

DEPRESSÃO EM PESSOAS DIABÉTICAS – DESVELANDO O INIMIGO OCULTO

DEPRESSION IN DIABETIC PEOPLE – UNVEILING THE HIDDEN ENEMY

DEPRESIÓN EN PERSONAS DIABÉTICAS – REVELANDO AL ENEMIGO OCULTO

Marta Pereira Coelho¹
Tânia Couto Machado Chianca²
Sônia Maria Soares³

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Norte do Espírito Santo – CEUNES da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Vitória, ES – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Marta Pereira Coelho. E-mail: martacoelho@ceunes.ufes.br

Submetido em: 10/08/2011

Aprovado em: 07/11/2013

RESUMO

A depressão ocorre em portadores de DM, sendo frequentemente velada e confundida por profissionais de saúde e pelos próprios pacientes com sensações de angústia, tristeza e melancolia. Estudos mostram que a depressão pode dificultar o enfrentamento da doença. Este estudo teve como objetivo compreender como o portador de diabetes *mellitus* identifica e vivencia a depressão; descrever sinais e sintomas relacionando-a à vida cotidiana; e identificar os recursos de enfrentamento utilizados. Participaram diabéticos tipo 2 insulino-dependentes, acima de 50 anos acompanhados no programa do serviço de Medicina preventiva da UNIMED GV (Cooperativa de Trabalho Médico de Governador Valadares). O referencial teórico metodológico utilizado foi a história oral temática proposta por Meihy. Dados provenientes de 13 entrevistas foram analisados, os conceitos que emergiram favoreceram a identificação de três temas centrais: condições de vida da pessoa diabética influenciando na depressão, identificação da depressão e o significado da depressão para o diabético. Os sinais e sintomas de depressão indicados pelos diabéticos foram falta de apetite, medo das complicações e outras. Os colaboradores identificaram a depressão com mudanças percebidas no comportamento, melancolia, angústia, choro sem motivo aparente, perda de interesse, dificuldade de concentração, insônia e pensamento de morte. A depressão descrita esteve relacionada a sentimentos de isolamento, problemas financeiros e conjugais. O enfermeiro precisa ser capacitado para perceber e intervir precocemente na depressão, elaborar plano de cuidados efetivos e adesão ao tratamento do diabetes e da depressão a partir de programas educativos e no emprego das mais variadas alternativas terapêuticas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2; Depressão; Adaptação.

ABSTRACT

Depression occurs in Diabetes Mellitus (DM) patients, being often cared for and mistaken by health workers and by patients themselves, as sensations of annoyance, sadness and melancholia. Studies show that depression can be a major difficulty in the coping process of the disease. The aims of this study were to understand how the DM-type 2 patient identifies and experiences depression, describing signs and symptoms present in their daily routine and identify the coping strategies used. The study sample was composed of diabetic type 2 insulin-dependent patients, over fifty years old that attended to the program Preventive Medicine Service – Unimed G.V. (Medical work Co-Operative of Governador Valadares). The methodological and theoretical reference used was the oral thematic history proposed by Meihy. Data from thirteen interviews were analyzed and the concepts emerged enabled the identification of three central themes: life conditions of a diabetic person that influence depression, identification of depression and the meaning of depression for a diabetic patient. Signals and symptoms of depression indicated by diabetics were: lack of appetite, irritability, fear of complications and others. The participants recognized depression through changes perceived in the behavior, melancholia, anxiety, crying for no apparent reason, loss of interest, difficulty to concentrate, insomnia and thoughts about death. Depression as described was related to feelings of loneliness, financial and marital problems. The nurse must be trained to perceive and interfere early in depression, develop an effective plan of care and of adherence to treatment, using educational programs and utilizing the various therapeutic alternatives.

Keywords: Diabetes Mellitus type 2; Depression; Coping.

RESUMEN

La depresión en los diabéticos suele estar velada y, en general, los profesionales de la salud y los propios pacientes la confunden con sensaciones de angustia, tristeza y melancolía. Hay estudios que muestran que la depresión puede afectar el tratamiento de la enfermedad. Este trabajo tuvo como objetivo comprender cómo las personas con Diabetes Mellitus detectan y sienten la depresión, describir señales y síntomas que la relacionan con la vida cotidiana y determinar los recursos que se usan para enfrentarla. Participaron diabéticos tipo II con más de 50 años dependientes de insulina con seguimiento en el programa de medicina preventiva UNIMED GV (Cooperativa de Trabajo Médico Governador Valadares). La historia oral temática, propuesta por Meihy, fue el referente referente teórico metodológico utilizado. Se analizaron

los datos recogidos en 13 entrevistas; los conceptos resultantes permitieron identificar tres temas centrales: condiciones de vida del diabético que influyen en la depresión, identificación de la depresión y el sentido de la depresión para los diabéticos. Las señales y síntomas de depresión indicados por los pacientes fueron: falta de apetito y miedo a las complicaciones, entre otros. Para los profesionales, la depresión se manifiesta a través de alteraciones comportamentales, melancolía, angustia, llanto aparentemente sin motivo, pérdida de interés, dificultad para concentrarse, insomnio y pensamientos de muerte. La depresión descrita estaba vinculada a sentimientos de aislamiento, problemas financieros y conjugales. Los enfermeros deben ser capaces de percibir e intervenir temprano en la depresión, elaborar un plan de atención eficaz y adhesión al tratamiento de la diabetes y de la depresión a través de programas educativos y de otras alternativas terapéuticas.

Palabras clave: Diabetes mellitas-tipo 2; Depresión; Cubriendo.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os estudos sobre depressão têm aumentado e suas conclusões indicam a geração de três hipóteses, sendo a primeira a intensidade e competência dos regimes de tratamento repetitivos sobrecarregando os pacientes e fazendo parte de sua vida diária; a duração do diabetes *mellitus* (DM), proporcionando estresse permanentemente; e ainda o número de complicações da doença que aumentam com o tempo e afetam a qualidade de vida do indivíduo. Lembramos que o DM e a depressão são partes de um conjunto de desordens metabólicas comuns, podendo estar associadas entre si envolvendo vários fatores da vida cotidiana.

O DM está associado ao aumento de sintomas depressivos e de depressão clínica e sabe-se que a influência dessa associação abrange desde o impacto direto no controle metabólico até aspectos adaptativos, educacionais e socioeconômicos. É difícil o estabelecimento de uma relação causal entre os sintomas depressivos, o controle glicêmico e as complicações do DM. O que parece existir é uma relação cíclica na qual o agravamento de um tem efeitos diretos e também indiretos sobre o outro.

Os indivíduos têm características orgânicas e históricas próprias que servem de referencial para o sentido da vida e, ao receberem o diagnóstico de diabetes, é como se a vida interrompesse seus projetos, desejos e expectativas, passando o indivíduo a sentir-se desprotegido, dependente e a vivenciar modificações na sua vida que repercutem em sentimentos de desespero, raiva, culpa, insegurança e o medo das complicações e até da morte. Entretanto, passado o período de negação ele aceita a nova condição e continua seu percurso referindo-se a problemas de toda ordem e considerando que a vida é permeada por dor e prazer, felicidade e sofrimento, esperança e desespero e o sentido desses valores pode ser encontrado em cada situação e tempo variados de suas vidas. É necessário distinguir a depressão como uma resposta normal ao estresse intermitente que dura poucas horas ou possivelmente um ou dois dias, da depressão doença, estado prolongado de desânimo caracterizado por vários sintomas afetivos e somáticos.

A prevalência e a incidência do DM vem aumentando de forma assustadora e quase epidêmica, conforme as declarações

da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Federação Internacional de Diabetes.¹

Atualmente percebe-se que o diagnóstico precoce dos casos tem aumentado, o que há poucos anos, por volta do ano de 2000, era feito apenas após o aparecimento de uma ou mais complicações graves, muitas vezes irreversíveis.

O diabetes tem taxa de prevalência no Brasil e na maioria dos países de todo o mundo acima de 20% da população. A faixa etária dos indivíduos portadores está acima dos 60 anos, chegando, em países do Oriente Médio, a ultrapassar os 30%.¹

Essa porcentagem na população mundial de portadores de diabetes tem impacto na saúde pública e na área hospitalar, nos planejamentos de custos no setor de saúde de todos os governos, chegando a consumir cerca de 15 a 25% do total dos recursos destinados à saúde no Brasil.² O impacto também se verifica por ser o DM a principal doença crônica a contribuir com cerca de 40% da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, principais doenças que afetam as pessoas no mundo de hoje.

Se no presente temos 150 milhões de portadores de DM em todo o mundo, a previsão feita pelos órgãos de saúde pública, tanto mundial quanto nacional, é de que no ano de 2025 haverá cerca de 300 milhões de pessoas com diabetes.² Importantes medidas devem e terão que ser tomadas por todos os profissionais de saúde, governo e autoridades de saúde, entidades, indústrias farmacêuticas e principalmente em guias e diretrizes a serem seguidas por essas entidades para o efetivo controle de diabetes.²

No Brasil há 10 milhões de diabéticos, dos quais 90% são portadores do diabetes tipo 2, versão da doença muito associada aos hábitos da vida moderna. Metade desse contingente não sabe que está doente e outros 5 milhões de brasileiros já se encontram em estágio conhecido como tolerância reduzida à glicose, ou seja, se não se cuidarem poderão desenvolver a doença.³

O DM é uma síndrome complexa de etiologia múltipla que afeta múltiplos órgãos e sistemas. É decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, caracterizada por hiperglicemia crônica e distúrbio no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas.⁴

Na área da enfermagem, os estudos sobre o portador de DM contam com vasta literatura, tanto nacional quanto inter-

nacional. A maioria deles aborda questões como o autocuidado e a educação em saúde da pessoa diabética⁵, entre outros assuntos também relevantes referentes à doença. Alguns desses trabalhos tratam de enfatizar avaliações feitas por profissionais de saúde e a experiência da pessoa convivendo com o diabetes e o enfrentamento pelo indivíduo e/ou família.

Entre os assuntos relativos ao DM, aspectos psiquiátricos relacionados já foram descritos há pelo menos um século⁶ e podem influenciar o curso dessa doença. Mais especificamente, segundo o autor citado, sintomas depressivos podem prejudicar a adesão ao tratamento, piorar o controle metabólico e aumentar o risco de complicações do DM.

Autores afirmam que o DM praticamente duplica o risco de depressão, um em cada três diabéticos podem se apresentar deprimidos, mulheres diabéticas apresentam alto risco de depressão, variando a prevalência sistematicamente em função do instrumento e da amostra utilizada; e não houve diferença desses dados entre o DM tipo 1 e tipo 2.⁷

A palavra depressão, na linguagem coloquial, é utilizada para designar tanto um estado afetivo normal, como a tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença, constituindo-se em níveis diferenciados de comportamento relativos ao contexto psicossocial. A tristeza constitui-se numa resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades.⁷ Como sintoma clínico, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: demência, esquizofrenia, alcoolismo e outras doenças. Pode ainda ocorrer como uma resposta a uma situação estressante ou a circunstâncias sociais e econômicas diversas.⁷ Como síndrome, a depressão inclui não apenas alterações de humor (tristeza, irritabilidade, incapacidade de sentir prazer, apatia), mas também vários aspectos incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, tais como alterações do sono e apetite.⁸ Ressalta-se que os sintomas psiquiátricos associados a uma doença orgânica podem ter efeito devastador sobre a saúde física do indivíduo.

A depressão é uma doença clínica, de origem psiquiátrica muito frequente na população, sendo, em geral, incapacitante e, nos casos mais graves, impossibilitando a pessoa de realizar suas funções habituais, inclusive cuidar de si mesma. É potencialmente letal, enquanto envolve risco de suicídio. E em alguns casos graves, o custo pode ser muito alto, tanto para o paciente e sua família como para a comunidade. A baixa produtividade das pessoas afetadas e as ausências no trabalho representam perdas importantes⁹ e podem resultar em muitos dias de desabilitação e em 12 vezes mais recidiva do que doenças crônicas do coração, hipertensão arterial, diabetes e dores lombares.¹⁰

Trabalhos têm sido conduzidos na Enfermagem no sentido de sugerir a incorporação de respostas do cliente à síndrome ou doença de depressão.⁸ Esta deve ser vista como uma do-

ença, mas deve ser também considerada como caracterizada por um grupo de reações das pessoas aos fatos da vida, agravadas muitas vezes por doenças crônico-degenerativas debilitantes, como é o caso do diabetes *mellitus* (DM). Na Enfermagem os profissionais envolvidos têm recomendado que a NANDA desenvolva o diagnóstico de enfermagem de depressão.

Como resposta humana a depressão não foi ainda aceita como diagnóstico de enfermagem pela *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA). Em 1982, Marjory Gordon propôs um diagnóstico de enfermagem de reação depressiva situacional e definiu-a como diminuição aguda na autoestima com resposta relacionada a sinal de baixa estima e sensação de autocompetência.¹¹

A depressão pode apresentar alterações neuropsíquicas e hormonais que teriam efeitos hiperglicemiantes e poderiam acarretar distúrbios no metabolismo glicêmico. As sobreposições de alterações fisiopatológicas de ambas as condições poderiam explicar a ocorrência frequente de sintomas depressivos em pacientes diabéticos.¹² Em nossa experiência profissional observamos o considerável aumento de pacientes portadores de DM que recorrem aos serviços de saúde da rede básica e das diferentes clínicas e ambulatórios relatando sintomatologia sugestiva de depressão.

Existem dois fatores que parecem estar relacionados com a depressão no paciente diabético: a aceitação da doença e a incapacidade do paciente em lidar com as alterações que a doença impõe sobre alguns aspectos da vida cotidiana.¹³ A depressão é uma preocupação importante para os portadores de DM, podendo ser precipitada nos diferentes estágios da vida, quando a doença se manifesta. Estudos revelam que a depressão, em geral, tem início entre os 27 e 35 anos, afetando 5 a 8% da população em algum período da vida¹³, sendo duas vezes mais prevalente nas mulheres¹⁴ e três vezes mais prevalente nos diabéticos.¹⁵

A depressão é um distúrbio mental que tem consequências para o bom funcionamento físico e psicológico da pessoa. Estudos têm estabelecido associação entre a depressão e o controle glicêmico insatisfatório⁷, pouca adesão às mudanças nos hábitos de vida necessárias para o manejo do diabético, além de aumentado risco de complicações crônicas do DM.¹⁶

A depressão no paciente portador de DM parece relacionar-se a alterações no curso clínico da doença. Sintomas depressivos relacionam-se a pior controle glicêmico, aumento e mais gravidade das complicações clínicas, além de piora da qualidade de vida e comprometimento de aspectos sociais, econômicos e educacionais ligados ao DM.¹⁷

Outros fatores parecem associar-se diretamente a sintomas depressivos no paciente diabético, como o fato de ser solteiro, que pode ser responsável por menos capacidade de aceitar a doença e as modificações necessárias no estilo de vida.¹⁸ Já o baixo nível de escolaridade dificulta o entendimento das complicações

de uma doença crônica e de seu tratamento.⁷ Dificuldades financeiras também se mostram relacionadas, em menor grau, com a ocorrência de sintomas depressivos nos portadores de DM.¹⁷

Considerando, pois, que a depressão é uma característica velada e confundida por muitos profissionais da área da saúde e pelos próprios portadores da doença, realizamos este estudo para compreender a experiência de portadores de DM no que se refere à depressão.

MATERIAL E MÉTODO

Como o propósito deste estudo é a compreensão de experiência vivida, o método qualitativo parece mais adequado, por este se preocupar com uma realidade que não pode ser quantificada, aprofundando-se no mundo dos significados das ações e relações humanas.¹⁹ Foram utilizados para coleta e análise de dados os pressupostos da história oral, por se tratar de um recurso metodológico moderno para direcionar a coleta e análise de dados e, neste estudo, a história oral vem revelar aspectos ocultos, ou seja, a depressão velada no portador de DM. Consideramos que o método contribui para a humanização das percepções do pesquisador que se preocupa mais com a qualidade do que com a quantidade de dados obtidos. É uma técnica e fonte por meio das quais se produz conhecimento.²⁰

Citam-se três modalidades de história oral²¹: história oral de vida, história oral temática e a tradição oral. Neste estudo optou-se pela modalidade da história oral temática junto aos diabéticos que apresentaram depressão e estavam em acompanhamento no Serviço de Medicina Preventiva da UNIMED de Governador Valadares, Programa “Conviver com o Diabetes”.

Foi realizado levantamento de todos os 120 pacientes cadastrados e que foram acompanhados no período de oito meses. Os diabéticos atendidos no serviço tinham, em média, 66 anos, maioria de mulheres (82%), casadas, um salário mínimo de renda familiar, religião católica, número de filhos variando de dois a sete, fazendo acompanhamento psicoterápico (90%) e apenas três são medicados com antidepressivos, todos em uso de anti-hipertensivos e de outros medicamentos. Participaram do estudo 13 diabéticos tipo 2 na faixa etária acima de 60 anos, em uso de insulina e acompanhados no serviço.

Os pacientes que se enquadraram nesses critérios foram contatados e tiveram informações sobre a pesquisa. Ao concordarem em participar, a pesquisadora escolheu aleatoriamente como pseudônimo a sigla DM 1 para o primeiro entrevistado, e assim sucessivamente. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer nº ETIC 272/04), assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada por meio de observação não participante e entrevista semiestruturada, composta de cinco partes que buscaram caracterizar os cola-

boradores, obter informações e percepções sobre sua convivência com a DM e a depressão relatada em consultas de enfermagem mensais do programa. Nestas, abordam-se dados relacionados à identificação do portador de DM, à sua condição clínica de saúde e de doença, à vivência com a depressão, às atividades diárias do diabético/depressivo, observação do ambiente no qual o colaborador vive e as questões norteadoras: “o que é depressão para você?” “Em que situação se sente deprimido?” Como convive com a depressão sendo diabético?”

A análise dos dados exigiu processamento de informações para caracterizar os clientes atendidos no serviço, a organização das entrevistas transcritas, anotações das observações de campo, incluindo as reflexões e comentários da pesquisadora e as transcrições dos dados coletados. Conceitos emergiram das falas. A identificação das categorias é um elemento central no processo de análise das histórias coletadas. Categorizar significa agrupar conceitos que parecem pertencer ao mesmo fenômeno e a saturação se deu a partir da oitava entrevista conforme previsto por alguns autores.^{19,22} A trajetória histórica foi construída a partir dos conceitos, identificados e agrupados, sobre a alteração do estado de saúde e trajetória do fenômeno doença-depressão.²⁰

A experiência e o significado de ter depressão para os diabéticos foram descritos, bem como os mecanismos utilizados para o enfrentamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A trajetória histórica foi construída a partir das entrevistas e questões norteadoras, emergindo três temas centrais que caracterizam a depressão na pessoa diabética: condições de vida da pessoa diabética influenciando na depressão; identificação da depressão; e o significado da depressão para o diabético.

CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO NO DIABÉTICO

CATEGORIA 1: CONDIÇÕES DE VIDA DO DIABÉTICO INFLUENCIANDO NA DEPRESSÃO: COMPLICAÇÕES E CRONICIDADE

A doença tem uma construção social, com significados diferentes para cada indivíduo e acaba por influenciar a percepção dos sintomas pelos mesmos. Os portadores dessa síndrome podem desconhecer que a possuem ou ainda terem conhecimento delas, porém não aderem ao tratamento por julgarem isso desnecessário, uma vez que não há manifestações clínicas importantes. Segundo autores²³, a depressão emerge tanto com o aparecimento dos sinais e sintomas das complicações do DM, como também em consequência à sua cronicidade. Assim, muitas vezes, as pessoas diabéti-

cas, por desconhecimento dos sinais e sintomas da depressão, de suas consequências e da gravidade, os interpretam como passageiros e insignificantes. Dessa forma, tardam em procurar atendimento de profissionais de saúde que possam diagnosticar a depressão e iniciar o tratamento precocemente, evitando não só as complicações decorrentes do diabetes, como também da depressão, que são tardias e irreversíveis. O aparecimento das complicações acarreta medo e insegurança para alguns colaboradores, percebidos claramente ao se referirem ao diabetes.

O controle da doença crônica envolve o viver permanentemente com os sintomas e sentimentos para então procurar ajustar suas identidades e buscar mudanças de papel na forma de lidar com a imagem corporal e na alteração do estilo de vida. A adaptação à doença e a incapacidade fazem parte de um processo contínuo no viver. Conforme demonstrado na fala de um colaborador:

[...] Olha, depressão que eu entendo quem tem, é ficar encostado em um canto, só preocupado, com aquela coisa na cabeça, não parar de pensar naquilo e se deixar vai indo até ficar ruim demais [...] (DM 1).

CATEGORIA 2: IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO

A depressão é um distúrbio mental que tem consequências para o bom funcionamento físico e psicológico da pessoa. Os estudos têm estabelecido associação entre a depressão e o controle glicêmico insatisfatório²⁴, pouca adesão às mudanças nos hábitos de vida necessárias ao manejo do diabético, além de risco aumentado de complicações crônicas do DM.^{25,26} Mesmo pelas dificuldades inerentes de reconhecer a depressão e seus efeitos adversos nos pacientes com DM ou por falha de equipe de saúde ou do paciente, essa situação é diagnosticada e tratada em menos de um terço dos casos.²⁷

A depressão no paciente portador de DM parece relacionar-se a alterações no curso clínico da doença. Sintomas depressivos relacionam-se a pior controle glicêmico, ao aumento e à acentuada gravidade das complicações clínicas, além de piora da qualidade de vida e comprometimento de aspectos sociais, econômicos e educacionais ligados ao DM.²⁸

Depressão não é só diagnosticada com base em abatimento moral ou físico, tristeza, choro, desânimo, que, no caso do portador de diabetes, também podem surgir ao mesmo tempo na detecção da doença. A confirmação do diagnóstico de uma doença causa angústia, ansiedade, medo, negação, impotência, baixa autoestima. No caso das pessoas diabéticas, os sinais e sintomas que são identificados como depressão são o aparecimento de insônia, dores no corpo, irritabilidade e an-

gústia, entre outros, trazendo, conseqüentemente, mudanças no estado de saúde.

O DM é doença silenciosa, pois nem sempre apresenta sinais e sintomas claros. Está associado ao aumento de sintomas depressivos e de depressão clínica e sabe-se que a influência dessa associação abrange desde o impacto direto no controle metabólico até aspectos adaptativos, educacionais e socioeconômicos. É difícil o estabelecimento de uma relação causal entre os sintomas depressivos, o controle glicêmico e as complicações do DM. O que parece existir é uma relação cíclica, na qual o agravamento de um tem efeitos diretos e também indiretos sobre o outro.

CATEGORIA 3: O SIGNIFICADO DA DEPRESSÃO PARA O DIABÉTICO

Os fatores relacionados à depressão percebidos pelos diabéticos foram sociais, financeiros, familiares e conjugais e como mecanismo de enfrentamento relataram recorrer à necessidade de socialização e lazer, apoio familiar, apoio medicamentoso, apoio na religião, apoio da equipe multidisciplinar e ainda a morte como solução do problema.

FATORES SOCIAIS

Na reação ao sentimento de solidão pode-se perceber o sentimento dos colaboradores que referiram isolamento social, solidão pessoal e solidão a dois. Percebe-se que o sentimento de solidão pode ser despertado em uma pessoa quando ela é excluída socialmente. Se isso acontece, ela acaba se sentindo solitária e sofre com isso, pois o ser humano necessita sentir-se membro participante de grupos. Exatamente porque a sociedade a exclui, ela sofre e muito justamente, porque não optou pela solidão.

[...] Tristeza, angústia? Ficar deprimida não consegue ver ninguém, quer ficar mais no seu canto sozinho. Pra mim é, depressão é isso [...] (DM 2).

[...] Nossa vida fica restrita. A gente não tem assim, alegria, não tem satisfação de estar no meio social [...]. (DM 3).

FATORES FAMILIARES

A depressão pode causar impactos nas relações familiares e, conseqüentemente, problemas familiares. É importante dizer que os problemas, desavenças ou desordens de qualquer natureza podem proporcionar mais possibilidade de descontrole glicêmico e também fazer com que seja desencadeado no paciente o episódio depressivo. Os problemas con-

jugais geralmente estão relacionados à mudança de comportamento. Pode-se identificar tal afirmativa na fala de DM 4 e DM 5, respectivamente.

[...] Ah! Eu acho que é assim. Família todo dia, a gente tem um problema, né, isso num tem jeito, né? Qualquer problema de família assim, me deixa assim mais [calou], triste, né? (riu). Eu sou muito preocupada também [...]

[...] Ah [pausa] quando [pausa] as coisas não vão bem ou que tem um probleminha com o marido ou com os negócios ou que aconteceu alguma coisa com uma filha sua, aí pronto, aí que começa [...]

[...] E aí não, eu aí começo a revirar na cama, aí eu começo a pensar, aí vem o pensamento da filha, aí vem o pensamento do neto, aí vem o pensamento da neta [...].

Os indivíduos deprimidos relatam que é mais difícil interagir com os demais. Estudo²³ demonstra que as pessoas deprimidas olham menos nos olhos, falam mais devagar e suavemente, também falam com monotonia e seu discurso pode ser dominado por pensamentos negativos, incluindo tristeza e falta de esperança.

FATORES CONJUGAIS

A doença é geralmente acompanhada por queixas conjugais e, de modo geral, as interações entre pessoas deprimidas e seus cônjuges são caracterizadas por agressividade acima do normal.²⁹ Problemas conjugais parecem ter grande influência na evolução da depressão, no entanto, o apoio conjugal pode proporcionar melhora mais eficiente e duradoura dos sintomas depressivos, já que a participação e o apoio do(a) parceiro(a) podem fazer grande diferença na diminuição dos sintomas da depressão. Com isso, observa-se no relato de DM 6 a percepção de problemas conjugais vivenciados por ela.

[...] Lógico, fazendo as coisas que ele gosta, do jeito que ele quer, dando tudo na mão [calou] e vamos levando a vida assim [calou] nem tem outro modo, fazendo o que ele quer! [expressou raiva] [...].

FATORES FINANCEIROS

Os problemas financeiros associados à doença levam o indivíduo a incapacidades que o afastam de funções sociais, como o trabalho. Em geral, o afastamento do trabalho por problemas de saúde ou da ajuda nas atividades rotineiras em casa, se aposentado, acarretam uma série de problemas financeiros imediatos, como o desconforto de estar parado, a sensação de

inutilidade ou a dificuldade de obter dinheiro. Também para aqueles que possuem atividade autônoma, não aposentados e que ainda assim precisam de ajuda financeira de familiares e amigos para as despesas com alimentação, manutenção do pagamento do plano de saúde e dos medicamentos. O ato de deixar de trabalhar, sobretudo para os homens, interfere na sensação de responsabilidade pela posição como provedor da casa; já as mulheres dependem da ajuda dos filhos para as despesas extras com a doença. Observa-se na fala de DM 3 a dimensão do problema da falta de recursos financeiros ao parar de trabalhar para cuidar de sua saúde.

[...] As situações que me deixam sempre deprimido é a situação financeira, necessidade de filhos, que necessitam de ajuda e às vezes eu me encontro sem condições de ajudá-los. Fico mais satisfeito quando eu tenho condições de atender às suas necessidades [...].

A redução na renda familiar causada pela aposentadoria, o compromisso de ajudar os filhos, a falta da colaboração e compreensão dos cônjuges fazem com que as pessoas se sintam mais depressivas e incapazes de reagir. Tal afirmação fica evidente na fala de DM 1 que, apesar de ter a aposentadoria, ainda vê dificuldade de viver sob a dependência e restrição financeira do marido.

[...] Ainda bem que tenho minha aposentadoria, depois que meu marido ficou velho anda numa miséria que você não pode imaginar, até para os filhos e netos tem pão-durismo [...].

MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DA DEPRESSÃO

Na linguagem cotidiana, enfrentar e enfrentamento são termos usados com diferentes significados tais como confrontar, lutar contra algo ou contra uma situação, encarar, arrostar, defrontar, olhar de frente, encarar sem medo, resistir a, suportar, tolerar, aguentar, implicando sempre uma reação a algo difícil, a problema ou a uma situação desafiante.

O conceito de enfrentamento implica uma função adaptativa no comportamento e na relação entre o organismo e o ambiente adverso. Os esforços de enfrentamento da colaboradora podem ser percebidos na fala de DM 5 a seguir.

[...] Então, pra mim, quando sinto que é isto, a depressão que está se instalando, eu sei que é o princípio de uma coisa que eu tenho que parar e dar um jeito [silenciou] e me cuidar para não deixar a coisa andar. Avulmar e tomar conta de você [...].

Os esforços de enfrentamento dos colaboradores podem ser confirmados nas falas e encontram respaldo na literatura. Alguns fatores pessoais interferem na forma de enfrentamento da depressão como o envelhecimento, personalidade, cultura, habilidades específicas para o autocuidado, valores, crenças, estado emocional e capacidade cognitiva. Entre os fatores ambientais que interferem no enfrentamento estão um sistema de suporte, o acesso aos serviços de saúde e os recursos físicos e financeiros.³⁰

MORTE COMO SOLUÇÃO

O resultado do estado de baixa autoestima seguida ao rompimento de sentimentos de autoestima alta pode levar o ser humano a ter ideias de cometer suicídio, pois veem a morte como solução.³¹ Às vezes, as ameaças de suicídio são as formas que as pessoas angustiadas e depressivas encontram para pedir ajuda e compreensão ou evitar conflitos. Se ocorrerem repetidas ameaças de suicídio, essas pessoas devem aprender outras estratégias para atender às suas necessidades. Muitas vezes as pessoas experimentam momentos de introspecção e medo. Esse medo pode ser da própria morte e da sensação de fragilidade da vida bem como do temor das leis divinas. A conduta suicida, na verdade, é uma tentativa desesperada de solução de um problema, embora seja uma alternativa inadequada.

[...] De tão mal que você está, você acha que a morte é [pausa] te descansa, te dá aquela paz que você quer e que você não tem, entendeu [silenciou], então é por isso que você deseja a morte, porque a morte é você dormir, não pensar, não sabe [pausa] dormir, dormir [...](DM 4).

RELIGIÃO COMO APOIO

Percebe-se que os colaboradores Nhá Benta, Torrone e outros têm a religião como conforto. A ligação entre o corpo e o espírito é reconhecida pela humanidade há milênios. Nos séculos passados, a comunidade científica considerava fé e espiritualidade como sinais de credence e de ignorância, mas pesquisas recentes começam a relacionar fé com boa saúde. As conclusões “científicas” dessas pesquisas estão incentivando cada vez mais os médicos a estudar a relação entre fé e cura.²⁵

[...] É, essas coisas, você olha pra trás, você vê sempre coisas bem piores do que da gente. Tem que dar graças a Deus que ainda posso fazer muita coisa, bordar mesmo, graças a Deus, eu bordo mesmo com as mãos assim; e quem não tem os dois braços igual eu vi outro dia? É ou não é oportunidade de Deus? [...](DM 7).

O paciente que tem fé maneja melhor as adversidades da vida, já que a espiritualidade tem seu aspecto positivo.

[...] eu tenho muita fé em Deus, tenho muita força de vontade, consigo, sim. Solução é pedir a Deus e conviver, porque fazer o que, né? Ir vivendo [...](DM 5).

SOCIALIZAÇÃO E LAZER

Suporte social pode ser definido como o apoio disponível no ambiente familiar, laborativo e interpessoal, visando à manutenção de um funcionamento global adequado do indivíduo, principalmente em situações adversas.

[...] Eu saio, procuro distrair, fazer uma visita [calou], não ficar assim, ficar parada dentro de casa, que aí eu acho que é pior [...](DM 6).

A falta de suporte social parece ser um fator também associado a sintomas depressivos em pacientes diabéticos. Autores³²⁻³⁴ ressaltaram que pacientes com melhor suporte social apresentam menos sintomatologia depressiva, assim descritos por DM 8 e DM 5, respectivamente.

[...] eu nunca me senti deprimido, porque tenho o apoio de minha esposa e de meus filhos que nunca me deixam sozinho [...].

[...] Ah! [silenciou], eu não penso no problema. Eu procuro desviar meu pensamento, penso nas coisas boas, vou para casa da minha filha, fico lá com meus netos, arranjo brincadeira, num vejo televisão, não vejo nada, num escuto música, nada, nada. Eu só quero brincar, sair, vou pras lojas, vou andar, vou lá pro shopping, sento lá, faço um lanche gostoso, entendeu, essas coisas [...].

Esse suporte apresenta-se de várias formas: em grupos de igreja, clubes de serviço, grupos de medicina preventiva, que proporcionam o convívio com outras pessoas que lidam com a prevenção de complicações das doenças crônico-degenerativas, oficinas de trabalhos manuais, entre outros. A participação de pacientes em programas educacionais para diabéticos leva à melhora dos sintomas depressivos.

APOIO FAMILIAR

O apoio familiar é considerado a viga mestra no processo evolutivo do ser humano. A família é apontada como receptáculo de ansiedades e medos, que precisa ter suporte para melhorar o relacionamento humano entre seus membros na superação de tabus que normalmente estão presentes. O forta-

lecimento da família para que funcione como suporte poderá ser alcançado pela presença do enfermeiro como profissional atuante nos serviços sociais e de saúde e que se responsabiliza pelo repasse de informações e de educação. Ele é visto como o mediador na relação e que colabora para que cada pessoa se torne e esteja melhor.^{35,36}

No início, às vezes é difícil aceitar que alguém próximo esteja sofrendo de depressão e a primeira barreira a superar é a de aceitar o problema e os efeitos que a depressão exerce no indivíduo; em seguida, é possível parar de lutar contra esses efeitos e começar a trabalhar construtiva e positivamente para ajudar quem sofre do problema. Todas as famílias funcionam como um sistema e, dessa forma, um problema enfrentado por um membro irá afetar todos os demais integrantes. Nessa perspectiva, a enfermagem deve focalizar interações com os outros subsistemas (profissionais de saúde, parentes, amigos) em vez de estudar e interagir somente com a pessoa depressiva, comprovado pelas falas a seguir.

[...] eu nunca me senti deprimido, porque tenho o apoio de minha esposa e de meus filhos que nunca me deixam sozinho [...] (DM 8).

[...] Ah! [silenciou], eu não penso no problema. Eu procuro desviar meu pensamento, penso nas coisas boas, vou para casa da minha filha, fico lá com meus netos, arranja brincadeira, num vejo televisão, não vejo nada, num escuto música, nada, nada. Eu só quero brincar, sair, vou pras lojas, vou andar, vou lá pro shopping, sento lá, faço um lanche gostoso, entendeu, essas coisas [...] (DM 5).

TERAPIA MEDICAMENTOSA

A terapia medicamentosa tem como objetivo a redução e, se possível, remoção de todos os sintomas e sinais da síndrome depressiva e, ainda, a restauração do desempenho ocupacional e psicossocial. Fica a cargo do médico psiquiatra, cuja função é diagnosticar, medicar e acompanhar o desenvolvimento dos sinais e sintomas depressivos desde a fase aguda até a estabilização do tratamento. O tratamento da depressão tem sido centrado na administração de antidepressivos e o sucesso terapêutico pode ser obtido após uma ou duas semanas de tratamento. É muito importante que os familiares e a equipe multiprofissional estejam atentos à resistência dos indivíduos em aceitar a terapia medicamentosa, já que a motivação para o tratamento é essencial e uma interrupção precoce ou a redução das doses, sem o consentimento médico, resultam em fracasso no tratamento.

[...] Poxa, um comprimidinho desse vai tirar as coisas que não dão prazer, num vai não! Ai eu comecei a reagir

por mim mesma[...] Hoje eu consigo reagir, sem medicamento [falou com voz firme][...] É, eu reajo a tempo pra não depender do remédio [...]

[...] O médico receitou o antidepressivo e marcou tempo para voltar, mas nisso, só com antidepressivo, aí eu vim pra casa e tal, tomei o antidepressivo e [pausa] não dormia, olha, no final eu já estava partindo para não alimentar, eu já estava deixando de comer [falou baixinho]. Olha para você ver, em que situação que eu já estava, já não queria comer, num tinha comida que me atraía comer ou não comer era a mesma coisa e eu já não conversava com ninguém, eu não queria ver e nem conversar [...] (DM 9).

[...] Não sei. Rezo, tomo calmante, depois eu controlo [...] (DM 7).

APOIO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

É importante o apoio da equipe multidisciplinar para os diabéticos. Ao realizar uma avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar, foi salientado que “embora a equipe acredite que a aquisição do conhecimento não é garantia de aplicação dos mesmos na vida diária, a mudança dos hábitos de vida requer tempo, conscientização e aceitação da doença”. As falas a seguir confirmam:

[...] Eu não sinto esse apoio, em casa não, porém com a psicóloga, sim[...] Ah, ultimamente tenho sido ouvido pela psicóloga e transmitir, esclarecido esses problemas para ela e ela dando suas opiniões, tem sido força para mim [...]

[...] Quando tem essas brincadeiras aqui a gente volta até mais leve para casa [...] (DM 2).

[...] adoro fazer receitas diet novas na aula de culinária especial para nós diabéticos que o programa oferece [...] (DM 9).

Se a pessoa com diabetes ou depressão não assumir sua condição de portador da doença crônica, possivelmente ela se colocará numa situação de risco pelas complicações, decorrentes da sua falta de cuidado consigo mesmo.

A enfermagem tem o compromisso de auxiliar na transformação dessa situação, buscando mobilizar pessoas, inspirando reflexões acerca da prática cotidiana, pois melhorar depende do próprio indivíduo.³⁷ Essa afirmativa é corroborada pela colaboradora.

[...] Depois que comecei a frequentar este programa minha vida mudou, só não venho mais porque o marido reclama [...] (DM 6).

[...] a gente se sente importante quando conversa com você, que é tão atenciosa [...] (DM 7).

O tratamento da depressão nas pessoas com diabetes, apesar de não ser de cunho curativo, quando realizado com responsabilização e comprometimento de todos os envolvidos no mesmo, busca a manutenção de melhores condições de vida dessas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história de cada um dos colaboradores é uma interpretação de suas experiências em busca de significados para compreender como os diabéticos têm convivido com a depressão, suas ideias e condutas, o que significa assumir que não operamos como informantes, mas também como intérpretes.

Essa interpretação nos coloca diante de uma verdade, a de que o outro é uma realidade falada e subjetiva agindo em nossos pensamentos. O ato subjetivo do oralista, em tentar compreender o sentido dos acontecimentos recontados, envolve capturar a experiência pessoal dos outros, num esforço contínuo para formar uma interpretação e a compreensão de um fenômeno particular.

A presença do passado no presente imediato das pessoas revela os significados que são atribuídos às experiências e como elas são reconstruídas a partir das convenções culturais. A vida recontada nada mais é do que o principal modo de buscar o sentido da experiência vivida e que foi compartilhada com os outros. As histórias temáticas contadas pelos colaboradores trazem consigo o universal particularizado por cada sujeito que as contou e escutou. Um contar e um escutar marcados pelas experiências subjetivas.

Percebi que os pacientes diabéticos deprimidos pouco respondem aos programas destinados a mudar os hábitos não saudáveis e que o tratamento paralelo da depressão pode ser importante para o sucesso nessas intervenções no estilo de vida. Além da depressão, outras mudanças psicológicas acompanham o passar dos anos e também poderiam contribuir para menos adesão ao tratamento e mau controle metabólico.

Quem conta uma história sempre conta de si, quem a ouve nela se reconhece, já que quando contamos uma história estamos falando de nós mesmos. Além disso, as histórias universalizam o dilema humano para o paciente, amenizando sua solidão frente ao desamparo, ao mesmo tempo em que fazem compreender que é mesmo só que ele terá que fazer suas escolhas.

Os conhecimentos e questionamentos são transmitidos ao longo de gerações em forma de histórias que retratam experiências de vidas. Essas experiências partem do universal, mas precisam ser particularizadas, singularizadas, subjetivadas.

Na enfermagem atual, influenciada pelo referencial das relações humanas, o enfoque deixa de ser apenas o físico/biológico da doença, passando a considerar a pessoa num contexto de relações do paciente, nas quais o enfermeiro estaria explorando o seu “ser” profissional como instrumento de assistência. A humanização do cuidar faz-se necessária. Conhecer o paciente, identificando suas necessidades, é tarefa imprescindível para a enfermagem e demais profissionais da área da saúde.

A enfermagem psiquiátrica e a assistência de enfermagem à saúde mental dos indivíduos não devem existir como algo separado da enfermagem em geral, e vice-versa. A interação na relação enfermeiro-pessoa com diabetes contribui para o processo de adaptação, uma vez que auxilia na promoção de respostas adaptativas, servindo, desta, forma como base para direcionar as ações de enfermagem.

As ações de enfermagem junto às pessoas diabéticas com depressão merecem reflexões profundas, discussões e amadurecimento por parte dos profissionais enfermeiros, uma vez que o cuidar holístico é busca incessante do saber próprio da enfermagem. As orientações fornecidas num processo educativo, sejam individuais ou em grupo, auxiliam na compreensão da realidade, sendo essenciais para que o educando, no caso a pessoa com diabetes, consiga vencer suas resistências e reconstrua valores, e esse processo leva tempo. A enfermagem realmente é efetiva nas relações interpessoais, por meio do processo interativo.

Acentuo essa característica do profissional enfermeiro para explicar que se realiza uma interação com a pessoa diabética depressiva, uma vez que valoriza as opiniões, pontos de vista, a partir da comunicação. Ele é o elo entre os diversos profissionais, pois é o profissional que mais realiza o intercâmbio entre pessoa com diabetes e os demais profissionais, a fim de complementar suas necessidades para a promoção da saúde. Dessa forma, além de encaminhar as pessoas para os demais profissionais, reforça os cuidados que são realizados de modo integrado. Por isso, acredito que a partir do despertar da consciência as pessoas não cumprirão mais determinações sem questioná-las, sendo essencial que esse fato ocorra para que se vençam as resistências, a fim de consolidar as mudanças.

Para que as pessoas com diabetes e com manifestações depressivas venham a aderir às condutas indispensáveis para o controle da enfermidade, o processo educativo deve ser pautado nas reais necessidades das pessoas, sendo necessário que se estabeleça uma interação entre os profissionais e a pessoa, a fim de promover o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.

À medida que os profissionais de enfermagem incorporem na práxis a condição multifacetada das pessoas com diabetes e que percebam o significado da depressão valorizando sua cultura, singularidade, seu contexto social, possibilitarão melhor qualidade de vida a esses seres humanos. Diante das ações propostas e desenvolvidas pelo profissional enfermeiro, tive autonomia para a avaliação, conduta terapêutica e elaboração do plano de cuidados. Vejo isso como relevante, pois ocorreu intercâmbio de informações entre os membros da equipe multiprofissional para efetivação e reconhecimento deste trabalho.

Devemos colaborar com os pacientes assistidos no sentido de que eles reconheçam que é sua responsabilidade procurar tratamento quando necessário e que quanto mais tempo adiem essa decisão, mais difícil será para quebrar os hábitos associados à depressão. Eles precisam conhecer que existem abordagens psicológicas e biológicas ao tratamento da depressão, além de alternativas de tratamento totalmente viáveis e adequadas a todos.

O compromisso da enfermagem é com a vida, ou seja, com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico sob nossos cuidados, independentemente da gravidade diagnosticada de cada caso e do tempo de que ele dispõe.

Percebi que nossos colaboradores tinham muitas limitações, poucas alternativas ou opções de sair da posição cômoda que adquiriram com o passar do tempo, mas que estão sendo perseverantes no que conseguiram apreender apesar do medo de mudanças. Todos procuraram demonstrar em suas falas, cheias de otimismo e esperança, fazendo-nos crer que programas desse tipo proporcionam alternativas terapêuticas apesar dos percalços encontrados.

No momento oportuno, quando não se observavam opções ou saídas, houve o investimento neste programa com a intervenção do profissional enfermeiro, que transformou toda essa realidade. É com muita alegria e orgulho que presenciei esses colaboradores inteiramente adaptados, menos depressivos e, o mais importante, independentes, receptivos e saudosos das contribuições carinhosas recebidas por mim, enquanto estávamos juntos.

Espero ter contribuído para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas e também para o crescimento profissional de outros profissionais de saúde.

Acredito que o mais importante de tudo que foi apreendido neste estudo é a maior contribuição para a Enfermagem, fato constatado nas percepções de autora³⁸, que afirma serem os profissionais enfermeiros capazes de fazerem a diferença.

REFERÊNCIAS

- Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre diabetes. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes tipo 2. [Citado em 2002 jul. 20]. Disponível em: www.diabetes.org.br.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Malerbi DA. Evolução crônica do diabetes mal controlado. In: Atualização em Diabetes do tipo 2 para o clínico não-especialista. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 1998, p.10.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diab Care* 2001; 24:10069-78.
- Zanetti ML. Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética, 1990 [dissertação]. Riberão Preto: Escola de Enfermagem de Riberão Preto, Universidade de São Paulo, 1990.
- Maudsley H. The pathology of mind. 3th ed. New York: Appleton; 1899.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Recognizing and managing depression in patients with diabetes. In: Rubin RR, Anderson BJ. Practical psychology for diabetes clinicians. Am Diab Assoc. 1996; 143-52.
- Zauszniewski JA, Chung CW, Krafcik K, Souza VD. Psychometric testing of the depressive cognition scale in women with type 2 diabetes. *J Nurs Meas*. 2001; 9(1): 61-72.
- Organization Panamericana de la Salud-OPAS. Orgnization Mumdlial de la Salud- OMS. Programa de Salud Mental. Division de Promocion de Salud. Modelo para la capacitacion de la enfermera general en ai identificacion y manejo de los transtornos afetivos.Generalista I. Genova: OMS; 1999.
- Williams A, Strasser PB. Depression in the workplace: impact on employees. *AAOHN J*. 1999 Nov;47(11):526-37.
- Maas ML, Buckwalter KC, Hardy MD, Reimer TT, Titler MG, Spech JP. Nursing care of older adults diagnoses, outcomes, e interventions. St. Louis: Mosby; 2001.
- Leedom L, Meehan WP, Procci W, Zeidler A. Symptoms of depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Psychomatics*. 1991;32:280-6.
- Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America the epidemiologic catchment area study. New York: Free Press; 1991.
- Culbertston JA. Depression and gender an international review. *Am Psychol*. 1997; 52:25.
- Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes an epidemiological evaluation. *Diabetes Care*. 1993; 16:1167-78.
- Carney C. Diabetes Mellitus and major depressive disorder: an overview of prevalence, complications, and treatment. *Depress Anxiety*. 1998; 7(4):149-57.
- Van TM, Mccasckill CC, Lane JD. Depressed mood is a factor in glycemic control intype 1 diabetes. *Psychosom Med*. 2001; 63:551-5.
- Roy A, Roy M. Depressive stomptoms in African American type 1 diabetics. *Depress Anxiety*. 2001; 13:28-31.
- Minayo MC. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
- Freitas SM. História oral. Possibilidades e procedimentos. São Paulo: Humanitas da USP; 2003.145 p.
- Meihs JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 1996.
- Camargo A. História oral e política. In: Moraes MD. História Oral. Rio de Janeiro: CPDOC/Fundação Getúlio Vargas/Diadorim; 1994.
- Moreira RO, Papelbaum M, Appolinario JC. Diabetes Mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003; 47(1):19-29.
- Lustman PJ, Griffith LS. Depression in women with diabetes. *Diabetes Spectrum*. 1997; 10:216-23.
- Carney RM, Freedland KE, Lustman PJ, Griffith LS. Depression and coronary disease in diabetic patients: a 10 - year followup. *Psychosom Med*. 1994; 56:149.
- Carney C. Diabetes Mellitus and major depressive disorder: an overview of prevalence, complications, and treatment. *Depress Anxiety*. 1998; 7:149-57.
- Bailey BJ. Mediators of depression in adults in diabetes. *Clin Nurs Rev*. 1996; 5(1):25-42.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse REE. Depression in adults with diabetes: results of a 5-year follow-up study. *Diabetes Care*. 1998; 11:605-12.
- Van TM, Mccasckill CC, Lane JD, Edwards CL, Bethel A, Feinglos MN, et al. Depressed mood is a factor in glycemic control intype 1 diabetes. *Psychosom Med*. 2001; 63:551-5.

30. Kelsey JE. Depressão e família. [Citado em 2004 jun. 24]. Disponível em <<http://www.Manipulário.Far.Br/dicas-de-saúde/q20502.htm>>.
 31. Miyaoka Y, Miyaoka H, Motomiya T, Kitamura S, Asai M. Impact of sociodemographic and diabetes-related characteristics on depressive state among non-insulin-dependent diabetic patients. *Psych Clin Neurosci*. 1997; 51:203-6.
 32. Ross EK. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
 33. Bailey C J, Turner RC. Metformim. *N Engl J Med*. 1996; 334:574-9.
 34. Myaoka Y. Impact of sociodemographic and diabetes-related characteristics on depressive state among non-insulin-dependent diabetic patients. *Psych Clin Neurosci*. 1997; 51:203-6.
 35. Connel CM, Davis WK, Gallant MP, Sharpe PA. Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychol*. 1994; 13:263-73.
 36. Osinaga VLM. Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
 37. Pace AEEC. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de Diabetes mellitus. *Rev Latinoam Enferm*. 2003 maio/jun; 11(3):312-9.
 38. Malerbi DA. Evolução crônica do diabetes mal controlado. In: Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização em Diabetes do tipo 2 para o clínico não-especialista. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 1998; 2:10.
 39. Rogers M. Enfermagem no ano 2020: cinco cenários futuros. Toronto: Canadian Nurses Association; 1997.
-