

Ansiedade, Stresse e Depressão em Jovens Adultos com Diabetes Tipo 1

Anxiety, Stress and Depression in Young Adults with Type 1 Diabetes

L. Serrabulho¹, M. Gaspar de Matos², J. V. Nabais³, J. F. Raposo¹

1- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Lisboa, Portugal

2- Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Portugal

3- Universidade de Évora, Portugal

Resumo

Introdução: A vida dos jovens adultos com diabetes tipo 1 (DM1) tem muitas exigências e as consequências psicológicas da adesão contínua aos aspetos do tratamento pode afetar a qualidade de vida.

Objetivos: Conhecer o suporte social, satisfação com a vida, ansiedade, stresse e depressão nos jovens adultos com DM1.

Material e Métodos: Estudo quantitativo realizado com 278 jovens adultos com DM1 (18 - 35 anos).

Resultados: Os jovens consideram ter bom suporte social. A média de satisfação com a vida é $6,6 \pm 1,7$ (escala 0-10). A maior parte dos jovens não apresenta estados persistentes de ansiedade e de excitação e tensão (stresse), pelo que têm resistência à frustração e desilusão. A maioria dos jovens não apresenta sintomas de depressão, revelando auto-estima, sentimentos positivos, motivação, entusiasmo e perceção da probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos. A análise fatorial das escalas de ansiedade, stresse e depressão permitiu encontrar 3 fatores que explicam 50% da variância total: stresse (36%), ansiedade (8%), depressão (6%).

Conclusões: Os jovens adultos com DM1 têm bom suporte social e satisfação com a vida. A maior parte dos jovens não revela sintomas de ansiedade, stresse e depressão. O suporte social e a satisfação com a vida poderão contribuir para uma boa saúde mental.

Palavras-chave: jovens adultos, diabetes tipo 1, ansiedade, stresse, depressão, suporte social.

Abstract

Introduction: The life of young adults with type 1 diabetes (DM1) has a lot of requirements and the psychological consequences of continuous adherence to diabetes treatment can affect youngsters' quality of life.

Aims: The objectives consisted on: evaluation of social support, satisfaction with life, anxiety, stress and depression in young adults with DM1.

Methods: Quantitative study with the participation of 278 young adults with DM1 (18 - 35 years).

Results: Young adults consider having a good social support from family, friends, peers and health care team. Satisfaction with life was 6.6 ± 1.7 (scale 0-10). Most of young adults do not present persistent anxiety condition and persistent excitement condition (stress), so, they can resist to frustration and disappointment. Most of youngsters do not reveal depression symptoms, revealing self-esteem, positive feelings, motivation, enthusiasm, and perception about the probability of achieving significant life objectives. Factorial analysis relating to anxiety, stress and depression scales allowed to find 3 factors that explain 50% of total variance: stress (36%), anxiety (8%), depression (6%).

Conclusions: Young adults with type 1 diabetes showed good social support and satisfaction with life. Most of youngsters do not reveal symptoms of anxiety, stress and depression. Good social support and satisfaction with life may contribute to a good mental health.

Keywords: young adults, type 1 diabetes, anxiety, stress, depression, social support.

> INTRODUÇÃO

O diagnóstico de diabetes pode mudar a vida da pessoa e da família, que podem experimentar sentimentos de choque, ansiedade, descrença, culpa, medo, zanga, dor, vergonha, receio de ser estigmatizado, depressão, de-

sespero, desamparo e solidão.^[1,2] Por outro lado, a pessoa pode também sentir esperança, coragem e um aumento de confiança. A resposta ao diagnóstico é variada e condicionada por um leque de fatores biológicos, psicológicos e sociais que podem afetar a saúde mental.^[2] Considera-se que a adaptação à doença crónica é um processo contínuo e dinâmico, com fases de maior equilíbrio e aceitação e outras de maior ansiedade, revolta ou depressão, que têm a ver com padrões individuais. Seis meses depois do diagnóstico, os jovens com diabetes encontram alguma forma de adaptação e equilíbrio comportamental.^[3] Viver com diabetes tipo 1 é um processo contínuo e complexo, com muitas exigências e constrangimentos e as

CORRESPONDÊNCIA

Lurdes Serrabulho

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

Rua do Salitre, 118-120

1250-203 Lisboa

Tel.: +351 213 816 100

Fax: +351 213 859 371

E-mail: lserrabulho@apdp.pt

consequências psicológicas das pesquisas frequentes de glicemia e de administração de insulina, o medo das hipoglicemias, a pressão da família e dos profissionais de saúde podem originar muito stresse na vida dos jovens adultos e torná-los especialmente vulneráveis ao *burn-out* da diabetes. [4-6]

A constante adesão ao tratamento da diabetes pode manifestar-se em deficiente controlo metabólico e os esforços menos bem sucedidos podem levar a falta de autenticidade e de autonomia, a sentimentos de desamparo, frustração, vergonha e zanga, percursos de depressão. Esta situação pode ir piorando com a idade. [2] As pessoas com diabetes tipo 1 têm mais probabilidades de ter problemas de saúde mental, tal como depressão e ansiedade, do que a população em geral, o que pode tornar mais difícil o controlo glicémico e a compensação da diabetes. [4-7]

Os sintomas depressivos ou a depressão têm um pico por volta dos 21 anos e está reportado que pode atingir 23 a 35% dos jovens com diabetes entre os 18 e os 28 anos de idade. [8]

A depressão nos jovens com diabetes está relacionada com pior controlo glicémico, [2,5-7] o que pode levar ao abandono dos jovens do acompanhamento dos serviços de saúde por medo de repreensões dos profissionais de saúde. [2]

No Estudo Dawn, 13% e 26% dos profissionais de saúde acreditam que a depressão e a ansiedade, respetivamente, são comuns entre os jovens adultos com diabetes e referem que 18% dos jovens são acompanhados por especialistas de Saúde Mental. [9]

A ansiedade e a depressão englobam sintomas comuns como a insónia, irritabilidade e dificuldade de concentração, mas diferenciam-se pela anedonia, ausência de experiências emocionais positivas, que é específica da depressão, e pelas manifestações somáticas de tensão e hiperatividade, que são características da ansiedade. [10,11]

A adesão ao regime ideal de cuidados na diabetes requer um grande autocontrolo para seguir uma rotina complexa de administração de insulina e refeições, pesquisas frequentes de glicémia e exercício regular. Os jovens com diabetes tipo 1 podem ver esta rotina como imposta externamente pela equipa de saúde e família, numa fase do desenvolvimento em que a separação da autoridade dos adultos é fundamental. [12] O problema que se coloca é que os benefícios de seguir estes cuidados são sobretudo a longo prazo, com a prevenção das complicações tardias, enquanto que os jovens vivem frequentemente no presente e preocupam-se pouco com o que acontece a longo prazo. [3,13,14]

As pesquisas sugerem que a passagem da adolescência

para a idade adulta pode ser mais complicada devido à diabetes. [15] A doença crónica e as resultantes alterações na saúde funcionam como uma fonte contínua de stresse, para além dos fatores de stresse diários. O apoio do ambiente social pode ter um contributo essencial para uma gestão de sucesso da diabetes. [4,12,16]

O suporte social protege das perturbações induzidas pelo stresse, consistindo na disponibilidade e apoio das pessoas mais próximas com quem se estabelece uma relação de confiança e afetividade e que mostram que se preocupam e valorizam as situações, tornando os jovens mais fortes e em melhor condição para enfrentar as dificuldades. [12,17] No caso da diabetes, o apoio social percebido está relacionado positivamente com os comportamentos de adaptação à doença, a gestão eficaz, a adesão ao tratamento e ao controlo glicémico e com a redução do risco de ansiedade e depressão. [18]

O apoio da família tem sido reconhecido em vários estudos como vital para os adultos com diabetes, pois podem apoiar a gestão diária da doença e encorajar e apoiar as tomadas de decisão, facilitando a gestão e a adaptação à doença. A perceção do suporte positivo da família contribui também para o bem-estar dos jovens com diabetes. [4,8,16,19]

As pessoas com diabetes que referem maior satisfação com o apoio social apresentam uma melhor qualidade de vida na maioria dos domínios. A satisfação com as amizades demonstrou estar positivamente relacionada com o funcionamento físico, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, papel emocional, saúde mental e satisfação. As pessoas com melhor controlo metabólico referiram estar mais satisfeitos com as amizades, o que confirma a importância da perceção do apoio social no contexto dos cuidados de saúde. [18]

Os jovens consideram os pares como elementos essenciais no apoio emocional relativamente à diabetes no que se refere a encorajamento, aceitação, compreensão, perspetivas positivas, ajuda, estímulo, interesse e apoio. [8,20]

A perceção individual da doença depende muito dos recursos individuais da pessoa e da sua rede social de apoio. Apesar da sobrecarga e do desgaste ocasionado pelo tratamento diário e contínuo da diabetes, verifica-se que a maior parte das pessoas com diabetes se adapta bem à doença e ao tratamento. [21]

O trabalho apresentado faz parte de um projeto de investigação que incluiu um estudo quantitativo [22] e um estudo qualitativo.

O objetivo do estudo quantitativo, aqui em parte apresentado, pretende conhecer o suporte social, a satisfação com a vida, a ansiedade, stresse e depressão nos jovens adultos com diabetes tipo 1.

Esta publicação poderá permitir um melhor conhecimento do suporte social, satisfação com a vida e aspetos de saúde mental dos jovens adultos com diabetes tipo 1, proporcionando aos profissionais de saúde melhorar os cuidados, provavelmente mais adaptados às necessidades dos jovens.

> MATERIAL E MÉTODOS

Os participantes neste estudo foram 278 jovens adultos com diabetes tipo 1, sendo 139 do sexo masculino (50%) e 139 do sexo feminino (50%), com idades compreendidas entre 18 e 35 anos (inclusive).

Os jovens adultos deste grupo etário que fizeram consultas de vigilância periódica na Instituição durante o ano de 2011 foram 1089, pelo que a amostra estudada se refere a 25,5% da população.

O instrumento de colheita de dados foi um questionário, baseado no questionário utilizado no estudo "A Saúde e os Estilos de Vida dos Adolescentes com Diabetes Tipo 1", [23,24] adaptado para este grupo etário.

O questionário engloba 63 questões relacionadas com comportamentos de saúde, estilos de vida, satisfação com a vida, suporte social, diabetes, ansiedade, stresse e depressão. As 20 questões da área da diabetes abrangem o tempo de evolução, tratamento, adesão ao tratamento, compensação, complicações agudas e tardias, representações e adaptação psicológica.

Na maior parte das questões foram utilizadas escalas de Likert. A escala de satisfação com a vida varia entre 0 = "pior vida possível" até 10 = "melhor vida possível". As respostas ≥ 7 representam uma satisfação positiva com a vida. [25]

Foi utilizada a Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão – EASD-21, de Lovibond e Lovibond, validada para Portugal por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal. [10] É uma escala de 21 itens distribuídos em igual número pelas três dimensões: Ansiedade, Stress e Depressão, pelo que cada dimensão tem 7 itens. Cada item consiste numa afirmação relacionada com sintomas emocionais negativos. [10] A escala de Ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e as respostas intensas de medo, abrangendo: Excitação do Sistema Nervoso Autónomo (itens 2,4,19); Efeitos Músculo-esqueléticos (item 7); Ansiedade Situacional (item 9); Experiências Subjectivas de Ansiedade (itens 15,20). [10]

A escala de Stresse sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão, incluindo: Dificuldade em Relaxar (itens 1,12); Excitação Nervosa (item 8); Facilmente Agitado / Chateado (item 18); Irritável / Reação Exagerada (itens 6,11); Impaciência (item 14). [10]

A escala de Depressão é caracterizada pela perda de auto-estima e motivação e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para a pessoa, nomeadamente: Disforia (item 13); Desânimo (item 10); Desvalorização da vida (item 21); Auto-depreciação (item 17); Falta de interesse ou de envolvimento (item 16); Anedonia (item 3); Inércia (item 5). [10]

Os participantes no estudo respondem em que medida experimentaram cada sintoma na última semana, assinalando numa escala de frequência de quatro pontos. A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim;

1 – aplicou-se a mim algumas vezes;

2 – aplicou-se a mim muitas vezes;

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

Este escalonamento em 4 posições varia entre "normal" e "muito grave". Estas escalas foram utilizadas por Lovibond e Lovibond e por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal [10] em populações sem doença, com média de idades de 20 e 21 anos, respetivamente, sendo recomendada a utilização em sujeitos com idades superiores a 17 anos. A população do estudo de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal [10] foi constituída por 200 jovens. O primeiro autor deste estudo deu permissão para a utilização da escala EASD-21 no presente estudo.

Depois da realização da adaptação do questionário solicitou-se a um painel de especialistas da instituição composto por 34 técnicos de saúde (15 médicos, 11 enfermeiros, 4 dietistas, 2 nutricionistas, 1 psicóloga e 1 professora de educação física) com experiência no trabalho com crianças, adolescentes e jovens adultos com diabetes tipo 1 a sua apreciação. Em simultâneo foi também solicitada a colaboração de 3 jovens e 4 adultos com diabetes tipo 1 para darem opinião sobre o questionário.

O estudo decorreu depois de ter sido aprovado pela Comissão de Ética da Instituição, em Setembro de 2010. Os jovens adultos participantes no estudo frequentaram as consultas de vigilância periódica na Instituição no período entre Abril de 2011 e Abril de 2012. Os jovens foram informados sobre os objetivos do estudo e o carácter confidencial da informação individual recolhida. Os jovens que aceitaram responder ao questionário do estudo preencheram consentimento informado.

O critério de exclusão foi doença mental.

Relativamente à análise de dados, este estudo consistiu numa Investigação Quantitativa, com Análise Descritiva, Comparativa, Fatorial, Correlacional e Inferencial. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com o programa "Statistical Package for Social Science" – SPSS

para Windows (SPSS, versão 19, IBM, Nova Iorque, EUA). Neste artigo são apresentadas Análises Descritivas (os resultados são apresentados como Média ± Desvio padrão e percentagens) e Fatoriais.

Foi feita análise de consistência interna da Escala de 21 itens de Ansiedade, Stresse e Depressão utilizando o teste Alfa de Cronbach. [26]

Para estudar as características psicométricas dos itens da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão desenvolveu-se uma análise fatorial exploratória de componentes principais. Para aferir a qualidade das correlações entre variáveis foi utilizado o método estatístico de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett. [27]

> RESULTADOS

Dados Demográficos

Apresenta-se em seguida no Quadro I a caracterização dos jovens. Como se pode observar, a média de idade dos jovens adultos participantes neste estudo é de 27 ± 5 anos e têm diabetes há 14 ± 7,7 anos. Os jovens do grupo etário dos 18 aos 26 anos são 132, constituindo

Quadro I - Caracterização dos jovens.

	%	Média e Desvio-padrão
Género		
Feminino	50	-
Masculino	50	-
Idade	-	27 ± 5 anos
Grupo Etário		
18-26	47,5	-
27-35	52,5	-
Com quem vivem		
Pai	50	-
Mãe	39	-
Marido, mulher, namorados	39	-
Irmãos	26	-
Filhos	15	-
Outros	10	-
Sozinhos	2	-
Ocupação		
Estudam	23	-
Estudam e trabalham	9	-
Trabalham	57	-
Desempregados/não estudam nem trabalham	11	-
Tempo de evolução da diabetes	-	14 ± 7,7

47,5% da amostra e dos 27 aos 35 anos são 146, constituindo 52,5% da amostra.

Relativamente ao agregado familiar, a maior parte dos jovens vive com os pais, sendo a percentagem dos jovens que vivem com a mãe (50%) superior aos que vivem com o pai (39%). 26% dos jovens vivem também com irmãos; 21% vivem com o marido/namorado/companheiro, 18% vivem com a mulher, namorada/companheira e 15% com os filhos.

A maior parte dos jovens trabalham (57%).

Apoio Social e Relações Afetivas

Em relação ao à vontade que sentem para falar sobre os temas que os preocupam, a maior parte dos jovens consideram ser fácil e muito fácil falar com familiares, amigos, namorados, pessoas com diabetes e equipa de saúde (58 a 92%).

No que se refere ao à vontade que sentem para falar sobre a diabetes, a maior parte dos jovens referem ser fácil e muito fácil falar com todas as pessoas referidas anteriormente (variação entre 78 a 96%).

Relativamente à Família, os jovens referem que acontece muitas vezes: ter ajuda quando precisam (90%), a família ser muito protetora (69%) e preocupar-se demasiado com a diabetes (68%). Quanto ao relacionamento com os colegas de estudo e trabalho 75% dos jovens consideram que a maior parte dos colegas são simpáticos e prestáveis e que, em 83% dos casos, os colegas os aceitam como são.

Quanto à participação em atividades de grupo com outros jovens com diabetes, 60% dos jovens já tiveram essa experiência em consultas em grupo (66%) e campos de férias (59%). Quanto às opiniões sobre as atividades, 85% dos jovens que participaram consideram ter sido uma ótima experiência, com divertimento e convívio, 67% consideraram muito úteis e 39% consideram que permitem mais aprendizagem.

Satisfação com a Vida

A média de satisfação com a vida dos jovens, numa escala de 0 (pior vida possível) a 10 (melhor vida possível) é de 6,6 ± 1,7, sendo que 60% dos jovens consideram a sua satisfação com a vida em valores no último quadril (≥ 7).

Quanto às escalas de importância na vida, também numa escala de 0 a 10, os jovens consideram, em média, a vida familiar em 9,1 ± 1,4, o suporte social e afetivo em 8,5 ± 1,5, a ocupação (Estudo e/ou trabalho) em 8,4 ± 1,5, as atividades de lazer e tempos livres em 8,2 ± 1,6, a

Quadro II - Análise descritiva da Ansiedade nos jovens.

Variáveis de Ansiedade	Não se aplicou nada (%)	Aplicou-se algumas vezes (%)	Aplicou-se muitas / maior parte das vezes (%)
2. Senti a minha boca seca (Excitação do Sistema Nervoso Autónomo)	31,5	46,9	21,5
4. Senti dificuldade em respirar (Excitação do Sistema Nervoso Autónomo)	86,9	10,6	2,5
7. Senti tremores (por exemplo nas mãos) (Efeitos Músculo-esqueléticos)	39,2	43,6	17,2
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula (Ansiedade Situacional)	74,7	19,0	6,2
15. Senti-me quase a entrar em pânico (Experiências Subjetivas de Ansiedade)	81,9	12,2	5,9
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (Excitação do Sistema Nervoso Autónomo)	71,2	21,8	7,0
20. Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso (Experiências Subjetivas de Ansiedade)	75,5	19,0	5,4

gestão da diabetes em $8,8 \pm 1,5$ e a capacidade de gestão da diabetes em $7,2 \pm 1,8$.

Ansiedade, Stresse e Depressão

Apresenta-se em seguida a estatística descritiva das Escalas de Ansiedade, Stresse e Depressão – EASD-21. Optou-se por juntar os itens muitas vezes e a maior parte das vezes para facilitar a visualização dos resultados. Como se pode observar no Quadro II, na Escala de Ansiedade temos dois itens que estão também relacionados com a sintomatologia da diabetes, designadamente “sentir a boca seca” e “Sentir tremores (por exemplo nas mãos)”, que podem estar relacionados com a situação de hiperglicémia e hipoglicémia, respetivamente, e que podem ter enviesado estas respostas, pois são essas duas questões que apresentam maior número de respostas em “aplicou-se a mim algumas vezes”, respetivamente

46,9% e 43,6% e em “aplicou-se muitas e a maior parte das vezes”, 21,5% e 17,2%. Ressaltando essas duas exceções, 71,2% dos jovens na questão “Sentir alterações no coração sem fazer exercício físico” e 86,9% na questão “Sentir dificuldade em respirar”, consideram que essas situações não se aplicaram nada.

Quanto aos resultados referentes à Escala de Stresse (Quadro III), 26,6% a 49,6% dos jovens consideram que as situações referidas não se aplicaram na última semana, enquanto 32,8% a 46,3% consideram que se aplicou algumas vezes. Relativamente à ocorrência muitas vezes / a maior parte das vezes, essas situações de stresse variaram entre 11,7% na questão “Estar intolerante em relação a qualquer coisa que os impedisse de terminar aquilo que estavam a fazer” e 26,1% na questão “Sentir que por vezes estavam sensíveis”.

Relativamente à Escala de Depressão (Quadro IV), a maior parte dos jovens, de 57,8% a 84,7% (com exceção da

Quadro III - Análise descritiva do Stresse nos jovens.

Variáveis de Stresse	Não se aplicou nada (%)	Aplicou-se algumas vezes (%)	Aplicou-se muitas / maior parte das vezes (%)
1. Tive dificuldade em me acalmar (Dificuldade em Relaxar)	41,0	37,4	21,7
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações (Irritável / Reação Exagerada)	39,4	44,2	16,4
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa (Excitação Nervosa)	46,7	32,8	20,5
11. Dei por mim a ficar agitado/a (Irritável / Reação Exagerada)	41,0	41,7	17,4
12. Senti dificuldade em me relaxar (Dificuldade em Relaxar)	35,4	39,8	24,8
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer (Impaciência)	49,6	38,7	11,7
18. Senti que por vezes estava sensível (Facilmente Agitado / Chateado)	27,6	46,3	26,1

Quadro IV - Análise descritiva da Depressão nos jovens.

Variáveis de Depressão	Não se aplicou nada (%)	Aplicou-se algumas vezes (%)	Aplicou-se muitas / maior parte das vezes (%)
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo (Anedonia)	67,8	24,5	7,7
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas (Inércia)	57,5	34,1	8,5
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro (Desânimo)	81,6	14,3	4,1
13. Senti-me desanimado/a e melancólico/a (Disforia)	44,3	38,1	17,6
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada (Falta de interesse ou de envolvimento)	71,4	20,9	7,7
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa (Auto-depreciação)	76,1	17,3	6,6
21. Senti que a vida não tinha sentido (Desvalorização da vida)	84,7	10,1	3,7

questão “Sentir-se desanimado/a e melancólico/a”) consideram que na última semana as situações referidas não se aplicaram. A percentagem de jovens que consideram que as referidas situações na última semana se aplicaram muitas e a maior parte das vezes variam entre 3,7% para a questão “Sentir que a vida não tinha sentido” e 17,6% para a questão “Sentir-se desanimado/a e melancólico/a”.

Foi feita análise de consistência interna da escala dos 21 itens de Ansiedade, Stresse e Depressão utilizando o teste Alfa de Cronbach, que revelou o valor de 0,893, o que permitiu verificar que a escala possui boa consistência interna. [26]

Para estudar as características psicométricas dos itens da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão desenvolveu-se uma análise fatorial exploratória de componentes principais. Os resultados relativos à matriz final com as 21 variáveis foram de 0,902 para o KMO, sendo o Teste Bartlett de Esfericidade muito significativo (Qui-quadrado 2328,370 (210 df; $p = ,000$).

Foram encontrados três fatores principais com *eigenvalue* superior a 1 (7,49, 1,72 e 1,19). O 1º fator explica 35,67%, o 2º fator 8,20% e o 3º fator 5,69%, ou seja, 49,57% da variância total no conjunto dos 21 itens analisados.

Através da análise da natureza dos itens, optou-se por denominar o primeiro fator por Stresse, atendendo a que abrange todos os 7 itens referentes ao Stresse, 4 itens da Ansiedade e 2 itens da depressão. O fator dois foi denominado Depressão porque os quatro itens associados a este fator se referem à escala da depressão. Os itens associados ao fator 3 referem-se a Ansiedade (2,4 e 19) e Depressão (3 e 5), pelo que este fator foi denominado Ansiedade.

No artigo referente à validação desta escala para Portugal [10] também foi utilizada a análise fatorial, que encontrou 3 fatores para explicar as correlações entre os vinte

e um componentes da escala e estes 3 fatores explicam 50,35% da variância total. Os 3 fatores também foram denominados Stresse, Depressão e Ansiedade, verificando-se que as escalas de stresse e depressão carregavam o fator a que pertenciam de forma significativa e que a escala de ansiedade mostrava 2 itens com uma carga mais elevada noutra dimensão e que a escala de ansiedade é a mais fraca no sentido de que os itens se misturam com as outras escalas. Neste estudo, como se pode verificar no quadro 5, existe sobreposição de 10 itens da escala de depressão e de 7 itens da escala de ansiedade.

Segundo os autores da validação das escalas e os autores da escala original [10] verifica-se que as escalas de Ansiedade, Stresse e Depressão avaliam construtos mais semelhantes do que diferentes, o que está de acordo com a teoria geral em que se baseiam estes instrumentos. Os itens em que há mais sobreposição pertencem às escalas de stresse e ansiedade e são os que sugerem tensão e a energia nervosa, o que pode ser uma “natural continuidade entre os síndromas avaliados pelas escalas de ansiedade e stresse e o ponto de divisão entre as duas pode ser de certo modo mais arbitrário” (Lovibond e Lovibond, citado por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal). [10] Neste estudo, os itens em que se verifica mais sobreposição pertencem às escalas de stresse e depressão.

Da análise do Quadro V é possível observar que se encontram doze itens agrupados ao primeiro fator. Este componente explica 35,67% da variância e toma a designação de Stresse. Os quatro itens associados à dimensão de Depressão referem-se a 8,2% da variância explicada pela escala. Os restantes cinco itens estão associados à componente Ansiedade e referem-se a 5,69% da variância explicada pela escala.

No quadro seguinte observa-se a proporção da variância total de cada variável explicada pelos fatores. Assim,

Quadro V - Estrutura fatorial da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão.

Variáveis de Ansiedade, Stresse e Depressão	Fator 1 Stresse	Fator 2 Depressão	Fator 3 Ansiedade
11. Dei por mim a ficar agitado/a (Stresse)	,82	-	-
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa (Stresse)	,75	-	-
12. Senti dificuldade em me relaxar (Stresse)	,74	-	,33
1. Tive dificuldade em me acalmar (Stresse)	,73	-	-
13. Senti-me desanimado/a e melancólico/a (Depressão)	,70	-,43	,40
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer (Stresse)	,66	-	,41
15. Senti-me quase a entrar em pânico (Ansiedade)	,65	-,39	-
18. Senti que por vezes estava sensível (Stresse)	,64	-	-
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações (Stresse)	,61	-	-
20. Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso (Ansiedade)	,57	-,44	-
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula (Ansiedade)	,50	-,35	-
7. Senti tremores (por exemplo nas mãos) (Ansiedade)	,36	-	-
21. Senti que a vida não tinha sentido (Depressão)	,37	-,84	-
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa (Depressão)	,48	-,82	-
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro (Depressão)	,39	-,81	-
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada (Depressão)	,54	-,73	,40
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas (Depressão)	,34	-,45	,62
4. Senti dificuldade em respirar (Ansiedade)	-	-	,61
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo (Depressão)	,41	-,42	,61
2. Senti a minha boca seca (Ansiedade)	-	-	,61
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (Ansiedade)	,52	-	,53
<i>Eigenvalues – Valores próprios</i>	7,49	1,72	1,19
<i>Percentagem de variância explicada</i>	35,67%	8,20%	5,69%

Método de Extração: Análise de componentes principais. Método de rotação: Oblimin com normalização de Kaiser. A rotação convergiu em 7 iterações.

Nota: Os dados foram reagrupados de acordo com a ordem de apresentação dos itens. As correlações iguais ou inferiores a 0,30 foram eliminadas

as variáveis: 1,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,18,19 e 20 apresentam “pesos” entre ,36 e ,82, contribuindo para definir o fator 1 – Stresse. As variáveis: 10,16,17 e 21 apresentam “pesos” negativos entre -,73 e -,84, contribuindo para definir o fator 2 – Depressão. As variáveis: 2,3,4,5 e 19 apresentam “pesos” entre ,53 e ,62, contribuindo para definir o fator 3 – Ansiedade.

Consideraram-se todos os pesos maiores que ,30. Relativamente aos itens com ponderação maior que ,30 que pesavam em 2 fatores, mantiveram-se, mas foram considerados nos fatores em que tinham peso superior, o que é assinalado a negrito.

Foi realizada a Correlação de Pearson entre as variáveis referentes às Escalas de Depressão, Ansiedade e Stresse

e a sobreposição das Escalas de Depressão, Ansiedade e Stresse, como se pode observar no Quadro VI. É possível observar que todas as sub-escalas se encontram significativamente correlacionadas em termos estatísticos. Saliem-se as fortes correlações (> ,56) existentes entre as escalas.

São correlações similares às apresentadas no Estudo de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal,^[10] que são apresentadas entre parêntesis.

> DISCUSSÃO

Podemos verificar neste estudo que, em relação ao apoio social e às relações afetivas, a maior parte dos jo-

Quadro VI - Correlação de Pearson entre as variáveis referentes às Escalas de Depressão, Ansiedade e Stresse e a sobreposição das Escalas de Depressão, Ansiedade e Stresse.

	Escala Depressão - sobreposição	Escala Ansiedade - sobreposição	Escala Stresse - sobreposição
Escala Depressão	-	-	-
Escala Ansiedade	,56* (,52)	-	-
Escala Stresse	,64* (,56)	,63* (,62)	-

r – coeficiente de correlação de Pearson

* valor p - Correlação significativa ao nível de 0.01.

vens sente à vontade para falar sobre os temas que os preocupam e sobre a diabetes com a família, amigos, companheiros e pessoas com diabetes, revelando bom suporte social. Relativamente à família, os jovens referem que acontece muitas vezes ter ajuda quando precisam, a família ser muito protetora e preocupar-se demasiado com a diabetes. A perceção do suporte positivo da família ajuda a contribuir para o bem-estar dos jovens com diabetes, pois podem apoiar a gestão diária da doença e encorajar e apoiar as tomadas de decisão. [4,8,9,19]

Em termos do relacionamento com os colegas de estudo e trabalho a maior parte dos jovens consideram que a maior parte dos colegas são simpáticos e prestáveis e que os aceitam como são. Como é referido na literatura, os jovens consideram os pares como elementos essenciais no apoio emocional relativamente à diabetes. [8,9]

No que se refere à comunicação com a equipa de saúde multidisciplinar, a maior parte dos jovens sentem-se à vontade para falar sobre os temas que os preocupam e sobre a diabetes, o que revela uma boa comunicação e apoio. Uma boa comunicação e relação entre o jovem e a equipa de saúde poderá favorecer a adesão ao tratamento, a compensação e a melhoria dos aspectos psicossociais. [4,8,19]

A participação em atividades de grupo com outros jovens com diabetes já foi experienciada por dois terços dos jovens, considerando ter sido muito úteis, ótima experiência, com divertimento, convívio e aprendizagem. Outros estudos referem os benefícios das atividades de grupo na partilha de experiências, desenvolvimento de autoconfiança, auto-estima, aceitação da diabetes e competências de autogestão da diabetes. [9,28,29]

Relativamente à satisfação com a vida e às importâncias na vida (família, suporte social, ocupação, lazer, gestão e capacidade de gestão da diabetes), em média, os jovens fazem apreciações positivas. Em alguns estudos publicados sobre os efeitos do apoio social na qualidade de vida, concluiu-se que as pessoas com diabetes que refe-

rem maior satisfação com o apoio social apresentam uma melhor qualidade de vida na maioria dos domínios. [30,31] Em estudos anteriores realizados com jovens com diabetes, os resultados indicaram que a maioria considerava ter boa qualidade de vida. [32,33]

O suporte social é uma das variáveis que estão associadas à satisfação com a vida, saúde, bem-estar e adaptação psicológica. Outros estudos referem uma forte correlação entre o apoio social e a saúde, sugerindo que tem efeitos mediadores na proteção da saúde e desempenha um papel protetor ao longo de toda a vida. [8]

Relativamente às afirmações da Escala de Ansiedade, a maioria dos jovens referiram que não se aplicaram na última semana (com exceção dos itens referentes a boca seca e tremores, que, como foi referido, poderão estar relacionados com sintomatologia de hiperglicemia e hipoglicemia, respetivamente). Verificou-se que, com exceção das referidas afirmações, as restantes aplicaram-se muitas / a maior parte das vezes em menos de 1/10 dos jovens, o que significa que a maior parte dos jovens não tem estados persistentes de ansiedade e as respostas intensas de medo.

Quanto às afirmações da Escala de Stresse, a maioria dos jovens referiram que não se aplicaram e que se aplicaram algumas vezes na última semana. Os jovens que referiram que essas situações se aplicaram muitas / a maior parte das vezes na última semana variam entre 1/10 a 1/4 dos jovens. Podemos concluir que a maior parte dos jovens não apresenta estados de excitação e tensão persistentes, e que têm resistência à frustração e desilusão. Em relação às afirmações da Escala de Depressão, a maioria dos jovens referiram que não se aplicaram na última semana, com exceção de "Sentir-se desanimado e melancólico" que consideram também que se aplicou algumas vezes e quase um quinto considera que se aplicou muitas vezes / a maior parte das vezes. Quanto às restantes afirmações que os jovens consideram que se aplicaram muitas / a maior parte das vezes corresponde a menos de 1/10 dos jovens. Podemos portanto concluir que a maior parte dos jovens deste estudo revela auto-estima, sentimentos positivos, motivação, entusiasmo e perceção da probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos.

Atendendo aos resultados das escalas referentes a "aplicou-se muitas vezes / a maior parte das vezes", verifica-se que foi na Escala de Stresse que ocorreu com mais frequência. Estes resultados revelam que os jovens apresentam mais sintomas de stresse que de ansiedade e depressão.

No estudo fatorial das escalas de ansiedade, stresse e depressão obtiveram-se três fatores relacionados com:

Stresse, Ansiedade e Depressão, similar ao estudo de validação da escala para Portugal. ^[10]

Em geral, os resultados deste estudo são muito positivos, revelando que, apesar das dificuldades inerentes a esta fase da vida, a maior parte destes jovens adultos com diabetes tipo 1 referem sentir-se satisfeitos com a vida, têm bom suporte social das pessoas significativas e da equipa de saúde, estão satisfeitos com a participação em atividades de grupo com outros jovens com diabetes. Quanto aos aspetos relacionados com a saúde mental, a maior parte dos jovens não apresentam estados persistentes de ansiedade e de excitação e tensão (stresse), pelo que têm resistência à frustração e desilusão. A maioria dos jovens não apresenta sintomas de depressão, revelando auto-estima, sentimentos positivos, motivação, entusiasmo e perceção da probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos. ^[10] Contudo, o item "Sentir-se desanimado e melancólico (Disforia)" destaca-se dos outros, com mais de metade dos jovens a responderem sentir-se assim algumas vezes e muitas/a maior parte das vezes. Poderá corresponder ao aumento habitual dos sintomas depressivos transitórios, neste caso desânimo/melancolia – tristeza, em populações com doença crónica como a diabetes, associado ao aumento de distresse com a diabetes.

Os profissionais de saúde deveriam focar-se não só no controlo metabólico mas também nas necessidades de saúde mental dos jovens, pois os aspetos fisiológicos, cognitivos e emocionais estão interligados. Assim, os programas de rastreio deveriam englobar também o rastreio de saúde mental, o que poderia promover os benefícios de estilos de vida mais adaptados às necessidades dos jovens e conseqüente melhoria do controlo da doença. ^[2,5,33]

Uma boa comunicação e relação entre o jovem e a equipa de saúde poderá favorecer a adesão ao tratamento, melhor compensação e melhoria dos aspetos psicossociais. Se os jovens se sentirem compreendidos, aceites e estimulados a ser autónomos e responsáveis para fazerem as suas próprias escolhas, se forem dados reforços positivos, poderá promover-se a melhoria da gestão da doença. ^[1,4,8,34,35]

À medida que os jovens se sentirem motivados para otimizarem a compensação da diabetes, é importante que a equipa de saúde reconheça se o foco e os objetivos educacionais são apropriados para a fase da vida em que os jovens estão. Se os jovens tiverem objetivos e expectativas realistas e atingíveis, isso reforçará os sentimentos de autoconfiança e auto-eficácia e facilitará a manutenção da autogestão e autocontrolo. ^[4]

Apesar das limitações deste estudo, relacionadas com o facto de ter sido utilizada uma amostra de conveniência

e do contexto único da população, no local em que são prestados os cuidados de saúde, estes resultados proporcionaram melhor conhecimento da satisfação com a vida, suporte social e saúde mental dos jovens adultos com diabetes tipo 1, para além de terem possibilitado a aplicação das escalas de ansiedade, stresse e depressão numa população com doença crónica, que revelou resultados similares aos da adaptação portuguesa da escala. ^[10] <

Agradecimentos

A todos os jovens adultos com diabetes tipo 1 acompanhados na Instituição, que se disponibilizaram a participar neste estudo e que foram imprescindíveis para a sua realização.

BIBLIOGRAFIA

1. Dovey-Pearce G, Hurrell R, May C, Walker C, Doherty Y. Young adults (16-25 anos) suggestions for providing developmentally appropriate diabetes services: a qualitative study. *Health and Social Care in the Community*. 2005; 13(5): 409-419.
2. Hillege S, Beale B, McMaster R. Enhancing management of depression and type 1 diabetes in adolescents and young adults. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011; 25 (6): 57- 67. doi: 10.1016/j.apnu.2011.08.003.
3. Barros L. A doença crónica: conceptualização, avaliação e intervenção. In *Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista* (pp. 129-166). Lisboa: Climepsi Editores. 1999.
4. Anderson BJ, Wolpert HA. A developmental perspective on the challenges of diabetes education and care during the young adult period. *Patient Education and Counseling*. 2004; 53: 347-352. doi:10.1016/j.pec.2003.03.001.
5. Hislop AL, Fegan PG, Schlaeppi M, Duck M, Yeap BB. Prevalence and associations of psychological distress in young adults with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2008; 25: 91-96. doi:10.1111/j.1464-5491.2007.02310.x.
6. Johnson B, Eiser C, Young V, Brierly S, Heller S. Prevalence of depression among young people with type 1 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*. 2012; 30: 199-208. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03721.x.
7. Luyckx K, Seiffge-Krenke I. Continuity and change in glycemic control trajectories from adolescence to emerging adulthood. Relationships with family climate and self-concept in type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32(5): 797-801. doi: 10.2337/dc08-1990.
8. Hanas R. *Diabetes tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos*. Lisboa: Lidel. 2007.
9. Peyrot M. How is diabetes perceived? The results of the DAWN Youth Survey. *Diabetes Voice – DAWN in young people*. 2008;

- 53, Special Issue: 9-13.
10. Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2004; 5(2): 229-239.
 11. Silva I, Pais-Ribeiro JL, Cardoso H. Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*. 2004; XXIII (3): 597-605.
 12. Weissberg-Benchell J, Wolpert H, Anderson BJ. Transitioning From Pediatric to Adult Care. A new approach to the post-adolescent young person with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2007; 30 (10): 2441-46. doi:10.2337/dc07-1249.
 13. Hanna KM. A framework for the youth with type 1 diabetes during the emerging adulthood transition. *Nursing Outlook*. 2012; 60: 401-410. doi:10.1016/j.outlook.2011.10.005.
 14. Thomas A & Hauser S. Psychological challenges and issues. In Werther, G. & Court, J. *Diabetes and the Adolescent* (pp. 35-55). Melbourne: Miranova Publishers. 1998.
 15. Pacaud D, Crawford S, Stephure D, Dean H, Couch R, Dewey D. Effect of type 1 diabetes on psychological maturation in young adults. *Journal of Adolescent Health*. 2007; 40 (1): 29-35.
 16. Karlsen B, Idsoe T, Hanestad BR, Murberg T, Bru E. Perceptions of support, diabetes related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*. 2004; 9(1).
 17. Ribeiro JL. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*. 1999; XVII (3): 547-558.
 18. Silva I, Pais-Ribeiro JL, Cardoso H, Ramos H. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003; 4 (1): 21-32.
 19. Garvey KC, Markowitz JT & Laffel LMB. Transition to adult care for youth with type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*. 2012; 12: 533-541. doi:10.1007/s11892-012-0311-6.
 20. La Greca A, Thompson K. Family and friends support for adolescents with diabetes. *Análise Psicológica*. 1998; XVI (1): 101-113.
 21. Góis C, Santos AL, Silva M, Sousa F, Ferro A, Ouakinin S, André O, Caldeira J. O ATT 18: a versão portuguesa de um questionário de ajustamento psicológico à Diabetes Mellitus. *Psiquiatria Clínica*. 2006; 27 (1): 71-86.
 22. Serrabulho L, Matos M, Nabais J, Raposo J. (2013). A Saúde e os Estilos de Vida com Jovens Adultos com Diabetes Tipo 1. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2013; 8 (2): 60-71.
 23. Serrabulho L, Matos M. A saúde e os estilos de vida dos adolescentes com diabetes tipo 1. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2006; 1 (1): 15-17.
 24. Serrabulho ML, Matos MG, Raposo J. The health and lifestyles of adolescents with type 1 diabetes in Portugal. *European Diabetes Nursing*. 2012; 9 (1): 12-16.
 25. Cantril H. Satisfaction with Life Scale. Consultado em 25 de Novembro de 2012 em <http://www.gallup.com/poll/122453/understanding-gallup-uses-cantril-scale.aspx>
 26. Almeida LS, Freire T. *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios. 2003.
 27. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário, 2ª edição*. Lisboa: Edições Sílabo. 2012.
 28. Garvey KC, Wolpert HA, Rhodes ET, Laffel LM, Kleinman K, Beste MG, et al. Health care transition in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35: 1716-22. doi:10.2337/dc11-2434.
 29. Serrabulho L, Raposo J, Gonçalves F, Afonso MJ, Covinhas A, Andrade C, et al. Campos de férias para adolescentes com diabetes tipo 1: 10 anos de experiência da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2008; 3 (3): 148-53.
 30. Silva I, Pais-Ribeiro JL, Cardoso H & Ramos H. Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*. 2003a; XXI (2):185-194.
 31. WorldWIDE (WorldWIDE Initiative for Diabetes Education). Quality of life in diabetes: the importance of patient and physician education. *WorldWIDE news* (5). 2002.
 32. Cutler LR, Donaghue KC, Nunn K, Kohn M, Silink M. Quality of life and hope in young adults with childhood onset type 1 diabetes. Consultado em 15 de Dezembro 2002, em International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes: <http://www.ispad.org>.
 33. Calliari LE, Malerbi FE. New perspectives, new solutions, – improving care for children in Brasil. *Diabetes Voice – DAWN in young people*. 2008; 53, Special Issue: 33-35.
 34. Dunning T. Diabetes in children and adolescents. In *Care of people with diabetes* (pp.215-217). Bodmin: Blackwell Publishing. 2003.
 35. Hanna KM & Guthrie D. Adolescents' behavioural autonomy related to diabetes management and adolescents activities / rules. Consultado em 9 de Julho de 2003, em PubMed: <http://www.ncbi.nlm.gov>.