCREEN) e no índice de qualidade de vida específico para diabéticos (EQVD). No entanto, a escala de vergonha interna não parece estar relacionada com a dimensão “satisfação” nem com a “preocupação com a doença”, à excepção nesta última do factor “vergonha corporal” (Tabelas 10 e 11).

Tabela 10. Correlações entre Vergonha interna (ESS) e Qualidade de vida (KIDSCREEN e EQVD) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Vergonha caracteriológica	-.492**	-.703**	-.520**	-.585**	-.535**	-.688**
Vergonha comportamental	-.279 ^{ns}	-.585**	-.427**	-.448**	-.414**	-.527**
Vergonha corporal	-.404**	-.594**	-.499**	-.443**	-.318*	-.560**
Total	-.448**	-.715**	-.539**	-.569**	-.504**	-.678**

	Satisfação	Impacto	Preocupação Social	Preocupação doença	Total
Vergonha caracteriológica	.183 ^{ns}	.540**	.391**	.232 ^{ns}	.466**
Vergonha comportamental	.101 ^{ns}	.335*	.460**	.233 ^{ns}	.368*
Vergonha corporal	.228 ^{ns}	.417**	.442**	.369*	.490**
Total	.182 ^{ns}	.497**	.473**	.288 ^{ns}	.487**

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

Tabela 11. Correlações entre Vergonha específica para a diabetes (VCD) e a Qualidade de vida (KIDSCREEN e EQVD) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Percepção de diferença	-.370*	-.487**	-.252 ^{ns}	-.372*	-.332*	-.439**
Antecipação de rejeição	-.476**	-.525**	-.355*	-.492**	-.368*	-.537**
Total	-.436**	-.539*	-.307*	-.443**	-.371*	-.508**

	Satisfação	Impacto	Preocupação Social	Preocupação doença	Total
Percepção de diferença	.345*	.776**	.447**	.368**	.692**
Antecipação de rejeição	.111 ^{ns}	.707**	.499**	.469**	.557**
Total	.293*	.814**	.500**	.445**	.701**

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

7. Estudo da relação entre Ansiedade social e Qualidade de vida

As correlações efectuadas apontam que, de forma geral, os sujeitos que reportam maiores níveis de ansiedade social, relatam menor qualidade de vida geral e qualidade de vida específica para diabéticos. Verifica-se que existe uma relação entre a escala de ansiedade social (factores e índice global) e a escala de qualidade de vida geral (factores e total), à excepção do factor “desconforto e evitamento social em novas situações” com o “bem estar físico”. A ansiedade social não parece estar relacionada com a dimensão “satisfação” da escala de qualidade de vida específica para o grupo clínico (Tabela 12).

Tabela 12. Correlações entre Ansiedade social (SAS-A) e Qualidade de vida (KIDSCREEN e EQVD) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Medo de avaliação negativa	-.472**	-.686**	-.463**	-.489**	-.539**	-.642**
Desconforto e evitamento social em novas situações	-.286 ^{ns}	-.554**	-.448**	-.443**	-.360*	-.514**
Desconforto e evitamento social geral	-.482**	-.665**	-.492**	-.549**	-.516**	-.655**
Total	-.439**	-.681**	-.500**	-.525**	-.505**	-.645**
	Satisfação	Impacto	Preocupação Social	Preocupação doença	Total	
Medo de avaliação negativa	.171 ^{ns}	.631**	.392**	.310*	.505*	
Desconforto e evitamento social em novas situações	.260 ^{ns}	.526**	.174 ^{ns}	.139 ^{ns}	.423**	
Desconforto e evitamento social geral	.276 ^{ns}	.520**	.246 ^{ns}	.243 ^{ns}	.471**	
Total	.247 ^{ns}	.608**	.298*	.250 ^{ns}	.502**	

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

8. Estudo da relação entre vinculação segura e qualidade de vida

A vinculação relaciona-se positivamente com o índice de qualidade de vida geral. Assim, é possível indicar que, de forma geral, quanto mais segura é a vinculação à mãe, ao pai e aos amigos, mais elevados são os índices de qualidade de vida relatados pelos sujeitos. De referir que a relação de vinculação aos amigos, é aquela que parece apresentar maior impacto na percepção de qualidade de vida ($r = .626$).

Analisando a escala de qualidade de vida específica para os jovens diabéticos, verifica-se uma relação negativa¹ entre a vinculação e as diferentes dimensões da qualidade de vida, à excepção da relação entre vinculação aos amigos e “preocupação social”. Isto indica-nos que quanto mais segura é a vinculação, mais elevada é a percepção de qualidade de vida. No entanto, apenas se revelam significativas as relações da vinculação ao pai com a “satisfação” ($r = -.303$) e o total ($r = -.322$), e da vinculação aos amigos com o “impacto” ($r = -.418$) e o total ($r = -.306$) (Tabela 13).

Tabela 13. Correlações entre Vinculação segura (IPPA) e Qualidade de vida (KIDSCREEN e EQVD) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Vinculação Mãe	.109 ^{ns}	.346*	.369*	.105 ^{ns}	.294*	.303*
Vinculação Pai	.376*	.371*	.401**	.261 ^{ns}	.370*	.430**
Vinculação Amigos	.264 ^{ns}	.643**	.400**	.830**	.456**	.626**
	Satisfação	Impacto	Preocupação Social	Preocupação doença	Total	
Vinculação Mãe	-.254 ^{ns}	-.071 ^{ns}	-.119 ^{ns}	-.122 ^{ns}	-.238 ^{ns}	
Vinculação Pai	-.303*	-.208 ^{ns}	-.160 ^{ns}	-.082 ^{ns}	-.322*	
Vinculação Amigos	-.242 ^{ns}	-.418**	.027 ^{ns}	-.123 ^{ns}	-.306*	

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

9. Estudo da relação entre a sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão) e qualidade de vida

A análise das correlações efectuadas permite indicar que a sintomatologia psicopatológica se associa com uma percepção de pior qualidade de vida por parte dos sujeitos, tanto nos factores como no índice global da escala KIDSCREEN.

Relativamente à escala de qualidade de vida específica para o grupo clínico, a ansiedade e depressão apenas se correlacionam significativamente com a dimensão “impacto” ($r = .578$; $r = .370$, respectivamente) e com o total da escala ($r = .470$; $r = .337$, respectivamente) (Tabela 14).

¹ Na escala de qualidade de vida na diabetes, resultados mais elevados, traduzem pior qualidade de vida

Tabela 14. Correlações entre Ansiedade e Depressão (HADS) e Qualidade de vida (KIDSCREEN e EQVD) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Ansiedade	-.659**	-.711**	-.568**	-.550**	-.583**	-.742**
Depressão	-.523**	-.733**	-.612**	-.623**	-.598**	-.749**

	Satisfação	Impacto	Preocupação Social	Preocupação doença	Total
Ansiedade	.263 ^{ns}	.578**	.215 ^{ns}	.232 ^{ns}	.470**
Depressão	.249 ^{ns}	.370*	.124 ^{ns}	.097 ^{ns}	.337*

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

10. Estudo da relação da vinculação insegura aos pares com a vergonha e a ansiedade social

Os resultados permitem-nos apontar que uma vinculação insegura aos amigos se associa com maiores índices de vergonha, quer na escala de vergonha interna, quer na escala de vergonha específica para a diabetes. Foram obtidas correlações de Pearson entre -.299 para a “percepção de diferença” e -.515 para o total da escala de vergonha interna (Tabela 15).

Tabela 15. Correlações da Vinculação insegura aos pares (IPPA) com a Vergonha (ESS e VCD)

	Vergonha caracteriológica	Vergonha comportamental	Vergonha corporal	Total
Vinculação Amigos	-.512**	-.417**	-.420**	-.515**

	Percepção Diferença	Antecipação Rejeição	Total
Vinculação Amigos	-.299*	-.439**	-.371*

* $p < .05$; ** $p < .01$

A vinculação insegura aos amigos também se associa com maiores índices de ansiedade social, quer nos diferentes factores ($r = -.378$ para o “medo de avaliação negativa”; $r = -.393$ para o “desconforto e evitamento social em novas situações”; $r = -.491$ para o “desconforto e evitamento social geral”), quer no total da escala ($r = -.443$) (Tabela 16).

Tabela 16. Correlações da Vinculação insegura aos pares (IPPA) com a Ansiedade social (SAS-A) (N= 46)

	Medo de avaliação negativa	Desconforto e evitamento social em novas situações	Desconforto e evitamento social geral	Total
Vinculação Amigos	-.378**	-.393**	-.491**	-.443**

* $p < .05$; ** $p < .01$

11. Estudo da relação entre a adesão ao tratamento e os níveis de hemoglobina glicosilada, controlando o efeito da desejabilidade social

Frequentemente, os jovens referem aos clínicos ter elevados níveis de adesão ao tratamento, mas diversas vezes esses níveis de adesão não se reflectem no controlo metabólico que apresentam. No sentido de compreender até que ponto a desejabilidade social poderá exercer um efeito na relação entre a adesão ao tratamento relatada e os níveis de hemoglobina glicosilada registados, foi efectuada uma correlação parcial entre a adesão ao tratamento e os níveis de hemoglobina glicosilada, controlando o efeito da desejabilidade social.

Encontrámos uma relação negativa, ainda que não significativa, entre a adesão ao tratamento e os níveis de hemoglobina glicosilada ($r = -.117$). Controlando o efeito da desejabilidade social, verifica-se um aumento da força da correlação ($r = -.232$), pelo que esta variável tem um efeito na relação entre a adesão e os níveis de hemoglobina, apesar de não ser estatisticamente significativo (Tabela 17).

Tabela 17. Correlação parcial entre Adesão ao tratamento (EAT) e Hemoglobina glicosilada, controlando a desejabilidade social (CMAS-R) (N= 46)

Variável controlada		Hemoglobina glicosilada	p
-	Adesão ao tratamento	-.117	.438
Desejabilidade Social	Adesão ao tratamento	-.232	.126

Estudo III – Grupo de controlo da população geral

1. Estudo da relação entre a vergonha e qualidade de vida

As correlações efectuadas apontam que a “vergonha caracteriológica”, a “vergonha corporal” e o total da escala de vergonha se relacionam negativa e significativamente com a qualidade de vida geral. Isto significa que os sujeitos com maiores índices de vergonha, à excepção da “vergonha

comportamental”, tendem a perceber a sua qualidade de vida como inferior. Mais ainda, maiores níveis de vergonha tendem a originar menores níveis de “bem estar psicológico”.

De referir que nenhum factor ou o total da escala de vergonha se associa com a percepção da qualidade do “ambiente escolar”, uma vez que as correlações obtidas não são significativas (Tabela 18).

Tabela 18. Correlações entre Vergonha interna (ESS) e Qualidade de vida (KIDSCREEN) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Vergonha caracteriológica	-.382**	-.567**	-.225 ^{ns}	-.371*	-.027 ^{ns}	-.491**
Vergonha comportamental	-.206 ^{ns}	-.468**	-.039 ^{ns}	-.204 ^{ns}	.072 ^{ns}	-.269 ^{ns}
Vergonha corporal	-.097 ^{ns}	-.547**	-.256 ^{ns}	-.216 ^{ns}	-.055 ^{ns}	-.379**
Total	-.297*	-.585**	-.180 ^{ns}	-.314*	.004 ^{ns}	-.434**

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

2. Estudo da relação entre ansiedade social e qualidade de vida

As correlações efectuadas apontam que as dimensões “desconforto e evitamento social em situações novas”, “desconforto e evitamento social geral” e o total da escala ansiedade social, se relacionam negativa e significativamente com uma visão global da qualidade de vida. Isto é, os sujeitos com maiores índices de ansiedade social (à excepção do que se relaciona com o “medo de avaliação negativa”), tendem a perceber a sua qualidade de vida como inferior. Maiores níveis de ansiedade social, quer quando nos referimos aos factores, quer ao seu total, tendem a originar menores níveis de “bem estar psicológico”.

De referir que em nenhum factor ou o total da escala de ansiedade social, se associa com a “autonomia e relação com os pais” nem com a percepção da qualidade do “ambiente escolar” (Tabela 19).

Tabela 19. Correlações entre Ansiedade social (SAS-A) e Qualidade de vida (KIDSCREEN) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Medo de avaliação negativa	-.123 ^{ns}	-.332*	-.033 ^{ns}	-.254 ^{ns}	-.030 ^{ns}	-.230 ^{ns}
Desconforto e evitamento social em novas situações	-.320*	-.594**	-.101 ^{ns}	-.274 ^{ns}	-.019 ^{ns}	-.408**
Desconforto e evitamento social geral	-.365*	-.670**	-.276 ^{ns}	-.343*	.023 ^{ns}	-.524**
Total	-.304*	-.612**	-.139 ^{ns}	-.340*	-.016 ^{ns}	-.439**

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

3. Estudo da relação entre vinculação segura e qualidade de vida

A análise estatística aponta que, de um modo geral, sujeitos com vinculação segura, percebem melhor qualidade de vida. A vinculação à figura materna apresenta-se como aquela que apresenta correlações mais elevadas. De referir que não foi encontrada nenhuma relação significativa entre a vinculação e o “ambiente escolar” (Tabela 20).

Tabela 20. Correlações entre Vinculação segura (IPPA) e Qualidade de vida (KIDSCREEN) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Vinculação Mãe	.327*	.511**	.516**	.246 ^{ns}	-.008 ^{ns}	.533**
Vinculação Pai	.189 ^{ns}	.295*	.474**	.326*	.111 ^{ns}	.452**
Vinculação Amigos	.169 ^{ns}	.537**	.211 ^{ns}	.422**	.110 ^{ns}	.440**

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

4. Estudo da relação entre a sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão) e qualidade de vida

A análise das correlações efectuadas permite indicar que a sintomatologia psicopatológica se associa com uma percepção de pior qualidade de vida por parte dos sujeitos, no índice global da escala KIDSCREEN. É possível verificar que a relação entre a sintomatologia depressiva e o bem estar físico e psicológico é mais forte do que a relação

entre a sintomatologia ansiógena e as referidas dimensões.

Não foi encontrada uma relação significativa entre a sintomatologia psicopatológica e a dimensão de qualidade de vida “autonomia e relação com os pais” (Tabela 21).

Tabela 21. Correlações da Ansiedade e Depressão (HADS) com a Qualidade de vida (KIDSCREEN) (N= 46)

	Bem estar físico	Bem estar psicológico	Autonomia e Relação Pais	Suporte Social	Ambiente Escolar	Total
Ansiedade	-.200 ^{ns}	-.603**	-.233 ^{ns}	-.388**	-.296*	-.511**
Depressão	-.486**	-.724**	-.238 ^{ns}	-.273 ^{ns}	-.186 ^{ns}	-.591**

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

5. Estudo da relação entre vinculação insegura aos pares e vergonha e ansiedade social

Da análise da tabela 22, podemos verificar que os sujeitos que percebem maior insegurança na vinculação aos amigos, apresentam índices mais elevados de “vergonha caracteriológica” ($r = -.326$) e níveis mais elevados de “desconforto e evitamento social geral” ($r = -.436$).

Tabela 22. Correlações entre Vinculação insegura aos pares (IPPA) e Vergonha (ESS) e Ansiedade social (SAS-A) (N= 46)

	Vergonha caracteriológica	Vergonha comportamental	Vergonha corporal	Total
Vinculação Amigos	-.326*	-.183 ^{ns}	-.229 ^{ns}	-.285 ^{ns}
	Medo de avaliação negativa	Desconforto e evitamento social em novas situações	Desconforto e evitamento social geral	Total
Vinculação Amigos	-.150 ^{ns}	-.179 ^{ns}	-.436**	-.275 ^{ns}

* $p < .05$; ** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$

V - Discussão

Antes de mais, gostaríamos de salientar dois aspectos que poderiam ter sido importantes para uma análise mais precisa neste estudo. Consideramos que poderia ter sido útil ter incluído mais um grupo clínico, de jovens portadores de uma outra doença crónica, que não a diabetes *mellitus* tipo 1, para poder comparar resultados entre as três populações. Este facto permitiria compreender com maior detalhe a relação específica que a

diabetes *mellitus* tipo 1 poderá ter com as diferentes variáveis em estudo, face a outra doença crónica. De referir que esse esforço foi feito, através do contacto com um serviço clínico de pneumologia, no sentido de recolher dados relativos a uma população de doentes asmáticos. No entanto, revelou-se impossível de concretizar no período de realização da presente dissertação. Uma outra chamada de atenção para o reconhecimento de uma situação que no meio deste longo processo acabou por ser esquecida, embora consideremos que poderia, em certa medida, ajudar na compreensão de alguns dos resultados obtidos. Referimo-nos ao facto de não ter sido questionado aos jovens diabéticos, há quanto tempo têm a sua doença. Na verdade, sabemos que este aspecto pode ser um factor com muita relevância na forma como os jovens aceitam e lidam com a diabetes.

No estudo I, do conjunto de hipóteses avançadas, verifica-se que a população clínica apresenta maiores níveis de sintomatologia depressiva, o que corrobora a ideia de Vaz Serra (2007), que conceptualiza a doença crónica como uma situação indutora de stress, a qual pode desencadear sintomas depressivos. O autor refere ainda, que pode ser desencadeada sintomatologia ansiógena. Na nossa amostra também se verifica que os sujeitos diabéticos apresentam níveis superiores de ansiedade, ainda que as diferenças face à população geral não sejam significativas. Também Silva et al. (2006), refere a ideia de que a diabetes se associa com sintomatologia depressiva e ansiógena.

Verifica-se também que a população clínica apresenta níveis superiores de vergonha interna, e de forma mais específica, ao nível corporal (“Sentiu vergonha do seu corpo ou de alguma parte do seu corpo?”; “Evitou olhar-se ao espelho?”²) e comportamental (“Sente-se envergonhado(a) quando faz algo de errado?”; “Tentou encobrir ou esconder coisas das quais tenha vergonha de ter feito?”²). No entanto, relativamente à vergonha caracteriológica (“Sentiu vergonha de ser o tipo de pessoa que é?”; “Tentou esconder dos outros o tipo de pessoa que você é?”²) não são apontadas diferenças significativas. Este facto, remete-nos para a necessidade de prestar atenção aos aspectos mais característicos da doença, que poderão causar vergonha nos sujeitos. Na verdade, os indivíduos portadores de diabetes vêm-se obrigados a realizar comportamentos, que por vezes geram atitudes de sarcasmo por parte dos outros, nomeadamente a administração de insulina. Este resultado, vai de encontro ao estudo de Vera et al. (1997), que indica que os jovens diabéticos explicam a sua vergonha devido aos comentários por parte dos outros, os quais apontam por exemplo, que estes abusam de drogas. Para a vergonha corporal, poderão contribuir os edemas que por vezes resultam da administração de insulina.

No que se refere às hipóteses relativas às variáveis ansiedade social e vinculação, o facto de não se encontrarem corroboradas, parece indicar que a diabetes não se constitui como um factor relevante na percepção de segurança das relações com os outros.

A hipótese 5 do estudo I não se encontra corroborada, pelo que não é

² Exemplos de itens relativos às dimensões da escala de vergonha interna (ESS)

possível indicar que a população clínica apresenta maiores níveis de desajustabilidade social. Contudo, a escala utilizada poderá não ter sido a mais indicada, uma vez que contém um reduzido número de itens e os itens que contém são de carácter geral. Assim, seria útil a realização de novos estudos, utilizando uma escala de desajustabilidade social específica para a população diabética, afim de analisar com maior detalhe a importância desta variável.

Vera et al. (1997) afirmam que os comentários dos outros podem contribuir para uma visão da diabetes enquanto uma doença da qual se deve ter vergonha. Assim, pareceu-nos pertinente analisar até que ponto esses níveis de vergonha face à diabetes, medida através de uma escala de vergonha específica para o grupo clínico, e os níveis de vergonha interna, influenciam a adesão terapêutica. Verifica-se que existe uma relação negativa e significativa, entre estas variáveis. Os sujeitos que apresentam níveis mais elevados de vergonha, principalmente aqueles que se percebem como diferentes dos outros, tendem a manifestar menores níveis de adesão ao tratamento. A exceção é encontrada na relação entre a dimensão “vergonha comportamental” da escala de vergonha interna e os níveis de adesão.

Também entre a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) e a adesão ao tratamento da diabetes, é possível encontrar uma relação negativa. De facto, os sujeitos que reportam maiores níveis de ansiedade e depressão indicam menor adesão ao tratamento. Este resultado vai ao encontro de diversos estudos (Lenmark, Persson, Fisher, & Rydelius, 1999; Gary et al., 2000; Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000; Matos, 2000 e Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, 2004 *cit in* Amorim & Coelho, 2008), que apontam a saúde mental como um factor que influencia a adesão terapêutica.

Encontrámos também uma associação negativa entre a ansiedade social e a adesão terapêutica, sendo que o “medo de avaliação negativa”, se constitui como o factor que apresenta a correlação mais forte com os níveis de adesão ao tratamento. Estes dados vão de encontro ao modelo psicossocial de La Greca (1988 *cit in* La Greca & Skyler, 1991), que realça a existência de uma relação entre uma disfunção com os pares (ainda que não especificamente relativa à ansiedade social) e os níveis de adesão e autocuidado. No entanto, a relação entre a sintomatologia psicopatológica e a adesão ao tratamento revelou-se mais forte.

As relações da ansiedade, da depressão, da ansiedade social e da vergonha com a adesão ao tratamento remetem para a necessidade de se realizar uma avaliação e intervenção precoce destes aspectos, afim de não comprometer a adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, o controlo glicémico dos sujeitos. Como afirma Moreira et al. (2003), existe uma relação cíclica entre sintomatologia depressiva e ansiógena e a adesão ao tratamento. Assim, mais uma vez se exige que seja feita uma avaliação sistemática e cuidada, afim de evitar que a ansiedade, depressão, ansiedade social e vergonha comprometam a adesão terapêutica, quer que esta última gere nos sujeitos sintomatologia depressiva e ansiógena.

Os resultados revelam que uma vinculação segura se associa com níveis mais elevados de adesão ao tratamento. Estes resultados apontam no

mesmo sentido das conclusões do estudo de Kuncze & Shaver (1994 *cit in* Rosenberg & Shields, 2009), que indicam que uma vinculação segura se associa com maior auto-cuidado, e dos resultados de Ciechanowski, Katon, Russo & Walker, 2001 e Ciechanowski et al. (2004 *cit in* Morris et al., 2009), que indicam que uma vinculação insegura prejudica a adesão terapêutica. Do mesmo modo, Hanson, Henggeler & Burghen (1987 *cit in* Silva et al., 2003) referem que o apoio social por parte dos pais aos jovens portadores de diabetes se associa de forma positiva com a adesão terapêutica.

Como afirma Matos (2000), os factores afectivos podem desempenhar um papel importante na adaptação dos sujeitos à doença. No presente estudo, a relação com a mãe apresenta-se como significativa, facto que pode dever-se a esta ser a figura que mais se envolve nas questões relacionadas com a doença dos filhos.

Os resultados indicam que não existe uma relação significativa da vergonha, da ansiedade social e da vinculação com os níveis de hemoglobina glicosilada. Diversos estudos (Lenmark, Persson, Fisher, & Rydelius, 1999; Gary et al., 2000; Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000; Matos, 2000 e Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, 2004 *cit in* Amorim & Coelho, 2008; La Greca, 1988 *cit in* Almeida & Matos, 2003), apontam para uma relação positiva entre a ansiedade e depressão e os níveis de hemoglobina glicosilada. Para analisar esta relação, constituímos dois grupos em função do controlo glicémico, os quais não evidenciaram diferenças significativas. Pelo descrito e tendo em conta que a constituição dos grupos revela discrepâncias quanto ao número de sujeitos (N= 8 versus N= 38), consideramos que seria importante ter um número de indivíduos maior, com melhor controlo glicémico (HbA1c inferior a 7%), para que não houvesse uma discrepância tão grande no número de sujeitos que constituem os dois grupos.

No que respeita às relações da vergonha, da ansiedade social e da sintomatologia psicopatológica com a qualidade de vida, verifica-se que os sujeitos que apresentam maiores níveis de vergonha, ansiedade social e ansiedade e depressão tendem a reportar menores níveis de qualidade de vida, tanto na qualidade de vida em geral como na qualidade de vida associada à diabetes. Os resultados apontam ainda que sujeitos com uma vinculação segura apresentam índices mais elevados de qualidade de vida. Tal verifica-se quer quando se utiliza uma escala de qualidade de vida geral que pode ser aplicada a ambas as populações, quer quando se usa uma escala específica para os jovens diabéticos. Como aponta Bowlby (1985) será mais fácil ser feliz perante o acesso seguro a uma ou mais pessoas de confiança. Também Almeida (2003) refere que o contexto relacional dos sujeitos é importante na promoção de comportamentos de saúde, que comprometem ou não a qualidade de vida dos sujeitos. Mais especificamente, Grey e colaboradores (1998 *cit in* Almeida, 2003) afirmam que os sujeitos que descrevem as suas famílias como calorosas e apoiantes, são aqueles que apresentam maiores níveis de qualidade de vida.

Tendo em conta que este estudo se debruça sobre populações mais jovens, nomeadamente idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos e

que nestas idades, sobretudo na fase da adolescência, os pares assumem um papel de destaque, pareceu-nos pertinente analisar até que ponto uma vinculação percebida com insegura em relação a estes, se relaciona com maiores níveis de vergonha e ansiedade social. Os resultados corroboram a hipótese de que vinculação insegura aos pares se associa a maiores índices de vergonha, nos diferentes factores, quer esta seja medida por uma escala de vergonha interna não específica para diabéticos, quer seja medida por uma escala de vergonha específica para a diabetes. O estudo também aponta que uma vinculação insegura aos pares se associa com maiores níveis de ansiedade social. Como foi atrás referido, os jovens que apresentam maiores níveis de ansiedade social e vergonha, tendem a referir menores níveis de adesão ao tratamento. Assim, revela-se pertinente que as relações dos sujeitos portadores de diabetes sejam avaliadas e, quando se justificar, sejam alvo de intervenção, afim de obter melhores resultados nos níveis de adesão ao tratamento.

Uma problemática apontada por equipas médicas, refere-se à tentativa de compreender porque motivo alguns dos sujeitos que referem aderir ao tratamento da diabetes, não apresentam níveis de hemoglobina glicosilada correspondentes à adesão mencionada. No seu estudo, Garrett (2008) também verificou a existência desta discrepância, apontando a interferência da desejabilidade social como possível responsável. Assim, pareceu-nos pertinente estudar este aspecto. Verifica-se que a desejabilidade social apresenta um efeito na relação entre adesão ao tratamento e a HbA1c. No entanto, este não se revelou significativo. Parece-nos também aqui importante que novos estudos, com outras medidas de desejabilidade social e com amostras maiores sejam realizados, afim de explorar melhor a interferência deste factor na relação.

Analisando as hipóteses relativas à população geral (estudo III), verifica-se que tal como foi obtido para a população clínica, existe uma associação positiva entre vinculação segura e maiores níveis de qualidade de vida, sendo que os sujeitos que apresentam uma vinculação mais segura, tendem a manifestar índices mais elevados de qualidade de vida. Este resultado vai de encontro ao que era esperado, na medida em que diversos estudos têm demonstrado a importância das relações de vinculação ao longo da vida, ao nível dos diferentes sistemas, como por exemplo os sistemas comportamentais e emocionais (Greenberg & Safran, 1987 *cit in* Cunha, 1996). Estes sistemas constituem-se como condutores das vivências dos sujeitos e, conseqüentemente, da sua qualidade de vida. No entanto, é de referir que, na população clínica, a vinculação aos amigos é aquela que se apresenta mais relacionada com os índices de qualidade de vida, enquanto que na população geral passa a ser a vinculação à figura materna.

Como na população clínica, também na população geral, os sujeitos que reportam maiores índices de vergonha, ansiedade social e sintomatologia psicopatológica, percebem níveis inferiores de qualidade de vida. No entanto, é de referir que no grupo clínico as correlações encontradas são mais fortes, em todas as variáveis referidas.

Foi também corroborada a hipótese de que os sujeitos que percebem a sua vinculação aos pares como mais insegura, tendem a

apresentar níveis mais elevados de vergonha interna e ansiedade social. De facto, esta relação faz sentido, na medida em que os pares têm um papel importante nestas idades. Comparando com os resultados obtidos na população clínica, verificam-se correlações entre a vinculação insegura aos pares e vergonha interna e ansiedade social, mais fortes no grupo clínico do que no grupo de controlo. Tal pode dever-se ao facto da diabetes por si só ser uma situação que pode gerar ansiedade e vergonha, o que parece tender a aumentar quando os sujeitos percebem a ausência de suporte por parte dos pares.

VI - Conclusões

A análise dos resultados obtidos, permite-nos retirar algumas conclusões importantes e fornecer pistas para intervenção e futuros estudos que poderão revelar-se pertinentes.

O estudo comparativo entre a população clínica e a população geral revela um possível impacto da diabetes nos sujeitos, uma vez que estes apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva e de vergonha.

Este resultado vai ao encontro de diversos estudos que referem existir uma relação entre a diabetes *mellitus* e a sintomatologia psicopatológica. No entanto, há que referir que a relação com a sintomatologia ansiógena, no presente estudo, não se revelou significativa. Eventualmente, teria interesse analisar novamente esta relação aumentando a amostra, uma vez que outros estudos têm apontado para a sua existência.

Relativamente à vergonha, é uma emoção que existe no ser humano. Nos jovens diabéticos, os resultados do estudo apontam para um aumento deste sentimento, facto que pode dever-se aos comportamentos que têm que exercer, como por exemplo a administração de insulina ou os testes glicémicos, e às marcas corporais que estes por vezes causam. Principalmente nas idades mais jovens, estas situações podem ser geradoras de maiores índices de vergonha.

Os resultados do estudo específico para a população diabética, indicam que variáveis como a sintomatologia ansiógena e depressiva, a ansiedade social e a vergonha, se associam com menor adesão ao tratamento e índices de qualidade de vida inferiores. No nosso entender, estes dados apontam para a importância de um aspecto que por vezes é descuidado, que se refere à necessidade e pertinência de equipas multidisciplinares no acompanhamento destes jovens. Isto porque só assim é possível que seja feita uma avaliação constante e cuidada destes aspectos, afim de intervir precocemente, o que terá repercursões nos níveis de adesão ao tratamento, na saúde mental e na qualidade de vida.

Desde há muito tempo que a importância das relações tem vindo a ser analisada. No nosso estudo, é mais uma vez salientado que uma vinculação segura se associa a melhor qualidade de vida, independentemente de estarmos perante a presença ou não de diabetes. Quisemos no entanto verificar, até que ponto as relações de vinculação nos jovens portadores de diabetes, têm influência na sua adesão ao tratamento. Verificou-se que a

vinculação segura à mãe assume particular importância neste aspecto. Assim, parece-nos pertinente que sejam realizados programas de psicoeducação, especialmente dirigidos à figura materna, e caso se revele útil a outras como o pai e os pares, no sentido de ajudar estas figuras a lidar melhor com a doença dos seus filhos / amigos, para que lhes seja mais fácil agir contingentemente às dificuldades com que são deparados pelo sujeito portador de diabetes, contribuindo assim também para uma melhor adaptação dos sujeitos à doença.

Relativamente à importância dos pares, verifica-se que a percepção de uma vinculação insegura face a estes, se constitui como um aspecto potenciador de níveis de ansiedade social e vergonha. Esta relação é constatada em ambas as populações em estudo, verificando-se no entanto que é mais forte quando existe a presença de uma doença crónica como a diabetes. Assim, salienta-se a importância que os pares assumem para estes jovens e o rigor que deve existir na avaliação e trabalho terapêutico das relações focalizado em sentimentos de vergonha e ansiedade social, pois como foi atrás referido, os jovens com maiores índices de vergonha e ansiedade social tendem a manifestar menor adesão ao tratamento.

Fazendo uma análise mais global do estudo e porque uma investigação acarreta sempre limitações e aspectos a melhorar, salientamos a importância que poderia revelar um dado que não foi investigado, mais concretamente a idade em que foi diagnosticada a doença nos sujeitos. Mais ainda, seria importante aumentar a amostra, no sentido de esclarecer algumas relações que foram encontradas.

Como foi atrás referido, seria também de todo o interesse replicar algumas análises com a presença de um outro grupo de controlo, também ele portador de doença crónica, afim de observar mais detalhadamente se existem e quais as variáveis que são mais especificamente associadas à presença de *diabetes mellitus*.

Bibliografia

Aisworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers: New Jersey

Almeida, J. (2003). *Impacto dos Factores Psicológicos associados à Adesão Terapêutica, ao Controlo Metabólico e à Qualidade de Vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Psicologia Clínica, apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

Almeida, V. & Matos, A. P. (2003). *A Diabetes na Adolescência – Um estudo biopsicossocial*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 3 (1), 61-76

American Diabetes Association (2010). Diagnosis and Classification of Diabetes *Mellitus*. *Diabetes Care*, 33 (Supplement 1)

Amorim, I. & Coelho, R. (2008). Diabetes *Mellitus* tipo 2 e Sintomas Psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 319-333

Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29 – 42

Bowlby, J. (1982). Attachment and Loss: attachment. The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis: London

Bowlby, J. (1985). Attachment and Loss: separation, anxiety and anger. The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis: London

Brown, L. & Wright, J. (2001). Attachment Theory in Adolescence and its Relevance to Developmental Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 15 – 32

Ciechanowski, P., Katon, W., Russo, J. & Walker, E. (2001). The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 158, 29 – 35

Correia, L. G. (2010). Epidemiologia da diabetes *mellitus*. In Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (2010). Diabetes uma abordagem global. Euromedicine, Edições médicas

Cunha, M. (1996). A visão de si mesmo e dos outros na ansiedade social. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (especialização Cognitivo-Comportamental e Sistémica), apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva

Cunha, M. (2005). Ansiedade social na adolescência: avaliação e trajetórias de desenvolvimento. Dissertação de Doutoramento, especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Isabel Maria Costa Soares

Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Alegre, S. & Salvador, M.C. (2004). Avaliação da Ansiedade Social na Adolescência: A versão Portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263

Eng, W., Heimberg, R., Hart, T., Schneier, F. & Liebowitz, M. (2001). Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion*,

1 (4), 365 – 380

Erikson, E. H. (1969). *Enfance et Société*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel

Fonseca, A.C. (1992). Uma escala de Ansiedade para crianças e adolescentes: “O que eu penso e o que eu sinto”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 141-155

Garrett, S. (2008). Adesão ao tratamento da Diabetes em adolescentes: Factores Motivacionais. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob orientação da Professora Doutora Marina Serra Lemos

Gaspar, T., Matos, M. & Equipa do Aventura Social. (2008). Qualidade de vida em crianças e adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52

Gregory, K. F. & Elizabeth, L. M. (2000). Chronic Medical Conditions: Impact on Development. In Arnold J. Sameroff, Michael Lewis & Suzanne M. Miller (2000). *Handbook of Developmental Psychopathology*. Kluwer Academic / Plenum Publishers: New York

Greist, J.H., Jefferson, J.W. & Marks, I.M. (1986). *Anxiety and its Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc

Jacobson, A. M., Degroot, M. e Sanson, J. A. (1994). The Evaluation of Two Measures of Quality of Life in Patients with Type I and Type II diabetes. *Diabetes Care*, 17, 267-274.

La Greca, A. M. & Skyler, J. S. (1991). Psychosocial Issues in IDDM: A Multivariate Framework. In Philip M. McCabe, Neil Schneiderman, Tiffany M. Field & Jay S. Skyler (1991). *Stress, Coping and Disease*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers: New Jersey

Lopes, B. & Pinto Gouveia, J. (2005). Portuguese Version of the “Experience of Shame Scale”. Unpublished manuscript.

Matos, A. P. (1999). Desenvolvimento de instrumentos de avaliação para o estudo da diabetes: Desenvolvimento de uma escala de “Adesão ao Tratamento”. Trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento, Coimbra.

Matos, A. P. (2000). Estudo de alguns aspectos emocionais e cognitivos na Diabetes. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 173 – 182

Matos, A. P. & Oliveira, R. (2008). Escala de Vergonha corporal na Diabetes. In Raquel Oliveira. *Mindfulness*, vergonha e sua relação com a

qualidade de vida, ansiedade, depressão, adesão ao tratamento e controlo glicémico na Diabetes *Mellitus* tipo 1. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

Matos, P. M. & Costa, M. E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de consulta psicológica*, 12, 45-54

Moreira, R. O., Papelbaum, M., Appolinario, J. C., Matos, A., Coutinho, W. F., Meireles, R. M. R. et al. (2003). Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 47(1), 19-29.

Morris, L., Berry, K., Wearden, A., Jackson, N., Dornan, T. & Davies, R. (2009). Attachment style and alliance in patients with diabetes and healthcare professionals. *Psychology, Health & Medicine*, 14 (5), 585 – 590

Neves, L., Soares, I. & Silva, M.C. (1999). Inventário da vinculação na adolescência – I.P.P.A.. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds). (1999). *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. 2. Braga: APPORT / SHO

Nelas, P. (2004). Suporte Social na Gravidez Adolescente: Estudo Comparativo entre Grávidas Adolescentes e Adultas. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde, sob orientação do Professor Doutor Carlos Amaral Dias

Oliveira, R. (2008). Mindfulness, vergonha e a sua relação com qualidade de vida, ansiedade, depressão, adesão ao tratamento e controlo glicémico na diabetes *mellitus* tipo 1. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225 – 237

Pinto-Gouveia, J. (2000). Ansiedade Social: da timidez à fobia social. Coimbra: Quarteto

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364

Ribeiro, J. L. P. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise psicológica*, 1 (XX), 67 – 75

Rosas, S. (2010). Diagnóstico e classificação da diabetes *mellitus*. In Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. (2010). Diabetes uma abordagem global. Euromedicine, Edições médicas

Rosenberg, T. & Shields, C. (2009). The Role of Parent Adolescent Attachment in the Glycemic Control of Adolescents With Type 1 Diabetes: A Pilot Study. *Families, Systems & Health*, 27 (3), 237 – 248

Sarason, B. R. et al. (1990). Social Support: An Interactional View. Nova Iorque: Awiley.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do Apoio Social na Qualidade de Vida, Controlo Metabólico e Desenvolvimento de Complicações crónicas em indivíduos com Diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32

Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica*, 41, 193 – 204

Strodl, E. & Noller, P. (2003). The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. *Personal Relationships*, 171 – 185

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Vaz Serra, A. (2007). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Livraria Minerva

Vera, L., Nollet-Cléménçon, C., Vila, G., Mouren-Siméoni, M. C. & Robert, J. J. (1997). Social anxiety in insulin-dependent diabetic girls. *Eur Psychiatry*, 12, 58 – 63

Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J.

Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171-184). New York: Basic Books

Wilson, W., Ary, D.V., Biglan, A., Glasgow, R.E., Toobert, D.J., & Campbell, D.R. (1986). Psychosocial predictors of self-care behaviours (compliance) and glycemic control in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9, 614 - 622.

World Health Organization (1999). Definition, Diagnosis and Classification of diabetes *mellitus* and its Complications. Geneva

Anexos

1. *PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO*

2. *PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ÀS ESCOLAS*

3. *PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE*

4. *FOLHA DE ROSTO DO PROTOCOLO COM QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO*

5. *INSTRUMENTOS*