



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal

Ciências Sociais e Humanas

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

João Pedro Colaço Maciel Carneiro

Versão Final após Defesa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Marta Alves

Covilhã, Outubro de 2015

Agradecimentos

Um obrigado especial,

À Universidade da Beira Interior.

À Professora Doutora Marta Alves, orientadora deste trabalho, com uma palavra de especial apreço e muitos sinceros agradecimentos pela paciência, disponibilidade e apoio, importantes à concretização da tarefa.

Aos utentes e ao corpo clínico e de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar - *Mais Saúde*, do Centro de Saúde de Ponte de Lima, e ao Centro de Saúde de Ponte de Lima.

À minha família e amigos.

Resumo

O presente trabalho procurou relacionar-se com o desenvolvimento de um melhor entendimento acerca da influência de dimensões e variáveis psicossociais no processo de ajustamento psicológico dos indivíduos á patologia crónica. O estudo desenvolvido foi de natureza não-experimental, com recolha de dados através de questionários auto-administrados. A amostra do estudo foi constituída por sessenta sujeitos com diagnóstico de *Diabetes*.

Procurou estudar-se, primeiro, possíveis diferenças entre o grupo de homens e de mulheres na experiência de sintomas de ansiedade e depressão. Depois, em segundo lugar, procurou avaliar-se o papel global do apoio social e das suas dimensões (apoio social emocional, apoio social instrumental e apoio social informacional), e a sua relação com a experiência de sintomas de ansiedade e depressão. Tentou também conhecer-se melhor quais seriam, na perspectiva destes sujeitos, as condições de trabalho e acomodações que consideravam mais importantes no processo de adaptação laboral á doença, e quais os principais problemas encontrados devido á doença. Para tal foram utilizados, como instrumentos de avaliação, a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*, a *Escala de Apoio Social (EAS)*, e as *Escalas de Perceção de Condições Desejáveis de Trabalho e Escala de Problemas no Trabalho devido á Doença*.

Palavras-chave

Doença Crónica; Diabetes; Ansiedade; Depressão; Apoio Social; Condições Laborais.

Abstract

The present work aimed to relate with the development of a better understanding about the influence of psychosocial dimensions and variables in the psychological adjustment process between individuals and their chronic pathology. The study had a non-experimental design, with data being collected via self-administered questionnaires. The sample from this study consisted of sixty subjects, diagnosed with Diabetes.

With the study it was intended, firstly, to understand and evaluate possible differences between the group of men and women in the experience of symptoms of anxiety and depression. Secondly, it was tried through this study the assessment of the overall role of the social support and its dimensions (emotional social support, instrumental social support and informational social support) in the experience of symptoms of anxiety and depression. The study aimed also, on third place, to identify which working conditions and accommodations at workplace would be considered important from subject's point of view, as well as main problems encountered at workplace due to illness.

Keywords

Chronic disease; Diabetes; Anxiety; Depression; Social Support; Working Conditions.

Índice

Pensamento	ii
Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice	v
Lista de Figuras	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Acrónimos	ix
1 - Introdução	10
1.2. Diabetes	13
1.2.1. Características da doença	14
1.2.2. Complicações da doença	16
1.2.3. Dados Epidemiológicos	19
1.3. Diabetes - Aspetos Psicossociais	20
1.3.1. Características Psicossociais da doença	20
2 - Stress e Diabetes	28
2.1. Estratégias de <i>Coping</i> e Diabetes	30
2.2. Diabetes e Psicopatologia	33
3 - Apoio Social	38
3.1. Apoio Social, Doença Crónica e Diabetes	41
3.2. Apoio Social, Diabetes e Ambiente Laboral	42
4 - Objetivos Hipóteses e Metodologia	45
4.1. Pertinência do Estudo	46
4.1.2. Variáveis e Objetivos do Estudo	47
4.2. Questões de Estudo	47
4.2.1. Procedimentos	48
4.2.3. Participantes e Tipo de Amostra	49
4.2.4. Apresentação da Amostra	50
4.2.5. Características da Amostra	52
4.2.6. Instrumentos e Medidas	52
4.2.7. Tratamento de dados	58
5 - Apresentação de Resultados	59
5.1. Condições de aplicação de testes estatísticos	59
5.2. Questão de Estudo 1	60
5.3. Questão de Estudo 2	68
5.4. Questão de Estudo 3	73

9. Referencias Bibliográficas	78
10. Anexos	90
Anexo 1 - Parecer da <i>Comissão de Ética para a Saúde</i> (CES).	
Anexo 2 - Autorização da Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar - <i>Mais Saúde</i> .	
Anexo 3 - Modelo de <i>Consentimento Informado</i> .	
Anexo 4 - <i>Questionário Sociodemográfico</i> .	
Anexo 5 - Escala <i>Hospitalar de Ansiedade e Depressão</i> (HADS).	
Anexo 6 - Escala de <i>Apoio Social</i> (EAS).	
Anexo 7 - <i>Escala de Perceção de Condições Desejáveis de Trabalho e Escala de Problemas no Trabalho devido à Doença</i> .	
Anexo 8 - Dados relativos à distribuição amostral da variável “ <i>Subescala de Ansiedade</i> ”.	
Anexo 9 - Dados relativos às condições de aplicação e resultados do <i>Teste t-Student</i> .	
Anexo 10 - Dados relativos à distribuição amostral da variável “ <i>Subescala de Depressão</i> ”.	
Anexo 11 - Diagrama de extremos e quartis relativo ao <i>Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney</i> .	

Lista de Figuras

Figura 1: *Modelo Psicocomportamental e de Autogestão na Diabetes.* (2002). Gonder-Frederick, Cox e Ritterband.

Figura 2: Histogramas relativos á distribuição das pontuações médias nos dois grupos independentes, relativamente á variável “*Subescala de Depressão*”, visualizados separados ou de forma empilhada.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Despesa em Insulinas e Antidiabéticos Oraís para o custo total dos medicamentos de ambulatório do Sistema Nacional de Saúde, em Portugal Continental.

Tabela 2: Taxa de incidência da Diabetes em Portugal.

Tabela 3: Número de óbitos por Diabetes em Portugal.

Tabela 4: Dados Sociodemográficos da Amostra.

Tabela 5: Dados Clínicos da Amostra.

Tabela 6: Descrição e pontuação dos itens e dimensões da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS).

Tabela 7: Descrição e pontuação dos itens e dimensões da *Escala de Apoio Social* (EAS).

Tabela 8: Teste de Normalidade para a variável dependente “*Subescala de Ansiedade*”.

Tabela 9: Dados descritivos dos Grupos de Homens e Mulheres.

Tabela 10: Resultado do *Teste t-Student* para amostras independentes.

Tabela 11: Teste de Normalidade para a variável dependente “*Subescala de Depressão*”.

Tabela 12: *Rankings* entre Homens e Mulheres (*Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney*).

Tabela 13: Resultados do *Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney*.

Tabela 14: Correlações entre a “*Subescala de Ansiedade*” e as dimensões da *Escala de Apoio Social* (EAS).

Tabela 15: Correlações entre a “*Subescala de Depressão*” e as dimensões da *Escala de Apoio Social* (EAS).

Tabela 16: Médias e Desvios-Padrão dos itens da primeira escala, das *Escalas de Perceção de Condições Desejáveis de Trabalho*.

Tabela 17: Médias e Desvios-Padrão dos itens da segunda escala, das *Escalas de Perceção de Condições Desejáveis de Trabalho*.

Tabela 18: Médias e Desvios-Padrão dos itens da *Escala de Problemas no Trabalho devido à Doença*.

Lista de Acrónimos

UBI - Universidade da Beira Interior

WHO - World Health Organization

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde em Portugal

ADO - Antidiabéticos Orais

GEIR - Grupo de Estudo da Insulinorresistência da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

EAS - Escala de Apoio Social

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

CES - Comissão de Ética da ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

UMS do CSPL - Unidade - Mais Saúde, do Centro de Saúde de Ponte de Lima

1 - Introdução

1.1. Doença Crónica

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2002, cit. in Nolte e McKee, 2008; World Health Organization, 2014) um dos maiores desafios do presente século para os diversos sistemas de saúde mundiais advirá do aumento considerável do impacto das doenças crónicas nas populações. Para Nolte e McKee (2008), a eficácia e o sucesso na redução de mortes por doenças agudas na segunda metade do século passado colocou um novo ênfase no impacto das doenças crónicas: à medida que foram sendo reduzidas as mortes prematuras provocadas pelas doenças agudas, a prevalência de doenças que possuem um carácter persistente ao longo do tempo parece ter ido aumentando, - como é o caso das doenças crónicas -, com uma nota em especial para o facto de estilos de vida sedentários e exposição frequente a ambientes artificiais parecerem aumentar a vulnerabilidade do organismo humano a longo termo. Por outro lado, de acordo com os autores, também o aumento da longevidade e da esperança média de vida, os progressos alcançados em termos da investigação científica ou o nível de eficácia das intervenções médicas disponíveis, podem ter também contribuído de alguma forma para o impacto e prevalência atuais das doenças crónicas nos sistemas de saúde.

Miguel e Borges (2002) apresentam as doenças crónicas como patologias de longo termo ou de longa duração e para as quais não existe cura efetiva, que podem variar na gravidade ou na extensão das suas consequências para os indivíduos e, nas quais, o processo de tratamento da doença enfatiza o controlo e gestão da doença e não especificamente a sua cura. A Organização Mundial de Saúde (WHO cit. in Nolte e McKee, 2008) menciona as doenças crónicas como entidades clínicas de progressão lenta, nas quais é requerido o seu controlo ou gestão da doença por vários anos ou décadas, patologias não transmissíveis entre indivíduos mas potencialmente incapacitantes (WHO, 2014). As doenças crónicas constituem um conjunto heterogéneo de patologias entre as quais se podem salientar, por exemplo, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crónicas, ou a Diabetes. Como referem Nolte e McKee (2008), este conjunto variado de patologias agrega entidades clínicas que possuem um carácter duradouro ou permanente, por vezes acompanhadas de incapacidades associadas para o indivíduo, e cujo plano de controlo da doença envolve frequentemente os esforços de vários profissionais de saúde, metodologias e especialidades, acesso a medicação essencial e obrigatória ou mecanismos técnicos de controlo da doença, - e onde todos estes elementos devem conjugar-se coordenadamente de forma a possibilitar o controlo da sintomatologia e o ajustamento do indivíduo à sua condição de saúde. Segundo Grumbach

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

(2003, cit. in Nolte e McKee, 2008) os regimes terapêuticos para as várias doenças crónicas não são direcionados para a cura da doença em si mesma mas para a melhoria do nível global de funcionamento do indivíduo, diminuição dos efeitos dos sintomas experienciados, melhoria da qualidade de vida ou prolongamento da esperança de vida por via da prevenção secundária de saúde.

Cada uma das doenças crónicas representa, no entanto, uma patologia única e específica, pautada por aspetos próprios, e, de acordo com Snoek e Skinner (2006) e Barnard e Lloyd (2012), parece produzir um impacto individual e particular nas pessoas afetadas, bem como nos seus próprios sistemas familiares ou relacionais. De acordo com Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva e Castro (2011) e Snoek e Skinner (2006), o aparecimento e desenvolvimento de condições de doença crónica faz acompanhar-se da necessidade de recorrer a métodos terapêuticos que implicam, frequentemente, a modificação de hábitos individuais e de estilo-de-vida. Assim, as pessoas afetadas por doenças crónicas devem ser capazes, segundo Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006; cit. in Dias et al., 2011), de adotar, implementar e manter, um conjunto de mudanças e alterações comportamentais de forma a promover o sucesso do regime terapêutico aconselhado. Dadas serem múltiplas e variadas as dimensões que influenciam e determinam o curso de uma doença crónica, as alterações de padrões comportamentais podem ter de ser frequentes ao longo do tempo. Dias et al. (2011), e de acordo com a sua revisão de literatura, referem os doentes portadores de patologia crónica como entre aqueles que menos parecem aderir à terapêutica prescrita para os seus regimes de tratamento. Segundo Clark (2003, cit. in Nolte e McKee, 2008), as doenças crónicas confrontam as pessoas afetadas com um espectro de necessidades que obrigam à alteração e modificação comportamental, envolvimento em atividades que promovam o seu bem-estar físico e emocional, interação regular com profissionais de saúde e adesão aos regimes de tratamento, monitorização do seu próprio estado de saúde e processos de tomada de decisão associados, bem como o ajustamento ao impacto da doença no seu funcionamento físico, psicológico e social. Por estas razões, a consistência dos hábitos ou dos comportamentos individuais parece ser um aspeto especialmente importante ao nível do controlo e gestão de uma doença de cariz crónico.

Parece, contudo, igualmente importante que exista uma certa maleabilidade comportamental pois, no caso particular de muitas doenças crónicas, pode também assistir-se frequentemente à necessidade de adaptação de certos comportamentos em termos, por exemplo, do estágio de progressão da doença ou em função do momento do ciclo vital do indivíduo. Leite e Vasconcellos (2003, cit. in Dias et al, 2011), ressaltam o papel que podem desempenhar as crenças pessoais e perceções dos indivíduos ao nível dessas adaptações múltiplas que são muitas vezes requeridas, nomeadamente no que respeita à toma de medicação ou à adesão a certos aspetos do regime terapêutico (como a dieta ou o exercício físico, por exemplo). Johnson, Maas e Moorhead (2004, cit. in Dias et al., 2011) referem também que os regimes

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

terapêuticos que devem ser adotados podem facilmente apresentar-se como bastante complexos para estes indivíduos e que eles podem, com alguma frequência, não ser capazes de integrar as mudanças e alterações comportamentais necessárias no seu quotidiano, podendo derivar daí riscos ou ameaças à sua própria saúde, especialmente no que concerne à interrupção do plano de controlo da doença. A adesão ao tratamento parece ser, também por estes motivos, um aspeto relevante a ser considerado no caso das doenças crónicas.

A Organização Mundial de Saúde (2014) apresenta como aspeto especialmente relevante o facto de as doenças crónicas exigirem, frequentemente, a formação especial ou o envolvimento do próprio doente na sua reabilitação ou no plano de controlo de doença. Como referem Nolte e McKee (2008), essa responsabilidade pessoal que os indivíduos devem assumir no controlo da sua doença poderá criar desafios adicionais e particulares especialmente para aquelas pessoas que são afetadas por múltiplas condições simultaneamente, na medida em que possam experienciar o agravamento de uma condição em função do tratamento induzido para o tratamento de outra condição: Bayliss et al. (2003, cit. in Nolte e McKeen, 2008) referem que uma pessoa com doença respiratória crónica poderá enfrentar sérias dificuldades em envolver-se com planos de exercício físico que sejam delineados para o controlo da Diabetes, no caso de as condições de saúde coexistirem. Por outro lado, e de acordo com os mesmos autores, as pessoas apresentam variabilidade relativamente às suas preferências de tratamento ou em relação àquilo que pessoalmente consideram ser ganhos ao nível do seu próprio estado de saúde: enquanto algumas pessoas podem priorizar a manutenção da sua independência funcional em relação à toma de medicação; outras pessoas podem tolerar mais facilmente a inconveniência ou os efeitos adversos dos regimes de medicação se isso se associar a uma esperança aumentada de vida (mesmo que isso implique algum comprometimento ao nível da qualidade de vida experienciada).

A Organização Mundial de Saúde (2014) refere-se às doenças crónicas, de forma global, enquanto epidemia invisível e situa-as como causa principal de mortalidade a nível mundial. Bugalho e Carneiro (2004, cit. in Dias et al. 2011) referem que estas doenças têm um forte impacto nas populações e sociedades afetadas e Varemkamp e van Dijk (2010) sublinham também o facto de as doenças crónicas parecerem estar também a tornar-se cada vez mais prevalentes entre os indivíduos adultos em idade ativa (na generalidade dos países industrializados). No que concerne especificamente à Diabetes, a despesa em insulinas e antidiabéticos orais para o custo total dos medicamentos de ambulatório por parte do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em Portugal Continental, tem registado um crescimento claramente significativo ao longo da última década (*Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes, (2014). Fonte: Estatísticas do Medicamento - Infarmed, em Relatório Diabetes - Factos e Números 2014*):

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Tabela 1: % Insulinas e ADO na Despesa Total em Medicamentos - Mercado de Ambulatório do SNS

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
3.1%	3.1%	3.2%	3.3%	3.7%	4.9%	6.4%	7.8%	9.7%	11.3%

1.2. Diabetes

A Diabetes é uma doença crónica consistindo de uma perturbação metabólica complexa caracterizada por hiperglicemia (índices de glicose no sangue superiores considerados normais), resultante de défices nos processos de secreção de insulina, ação da insulina, ou ambos (Barnard e Lloyd, 2012; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Esta descompensação no processo de produção e ação da insulina conduz então ao fenómeno conhecido por hiperglicemia, um nível aumentado dos níveis de açúcar (glicose) no sangue. (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014) Existe também uma outra condição, denominada atualmente de Hiperglicemia Intermédia, - vista frequentemente como situação de pré-diabetes -, na qual os indivíduos apresentam níveis de glicose no sangue superiores aos considerados normais não sendo, no entanto, suficientemente elevados para que sejam classificados como Diabetes. Estas pessoas (com Hiperglicemia Intermédia) podem apresentar Anomalia da Glicemia em Jejum (AGJ) ou Tolerância Diminuída à Glicose (TDG), ou ambas as condições em simultâneo, e essas condições são reconhecidas atualmente como fator de risco para a Diabetes e risco cardiovascular (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Barnard e Lloyd (2012) referem que a Diabetes é, em primeira instância, uma doença que afeta os países e sociedades de uma forma generalizada e global, pela prevalência observada, mas que é mais do que uma questão de saúde pública: representa uma vivência pessoal e idiossincrática de complexos desafios diários tanto para a pessoa diabética como para as suas famílias. De acordo com os autores, esse desafio só aumenta com a ausência de cura efetiva para a doença. Parece constituir igualmente uma doença que envolve uma transposição importante do seu impacto para os níveis sistémico e familiar da pessoa afetada. De acordo com Barnard e Lloyd (2012), o momento inicial de diagnóstico da doença representa um choque e um marco importante tanto para a pessoa diabética como para a sua família, independentemente de o diagnóstico dizer respeito a diferentes condições de Diabetes.

1.2.1. Características da Doença

Parecem coexistir diferentes processos patogénicos envolvidos no desenvolvimento da Diabetes: desde a destruição autoimune de células do pâncreas (com a consequente deficiência na secreção de insulina), até à existência de certas anormalidades que conduzem a uma situação de resistência do organismo à ação da insulina (resposta diminuída dos tecidos celulares à insulina) (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003). Existem certas situações fisiológicas (como a puberdade ou a gravidez), ou determinadas condições patológicas que se evidenciam em crianças e adultos (como a obesidade, a hipertensão arterial, doença cardiovascular, ou infeções crónicas, por exemplo), nas quais a resistência à insulina (de carácter transitório ou definitivo) é a alteração fisiopatológica de base. (GEIR, Grupo de Estudo da Insulinorresistência da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2009) De acordo com este grupo de estudo, esse estado de insulinorresistência poderá preceder, por vezes em anos, o surgimento de situações de morbilidade. Para Reynals (2003), a Diabetes não representa uma entidade única mas sim uma síndrome pautada por uma perturbação bioquímica, hiperglicemia, e um conjunto de alterações clínicas, vasculares e neurológicas, que surgem como consequência de modificações ocorridas pela exposição prolongada a concentrações elevadas de glicose no sangue. A Diabetes representa, igualmente, um conjunto heterogéneo de situações clínicas e de etiologias múltiplas, que se caracterizam por hiperglicemia crónica, resultante de perturbações ao nível do processo de secreção de insulina (Ruas, 1997; The Expert Committee on the Diagnosis of Diabetes Mellitus, 2000; 2003).

É utilizada a nomenclatura de Diabetes Tipo 1, Diabetes Tipo 2, ou Diabetes Gestacional, como forma de classificação da doença. Para Silva (2010), a classificação, segundo esta tipologia, indica que as perturbações agrupadas sob a designação de Diabetes diferem em relação à sua patogénese, história natural, resposta à terapêutica, ou até em termos da sua prevenção. Uma breve apresentação é feita de seguida:

A **Diabetes Tipo 1** é causada por processos autoimunes que causam a destruição de células produtoras de insulina do pâncreas pelo sistema imunitário do organismo. Estas células produzem, assim, pouca ou nenhuma insulina, - a hormona que permite a absorção da glicose pelas células do organismo. (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014) Este tipo de Diabetes resulta, na maioria dos casos, de um processo imunomediado que conduz à destruição progressiva destas células do pâncreas e provoca a deficiência absoluta na secreção de insulina. Na sua origem podem possivelmente encontrar-se fatores hereditários ou infeções virais (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000; 2003).

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

A Diabetes Tipo 1 pode ser observável em pessoas de qualquer faixa etária mas parece ocorrer com maior frequência em crianças ou adultos jovens, geralmente antes dos 30 anos de idade (sobretudo na infância e na adolescência) (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014; Silva, 2010). As pessoas afetadas por esta condição de saúde necessitam de injeções de insulina diariamente de maneira a regular os índices de glicose no sangue do seu organismo, e sem insulina não sobreviveriam. (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014). A Diabetes Tipo 1 é menos frequente do que a Diabetes Tipo 2 (descrita em seguida), - representando menos de 10% do número total de casos de Diabetes - mas a sua incidência tem aumentado e é tido como provável que alterações ao nível dos fatores de risco ambientais possam estar na base dessa evolução (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

A **Diabetes Tipo 2** relaciona-se com uma condição de saúde em que o pâncreas não produz a insulina suficiente ou necessária ao organismo, ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Trata-se de uma patologia multifatorial: a sua origem é genética mas associada também a fatores ambientais, frequentemente relacionada com estilos de vida, atitudes e determinados padrões comportamentais (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013; Relatórios Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Estes fatores confluem promovendo alterações do funcionamento das células do pâncreas, com a consequente resistência à ação da insulina (Duarte e Caldeira, 2002; Froguel, 2004; Pickup & Williams, 1997 cit. in Silva, 2010; The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003). É muitas vezes referida como podendo estar associada à obesidade (condição que pode causar maior resistência à insulina e provocar níveis elevados de glicose no sangue) e envolver também uma forte componente genética e hereditária, mas os principais genes predisponentes ainda não foram claramente identificados, não existindo ainda uma cura efetiva para a doença (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Ao contrário das pessoas que apresentam a situação de Diabetes Tipo 1, as pessoas com Diabetes Tipo 2 não são dependentes de insulina exógena, mas podem necessitar de tratamento com insulina para o controlo e regulação dos níveis de glicose sanguínea (caso não consigam efetuar por via da dieta associada a antidiabéticos orais) (Pickup e Williams, 1997, cit. in Silva, 2010; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013; 2014). Talvez porque a Diabetes Tipo 2 envolva um quadro clínico não tão agudo quanto o da Diabetes Tipo 1, muitas das pessoas afetadas pela Diabetes Tipo 2 poderão permanecer assintomáticas durante um longo período de tempo, sendo o diagnóstico da doença habitualmente realizado por via de análises de rotina ou pela ocorrência de complicações de saúde que o sugiram (Pickup et al, 1997 cit. in Silva, 2010; Peyrot, 2001). Silva (2010) apresenta a doença como insidiosa e encontrando-se frequentemente presente vários anos em antes do momento do seu

diagnóstico. O diagnóstico da Diabetes Tipo 2 acontece frequentemente após os 40 anos de idade (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013). No entanto, com o crescente aumento da prevalência da Diabetes Tipo 2 também a idade média do seu diagnóstico tem vindo a decrescer, afetando, também, crianças e jovens adultos (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013; Duarte e Caldeira, 2002; Neves, 2004).

A **Diabetes Gestacional** corresponde, por sua vez, a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose observado ou registado, pela primeira vez, durante o período de gravidez, e esta definição torna-se aplicável independentemente de a insulina ser ou não utilizada no tratamento (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

1.2.2. Complicações de Doença

Apesar de os dois Tipos de Diabetes mais reconhecidos (o Tipo 1 e Tipo 2 de Diabetes) envolverem mecanismos patogénicos e características metabólicas distintas, as complicações crónicas da doença a longo prazo parecem poder ser observáveis em ambas as condições, considerando-se usualmente a Hiperglicemia persistente no tempo como a principal causa das complicações crónicas que surgem e evoluem a partir de alterações desencadeadas em determinados órgãos ou tecidos do organismo (Stratton et al, 2000; Reynals e Figuerola, 2003; Belchetz e Hammond, 2003). As pessoas diabéticas incorrem na possibilidade de desenvolver complicações crónicas derivadas da doença (American Diabetes Association, 2009; Biderman et al., 2000; Brun et al. 2000; Morhgan, Currie e Peters, 2000; Rajala, Pajunpa, Koskela e Keinanen-Kiukiaanniemi, 2000; The Expert Committee of Diabetes Mellitus, 2000). De acordo com Silva (2010), não existe nenhum órgão do organismo ou sistema que não possa ser afetado pelas alterações metabólicas causadas pela Diabetes e as alterações que os tecidos do organismo sofrem em virtude da exposição prolongada a concentrações elevadas de glicose sanguínea podem resultar em dano ou disfunção de vários órgãos do indivíduo.

Reynals e Figuerola (2003) referem também que o perfil atual do doente diabético é diferente daquele de há décadas atrás: tratando-se agora de indivíduos polimedicados e com frequentes patologias associadas (uma vez que as complicações crónicas têm vindo a crescer à medida que a expectativa de vida destes doentes tem vindo a aumentar, por via da administração de insulina, antibióticos, cirurgia coronária, diálise, ou transplante renal, entre outros). Para Snoek e Skinner (2005), as pessoas de idade mais avançada apresentam maior suscetibilidade às complicações crónicas comuns na Diabetes pois embora a sua incidência e ocorrência sejam sempre exponenciadas pela presença de uma condição de saúde como a Diabetes, esse risco demonstra-se mais elevado nas pessoas mais idosas (no que respeita, nomeadamente, à perda de visão, doença renal ou acidente vascular cerebral).

1.2.2.1. Complicações Agudas da Diabetes

Os desequilíbrios metabólicos provocados pela Diabetes conduzem a determinadas complicações de curto prazo, sendo a **Hipoglicemia** e a **Hiperglicemia** as situações mais frequentes. A **Hipoglicemia** ou o estado de Hipoglicemia consiste na presença de concentrações baixas de glicose no momento da crise, e o desaparecimento dos sintomas, após o aumento da glicemia, por ingestão ou administração intravenosa de glicose (Figuerola, 2003). A frequência do aparecimento de situações de episódios de hipoglicemia depende, em muito, do tipo de diabetes, de tratamento, e também de fatores de risco individuais. A gravidade dos episódios pode variar desde alguns sintomas de mal-estar geral, que coincidem com taxas de glicemia baixas, até à perda absoluta de consciência. A **Hiperglicemia** crónica associa-se, por sua vez, à lesão, deterioração, disfunção e falência de diversos órgãos, sobretudo olhos, rins, sistema vascular e nervos periféricos (complicações microvasculares) (Reynals, 2003; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013; 2014).

1.2.2.2. Complicações Crónicas da Diabetes

A continuidade e persistência temporal da glicemia elevada acaba por ter repercussões nos tecidos do organismo e conduzir a condições denominadas de complicações crónicas da Diabetes. Stratton et al. (2000) apontam a Hiperglicemia crónica como causa principal das complicações micro e macrovasculares presentes na Diabetes e a afetação do sistema nervoso periférico. Outro aspeto a salientar é o de que na Diabetes Tipo 2 também outros fatores, como por exemplo alterações lipídicas ou a hipertensão arterial, podem ter alguma influência ao nível das complicações observadas (Reynals e Figuerola, 2003).

1.2.2.3. Complicações Microvasculares

Retinopatia: A retinopatia diabética parece ser o processo patológico mais comum no doente diabético (tanto no caso da Diabetes Tipo 1 como na Diabetes Tipo 2), parece associar-se fortemente à duração ou tempo de doença (American Diabetes Association, 2002), e é causada por mudanças na espessura dos vasos de fornecimento de sangue à retina. Representa uma das principais causas de incapacidade visual entre os adultos, contribuindo para uma elevada incidência de cegueira (Duarte e Van Zeller, 2002; Hoff et al., 2003; Reynals e Figuerola, 2003).

Nefropatia: A nefropatia diabética é uma complicação microvascular, frequente na Diabetes Tipo 2, e que afeta os rins, dada a associação entre os elevados níveis de glicose no sangue e doença microvascular produzirem um lento, mas progressivo, dano renal. A nefropatia

diabética é responsável pelo aumento do número de doentes em diálise e, com a progressão da insuficiência renal, o aumento da mortalidade entre os diabéticos aumenta (Murussi et al., 2003; Barbas, 2002).

Neuropatia: A neuropatia diabética é outra complicação comum e importante presente na Diabetes: parece ser responsável por níveis consideráveis de morbidade e mortalidade, e um dos principais fatores conducentes à ulceração dos membros inferiores do corpo, conduzindo a um elevado número de amputações. Trata-se de um conjunto de síndromes clínicas que atingem diversas regiões do sistema nervoso - nervos motores, sensitivos, e autonómicos - (Barbosa, 2002; Silveira, 2002), podendo provocar a degeneração de fibras nervosas do organismo (Carvalho e Duarte, 2002). A sua identificação precoce parece ser bastante importante na medida em que é um dos principais fatores conducentes ao desenvolvimento da condição designada de Pé Diabético (Silveira, 2002).

1.2.2.4. Complicações Macrovasculares

A investigação epidemiológica parece sugerir que a Diabetes envolve o risco acrescido de doença macrovascular (nomeadamente de doença cardiovascular) e alguns autores apontam uma média de esperança de vida diminuída em vários anos (Pederson e Gaede, 2003; Snoek e Skinner, 2005).

As **complicações macrovasculares** da Diabetes, especialmente na Diabetes Tipo 2, são consideradas as principais causas de morte entre a população diabética, estimando-se que um elevado número de mortes relacionadas com a doença se devam a complicações macrovasculares (como a doença cardiovascular ou doença cerebrovascular) (Henry, 2001; Bechman et al., 2002). Snoek e Skinner (2005) sugerem que os indivíduos com Diabetes Tipo 2 apresentem mais fatores de risco arteriosclerótico, como a obesidade (que é reconhecida como podendo influenciar a resistência à ação da insulina) ou a hipertensão arterial. Em Portugal, atualmente, cerca de um terço dos internamentos por Acidente Vascular Cerebral observam-se em pessoas com Diabetes, tendo a sua importância relativa aumentado ao longo da década passada (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

“Pé Diabético”: A neuropatia e as alterações vasculares que provocam e podem agravar alterações cutâneas parecem tornar os pés de pessoas diabéticas mais vulneráveis, seja pela dificuldade circulatória, seja pela redução da sensibilidade cutânea. A ocorrência de traumatismos pode conduzir a ulcerações e a sua complicação, devido a infeções, pode conduzir à necessidade de amputação. O Pé Diabético apresenta-se como uma das complicações mais ameaçadoras da Diabetes, representando a causa mais frequente e prolongada de internamentos entre estes pacientes (Vinha, 2002; Castela e Oliveira, 2004).

1.2.3. Dados Epidemiológicos

Relativamente aos dados epidemiológicos de uma doença, de acordo com Bonita, Beaglehole e Kjellstrom (2006), a prevalência e incidência de uma doença envolvem a contagem ou medição dos casos de uma doença numa dada população. Nesse sentido, e de acordo com os mesmos autores, a incidência de uma doença representa a ocorrência de novos casos de uma doença, num dado período de tempo, numa dada população; enquanto a Prevalência representa a frequência do número de casos de doença, em determinado momento, numa dada população.

1.2.3.1. Prevalência

No ano de 2013 a Prevalência estimada da Diabetes na população Portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos de idade (7.8 milhões de indivíduos) foi de 13%, ou seja, nesse ano mais de 1 (um) milhão de Portugueses neste grupo ou faixa etária evidenciava a patologia (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Parece ser observável uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes em relação ao Género: de 15.6% nos Homens, e de 10.7% nas Mulheres. Verifica-se, igualmente, uma forte prevalência da Diabetes com a Idade: mais de um quarto das pessoas com idades compreendidas entre os 60 e os 79 anos de idade parecem apresentar a patologia. Desta forma, e tal como referido anteriormente, o envelhecimento da população parece ser um dos fatores que mais contribui para a elevada prevalência da Diabetes (em especial da Diabetes Tipo 2) na população geral (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

1.2.3.2. Incidência

A taxa de incidência da Diabetes refere-se ao número de novos casos da doença na população base, anualmente. A esse nível verificou-se um crescimento elevado do número de novos casos de doença diagnosticados anualmente em Portugal na última década sendo, contudo, de ressaltar também uma diminuição desses valores nos anos de 2012 e 2013. (Tabela 2) (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. (2014). Fonte: Médicos Sentinela - INSA; Diabetes - Factos e Números 2014)

Tabela 2: Número de Novos Casos por 100.000 Indivíduos

2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
377.4	485.9	606.4	460.8	511.1	581.9	571.1	623.5	651.8	500.9	557.1

1.2.3.3. Mortalidade

A Diabetes assume um papel significativo nas causas de morte em Portugal, tendo a sua importância relativa aumentado ligeiramente durante o ano de 2012 (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014) (Tabela 3).

Tabela 3: Óbitos por *Diabetes Mellitus* em Portugal. (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. (2014). Óbitos por *Diabetes Mellitus* em Portugal. Fonte: INE: Óbitos Por Causa de Morte - Portugal)

A - Numero de Óbitos por Diabetes

B - % da Diabetes no Total de Óbitos

	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A	3 133	4 482	4 569	3 729	4 392	4 267	4 603	4 744	4 536	4 867	???
B	3.0%	4.4%	4.3%	3.7%	4.2%	4.1%	4.4%	4.5%	4.4%	4.5%	???

1.3. Diabetes: Aspetos Psicossociais

De acordo com Snoek e Skinner (2005), a cura para a Diabetes poderá estar ainda a longo tempo de distância e o carácter crónico da doença e as suas consequências a longo termo na saúde individual parecem ser influenciados por vários fatores, entre eles o tratamento médico recebido, um adequado ou desadequado autocontrolo da doença, e pelo apoio ou suporte social recebido (e percebido). Para Silva (2010), a Diabetes constitui uma das doenças crónicas mais exigentes, tanto ponto de vista físico como do ponto de vista psicológico, demonstrando-se os fatores psicossociais relevantes em vários aspetos e dimensões da doença, nomeadamente no processo de adesão ao tratamento. Segundo Rubin e Peyrot (2001), a adesão a regimes médicos e terapêuticos complexos de natureza faz com que estas pessoas vivam sob a exigência de um controlo cuidadoso da sua dieta alimentar, se devam manter fisicamente ativos, e monitorem sistematicamente os seus índices glicémicos, para além da possibilidade de ocorrência de várias complicações de doença debilitantes já referidas. De acordo com Boakerts, Maes e Karoly (2005), revela-se essencial que o indivíduo adote os comportamentos o mais adequados possíveis, ao longo do tempo e nos seus vários contextos de vida, dado tratar-se de uma patologia crónica e implicar, segundo estes autores, continuidade e consistência comportamental. Snoek e Skinner (2005), sugerem que a adesão

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

ao tratamento e às recomendações médicas tende a ser menor quando o regime terapêutico é complexo, necessita ser mantido por um longo período de tempo, condiciona mudanças no estilo de vida da pessoa, ou é desenvolvido tendo em vista a prevenção da doença mais do que a sua própria cura. De acordo com estes autores a Diabetes é uma doença que envolve todas essas características e onde devem ser considerados, portanto, múltiplos aspetos e dimensões psicossociais. De entre vários fatores psicossociais considera-se, de uma maneira geral, que o Suporte Social, a Autoeficácia, e as Estratégias de Coping, figurem entre os fatores psicossociais mais importantes no processo de ajustamento à doença. (Gonder-Frederick, Cox e Ritterbrand, 2002; Snoek e Skinner, 2005) Gonder-Frederick, Cox e Ritterbrand (2002), consideram que são precisamente estes três fatores que moderam a adesão dos indivíduos ao regime de tratamento da Diabetes, embora seja ainda imprecisa a compreensão exata da sua extensão. O apoio social consiste no tema e objetivo principal do presente estudo, pelo que será tratado em maior detalhe posteriormente.

Segundo Snoek e Skinner (2005), as pessoas, não sendo iguais, reagem de forma muito diferente ao diagnóstico de doença e por vezes de forma pouco expectável, e estas respostas individuais dos indivíduos à doença parecem ser amplamente diversas. Para estes autores, a Diabetes e as suas consequências possuem uma base fisiológica fundamental mas também uma relação profunda que se estabelece entre essa dimensão fisiológica e as dimensões psicossociais (complexas e frequentemente subtis). De acordo com Barnard e Lloyd (2012), no caso da Diabetes o ajustamento à doença e a capacidade de colocar a doença em contexto com a menor perturbação possível das outras prioridades e dimensões de vida constituem aspetos essenciais para que a pessoa consiga evitar ser sobrecarregada pela sua condição de saúde. Para Maes et al. (1996) e Snoek e Skinner (2005), lidar com a Diabetes revela-se simultaneamente diferente de lidar com outra doença crónica pois consiste numa condição em que é o próprio paciente quem deverá ser capaz de desenvolver a maioria dos comportamentos de regulação metabólica e controlo da doença. Silva (2010), considera que talvez nenhuma outra doença exija tanto do doente em termos de conhecimento ou domínio de certas capacidades como a Diabetes pois é uma doença que envolve exigências múltiplas bem como a necessidade de lidar com estas no dia-a-dia, ao longo de todo o tempo.

Para Barnard e Lloyd (2012), aprender a viver com a Diabetes é o início de um percurso desafiante: a um nível prático, pela frustração ou confusão que a vivência da doença possa implicar, pelas visitas ao hospital que possam ser necessárias ou adesão a esses complexos tratamentos médicos (que podem envolver medicações múltiplas ou a necessidade de injeções ou análises regulares, e pelas exigências que coloca em termos de dieta e regime alimentar e atividade física), mas também pela assimilação do carácter da doença e das suas consequências possíveis a longo prazo. Silva (2010), refere que o processo de adaptação à doença tem o seu início no momento do diagnóstico, sendo frequente uma série de crises

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

personais após o diagnóstico da doença: num primeiro momento muitos doentes diabéticos parecem experimentar sintomas de depressão e de ansiedade, sentimentos de angústia e apreensão, isolamento social, ou irritabilidade e frustração (Casalenuovo, 2002; cit. in Silva (2010); Rubin e Peyrot, 1996, cit. in Silva, 2010). A maioria destes doentes parece, no entanto, superar esse impacto inicial da doença após o primeiro ano (Silva, 2010). Ao longo do período de progressão da doença parecem frequentemente predominar reações de medo às complicações a curto prazo da doença, nomeadamente as crises hipoglicémicas e hiperglicémicas (Casalenuovo, 2002, cit. in Silva, 2010).

Viver com Diabetes parece atingir todos os aspetos do quotidiano e envolver reajustamentos psicológicos e comportamentais diários que se traduzem numa vivência particular tanto para a pessoa diabética como para a sua família. Snoek e Skinner (2005) referem que, por um lado, certos aspetos da vida diária podem dificultar a adesão ao regime de tratamento da Diabetes na medida em que as pessoas possam sentir-se, por exemplo, embaraçadas em medir os índices de glicose nos seus ambientes de trabalho ou escola, esquecendo-se do equipamento necessário, ou cometendo erros de julgamento sobre o que podem ou devem comer. Mas depois, e por outro lado, o aparecimento de uma doença como a Diabetes implica alterações ao nível das rotinas pessoais e familiares e essas alterações constituem também desafios importantes para as pessoas da família ou do sistema de relações interpessoais da pessoa diabética. Segundo Barnard e Lloyd (2012) depois do diagnóstico inicial da Diabetes as famílias passam por um período instável, pautado por alguma incerteza e preocupação, à medida que depois parece ocorrer uma transição lenta para uma nova realidade através de um processo de reconstrução de vida. Silva (2010), refere que o aparecimento da doença afeta todas as pessoas envolvidas (e não apenas a pessoa diabética) pois todas elas se deparam com uma nova realidade onde é necessário adquirir nova informação e competências para a gestão e controlo da doença. Para este autor, a ansiedade em relação ao desenvolvimento de complicações agudas ou crónicas de doença, em relação à possibilidade de redução da esperança de vida, associada a preocupações com os custos económicos associados à doença (consultas, medicamentos, exames complementares e internamentos), também representam questões importantes que afetam a pessoa diabética e a sua família.

Peralta (2003) refere igualmente que o diagnóstico da doença desencadeia reações emocionais intensas que podem apresentar alguma variabilidade em função de características individuais ou do momento do ciclo vital em que estas se situem. De acordo com Snoek e Skinner (2005) ocorrem determinadas mudanças ao longo do ciclo de vida dos indivíduos que se refletem em diferentes padrões de comportamento relativamente aos seus estados de saúde e de doença e que certos aspetos podem favorecer uma experiência benigna dos sintomas e promover a demora na procura de cuidados médicos como, por exemplo, a minimização dos sintomas experienciados ou a sua atribuição à idade ou envelhecimento, -

apontando que esse efeito pode ser especialmente demarcado nas pessoas mais idosas, que são frequentemente polissintomáticas, evidenciam com frequência outras patologias ou encontram-se expostas a outros tratamentos médicos; e também porque algumas das complicações da Diabetes mais prevalentes na velhice apresentam uma progressão lenta ou tendem a apresentar-se com um carácter ambíguo e difícil de avaliar.

De acordo com Barnard e Lloyd (2012) e Nolte e Mckee (2008), a Diabetes afeta, a nível Europeu, uma elevada percentagem das pessoas de idade mais avançada o que resulta, também, num número mais elevado de consultas médicas e taxas superiores de admissão hospitalar. De acordo com Barnard e Lloyd (2012), existem implicações concretas da Diabetes nas pessoas mais idosas nomeadamente em certas áreas do seu funcionamento diário, ao nível da sua capacidade de antecipação e de planeamento atempado de comportamentos adequados, como também ao nível da qualidade de vida e bem-estar experienciados. De acordo com os autores as pessoas mais idosas podem sentir preocupações importantes relativamente a várias áreas do seu funcionamento social, como em relação à sua dependência financeira, mobilidade limitada, nível de acesso aos serviços de saúde, ou menor resiliência relativamente à doença por consequências próprias do processo de envelhecimento.

De uma maneira geral considera-se que tanto o ambiente psicossocial como as dificuldades experienciadas pelos indivíduos a nível físico, cognitivo, emocional ou ao nível das suas relações interpessoais, podem acabar por exercer influência sobre a qualidade de vida das pessoas com Diabetes. Para Paúl e Fonseca (2001), viver com uma doença crónica como a Diabetes envolve um processo de reconstrução e redefinição da vida própria, o desenvolvimento de estratégias específicas para lidar com os sintomas e consequências da doença, e o ajustamento à doença no âmbito de várias relações e contextos sociais.

1.3.1 Características Psicossociais da Doença

Entende-se, geralmente, que a eficácia do tratamento de uma doença crónica parece depender e desenvolver-se em duas dimensões principais: a eficácia do tratamento prescrito e o grau de adesão terapêutica do indivíduo ao tratamento delineado (Silva, 2010; Snoek e Skinner, 2005; Barnard e Lloyd, 2012). Na presença de uma doença como a Diabetes assumem importância vital as “*atividades de autocuidado*” (Hampson et al, 1990, cit. in Silva, 2010): a prática de atividades ou ações comportamentais que os indivíduos iniciam e realizam pessoalmente, acreditando que mantêm a sua vida, saúde ou o seu bem-estar. Os comportamentos de autocuidado na Diabetes podem englobar, entre outros: a monitorização dos níveis de glicose, a administração de insulina, o ajuste das doses necessárias, a rotação do local das injeções, a avaliação e resposta aos sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, a manutenção da higiene da pele e dentes, a realização de exercício físico

regular, o planeamento mais ou menos rigoroso das refeições e a atenção com os pés. Os fatores psicológicos ou psicossociais são considerados determinantes na adesão ao tratamento médico.

Numerosos são os estudos que procuram analisar os determinantes da adesão e muitos são os fatores que têm demonstrado poder relacionar-se com esta. De acordo com Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006), a adesão ao tratamento possui uma natureza multifatorial uma vez que é influenciada por variáveis que atuam a partir de diversas fontes. Sackett e Haynes (1976, cit. in Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2006) identificaram, por exemplo, mais de duzentas variáveis distintas relacionadas com a adesão ao tratamento, que agruparam em cinco categorias: (1) características do doente; (2) características do tratamento; (3) características da doença; (4) relacionamento com os profissionais de saúde; (5) e variáveis organizacionais e estruturais. Na pesquisa exploratória que realizamos para este estudo orientamo-nos pela subdivisão proposta por Silva (2010) constituída por quatro categorias distintas, apresentadas em seguida:

1.3.2. Características Individuais

Neste nível podem ser destacadas as características pessoais e sociais dos indivíduos, mas também o papel das crenças de saúde na adoção de comportamentos de adesão (Marks et al., 2000). As pessoas tendem a ser mais propensas a aderir aos regimes de tratamento quando acreditam que têm responsabilidade na sua saúde e que os seus comportamentos lhes poderão trazer benefícios (Brannon e Feist, 1997, cit. in Silva, 2010). Alguns dos fatores que podem ser mencionados a este nível são os fatores sociodemográficos mas a literatura encontrada aponta para resultados pouco consistentes na associação entre a adesão ao tratamento e os fatores sociodemográficos como idade, género, estado civil e classe social (Warren e Hixenbaugh, 1998; Dunbar-Jacob, Burke e Pucczynsky, 1995, cit. in Silva, 2010; Horne, 2000) No que se refere à Idade, esta parece afetar a adesão de várias maneiras, dependendo ainda do tipo de doença (Sarafino, 2002). No que concerne à Diabetes, a adesão ao tratamento parece aumentar nas pessoas mais velhas (Brannon e Feist, 1997; Hirschberg, 2001, cit. in Silva, 2010). Quanto ao Género, não têm sido também encontradas diferenças estatisticamente significativas, embora, em alguns aspetos específicos, como as práticas alimentares ou certos tipos de fármacos, as mulheres pareçam apresentar uma maior tendência de adesão (Brannon e Feist, 1997, cit. in Silva, 2010). De uma maneira geral os fatores acima descritos parecem não estar fortemente relacionados com a adesão ao tratamento quando considerados isoladamente mas poderão contribuir dependendo das associações que sejam estabelecidas entre si (Serafino, 2002).

A adesão ao tratamento parece poder variar de indivíduo para indivíduo e variar também, na mesma pessoa, ao longo do tempo e de acordo com diferentes tipos de tratamento que sejam implementados. (Horne, 2000) Nesse sentido, as crenças individuais e as representações de doença parecem ser mais importantes na adesão ao tratamento do que as variáveis clínicas ou os fatores sociodemográficos, como a idade ou o género (Horne e Weinman, 1999; Park e Jones, 1997; cit. in Silva, 2010). Para este autor, certos fatores individuais passaram a ser considerados proeminentes na adesão dos indivíduos ao tratamento médico e adquiriram relevância em termos da investigação, entre eles: a autculpabilização (Hampson, 1998, cit. in Silva, 2010), as crenças relacionadas com a duração ou curso da doença (Hampson, 1998, cit. in Silva, 2010), perceção de autoeficácia (Zgibor e Simmons, 2002), expectativas de resultado e perceção de suscetibilidade em relação a complicações crónicas (Skinner, Hampson e Fife-Schaw, 2002), autoconceito e autoestima (Wagner et al., 1998, cit. in Silva, 2010), autoeficácia pessoal (Senécal, Nouwen e White, 2000), ou, por exemplo ainda, a fobia ou o medo a injeção ou picadas (Mollema, Snoek, Heine e van der Ploeg, 2001).

1.3.3. Características da doença e fatores de tratamento

A literatura parece comprovar de uma maneira geral que os tratamentos médicos de longa duração, como o da Diabetes, estão associados a baixos níveis de adesão terapêutica (Silva, 2010, pp. 31). De acordo com este autor, a fraca adesão aos autocuidados na Diabetes poderá resultar da combinação de várias características da doença e do seu tratamento, nomeadamente: a) tratar-se de uma doença crónica sem desconforto imediato ou risco evidente; b) o tratamento implicar mudanças no estilo de vida (muitas vezes hábitos consolidados no tempo); c) o tratamento ser complexo, intrusivo ou inconveniente; d) não existir uma supervisão direta dos comportamentos de saúde; e) o objetivo do tratamento ser a prevenção das complicações agudas e crónicas da doença e não a sua cura. A presença de complicações crónicas de doença parece estar associada a uma maior adesão ao tratamento, nomeadamente na adesão à dieta alimentar e toma de antidiabéticos orais. (Silva, Ribeiro et al., 2003). Outro aspeto referido como importante prende-se com o momento de diagnóstico e tempo de duração da doença: Jacobson e colaboradores (1990, cit. in Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2006) observaram, no seu estudo sobre adesão ao tratamento médico, que logo após o diagnóstico e ao longo dos dois primeiros anos pós-diagnóstico, parece decorrer um período de dificuldade de adaptação à diabetes e que os padrões de adesão ao tratamento se estabelecem nos primeiros 2 a 4 anos do curso da doença.

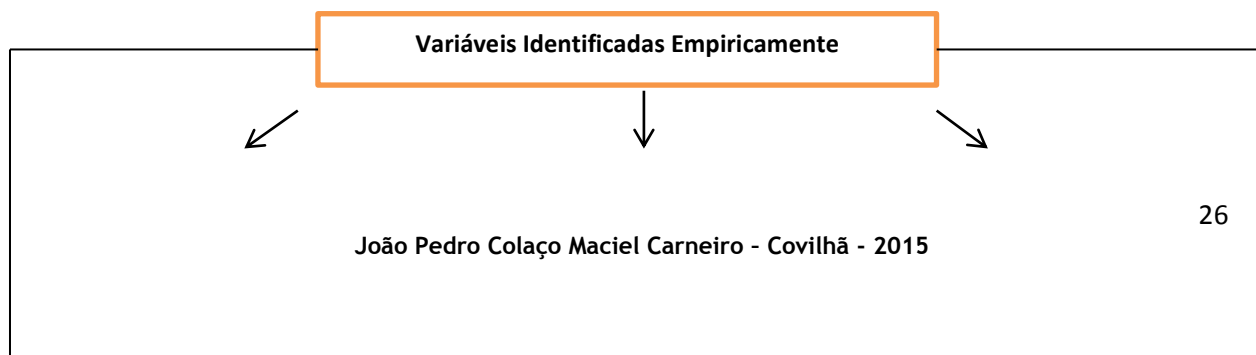
1.3.4. Fatores Interpessoais

Trindade e Teixeira (2000) ressaltam, a este nível, a importância da qualidade da informação prestada em Saúde, bem como a sua adequação em relação ao estilo cognitivo, crenças de saúde e nível cultural do indivíduo. De acordo com Snoek e Skinner (2005), um tipo de situação que parece enfraquecer a adesão ao plano de tratamento pode surgir quando o paciente e o profissional de saúde perspetivam diferentes objetivos para o tratamento: os autores chamam a atenção para um estudo onde foi observada uma elevada discrepância na avaliação da gravidade e seriedade da Diabetes Tipo 2 entre os profissionais de saúde e os pacientes. As diretrizes ou instruções são também frequentemente consideradas como bastante complexas ou dadas em alturas ou momentos em que, por razões várias, os pacientes não se encontram atentos à informação prestada (Sarafino, 2002); considerando-se também que a informação prestada não deva ser excessiva (pois aumenta a probabilidade de esquecimento) (Marks et al., 2000).

1.3.5. Contexto e Ambiente Social e Organizacional

O apoio social é também um dos fatores psicossociais que mais parece poder influenciar a adesão terapêutica (Barnard e Lloyd, 2012; Bennett, 2002; Brannon e Feist, 1997 cit. in Silva, 2010; Sarafino, 2002; Snoek e Skinner, 2005). Segundo Navalhas (1998; cit. in Silva, 2010), poderá constituir um suporte que permita manter um nível de funcionamento individual adequado face a uma situação de crise ou de ameaça, como é o caso de uma doença como a Diabetes. Segundo Bennett (2002), a importância da família nos comportamentos de adesão ao tratamento não se limita unicamente a uma única etapa do ciclo vital (apenas na infância, por exemplo) mas reflete-se ao longo das várias etapas do ciclo de vida, até porque são muitas vezes os membros da família que parecem assistir a pessoa diabética na sua medicação ou ao nível dos comportamentos de controlo e prevenção da doença. De forma geral, a literatura parece sugerir que pessoas que apresentam uma rede vasta de relações interpessoais apresentam níveis mais adequados de envolvimento nos seus regimes terapêuticos.

De seguida é apresentado um diagrama no qual se identificam algumas das possíveis variáveis psicossociais que podem mediar o processo de ajustamento à doença e de adesão ao plano de tratamento da Diabetes, apresentadas de acordo com o *Modelo Psicocomportamental e de Autogestão na Diabetes* (Adaptado de Gonder-Frederrick, Cox e Ritterband, 2002):



Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

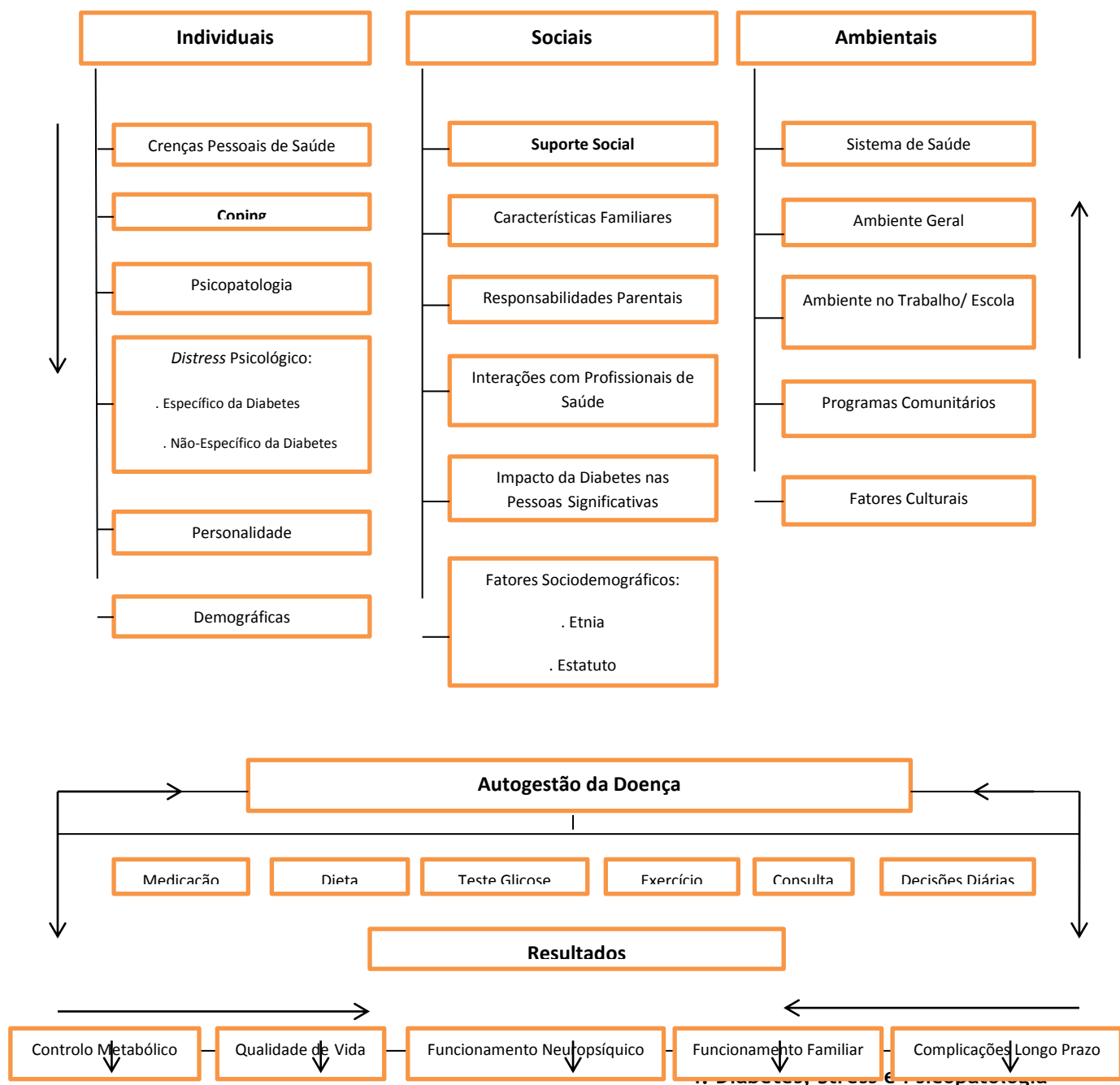


Figura 1: Modelo Psicocomportamental e de Autogestão da Diabetes, adaptado de Gonder-Frederrick, Cox, Ritterband, 2002.

A importância dos aspetos e fatores psicossociais na Diabetes é notada desde há muito tempo. Recentemente, a atenção da investigação realizada parece ter-se direcionado para o impacto e conseqüências emocionais de uma doença como a Diabetes na vida dos indivíduos e a sua relação com o desenvolvimento de determinadas patologias ou problemáticas. Segundo Snoek e Skinner (2005), os aspetos psicossociais e os problemas emocionais podem afetar a adaptação e ajustamento dos indivíduos à doença. Para estes autores, apesar dos índices

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

elevados de prevalência da Diabetes na população em geral o seu diagnóstico ainda provoca um impacto geral considerável na pessoa afetada e também na sua família, bem como a evocação das consequências da doença para o bem-estar (presente e futuro) dessas pessoas.

O confronto com qualquer doença crónica parece representar sempre um desafio complexo: por envolver alguma incapacidade de longo prazo, e por o indivíduo não poder esperar regressar ao nível de funcionamento anterior ao aparecimento da doença. Para Ribeiro (1998; cit. in Silva, 2010) a Diabetes constitui um acontecimento não-normativo que constitui uma fonte importante de *stress*, em que, segundo Vaz Serra (1999), se torna impossível viver abstraído da doença, pelas emoções que esta evoca ou pelo impacto que o controlo e gestão da doença provocam nas atividades da vida diária, no trabalho e na vida social. Snoek e Skinner (2005) referem que a Diabetes exige uma adaptação biopsicossocial do indivíduo, e que a doença física afeta (e é afetada) por fatores psicológicos e sociais: podendo o bem-estar psicossocial do indivíduo ser desafiado pela características fisiológicas da doença, ao mesmo tempo que a sua capacidade para mobilizar recursos internos e sociais pode ter diferentes implicações na capacidade de lidar com a doença, nomeadamente no que toca à satisfação que sente com a vida ou na capacidade para lidar com certas perdas (Schwartzman, 2003, cit. in Silva, 2010; Grypdonck, 2000, cit. in Silva, 2010).

A Diabetes é também, em simultâneo, uma doença que parece interferir sistemicamente com as dinâmicas familiares na medida em que parece afetar de alguma maneira a vida das pessoas que se relacionam ou que cuidam da pessoa diabética (Barnard e Lloyd, 2012; Silva, 2010; Snoek e Skinner, 2005). Snoek e Skinner (2005), referem que a forma de as pessoas que compõe o sistema de relações do indivíduo responderem à doença afeta também a maneira de a pessoa diabética se sentir: de acordo com os autores, as pessoas diabéticas podem experienciar mais facilmente perturbações emocionais quando sentem e percebem pouco apoio por parte da sua família, amigos ou pessoas próximas. Para os autores, os aspetos interpessoais parecem exercer o seu impacto na pessoa diabética particularmente quando possam sentir algum tipo de recriminação pela sua condição de saúde, ou sentindo que a sua doença possa estar a ser ignorada ou minorizada, ou então quando não sintam apoio relativamente aos esforços e conquistas que vão desenvolvendo no sentido de lidar com a sua condição de saúde.

2. Stress e Diabetes

O impacto da Diabetes, de acordo com Snoek e Skinner (2005), na vida dos indivíduos e a sua influência sobre a forma como estes se sentem parece ser importante porque viver com a doença envolve um número considerável de tarefas e desafios diários e depois também por, temporalmente, a patologia consistir numa condição de saúde sempre presente, vinte e quatro horas por dia. Parece tratar-se, acima de tudo, de um processo. Os autores ressaltam que o regime de autocuidados na Diabetes é bastante complexo, frequentemente intrusivo, requerendo regularmente várias medicações diárias, e envolvendo imposições ou restrições no quotidiano dos indivíduos, sugerindo que *“poucas pessoas escolheriam alimentar-se tão cuidadosamente e manter-se ativas quanto as pessoas diabéticas devem, e ninguém escolheria seguir o plano de medicação, de monitorização de glicose sanguínea, e de acompanhamento médico recomendados na Diabetes”* (p.172), por sua própria iniciativa.

De acordo com Falco et al. (2015), a doença crónica em geral, e a Diabetes, em particular, poderão causar conflitos e disrupções de natureza pessoal e interpessoal das pessoas, influenciando ao nível dos seus ritmos e hábitos normais de vida e podendo forçar os indivíduos a questionar certos objetivos a longo-termo. Como já mencionado anteriormente, tanto as condições de Diabetes Tipo 1 e Diabetes Tipo 2 requerem ou exigem um tratamento médico que é complexo e que deverá ser, em larga medida, autoadministrado, envolvendo o uso diário de medicamentos (insulina ou comprimidos orais), a medição ou controlo glicémico frequente e de carácter muitas vezes invasivo, e atenção cuidadosa e diária sobre a dieta alimentar e exercício físico (Barnard e Lloyd, 2012; Silva, 2010; Snoek e Skinner, 2005). Segundo Falco et al. (2015), no caso da Diabetes Tipo 2 - que afeta frequentemente pessoas mais idosas - a alteração de rotinas estabelecidas, com a implícita de reduzir a ingestão de carboidratos e de seguir novas diretrizes alimentares, e de aprender novos procedimentos para a autoadministração da medicação; são aspetos que podem originar fadiga emocional e cognitiva nas pessoas afetadas. Por sua vez, e no caso da Diabetes Tipo 1, os indivíduos não se encontram sob restrições alimentares mas devem tomar insulina necessariamente (sendo que esta deverá ser proporcional á quantidade de glicose ingerida), o que implica observação e monitorização constante. De acordo com os autores, esta operação comportamental pode demonstrar-se complexa, especialmente para aqueles que precisam de fazer as suas refeições num curto espaço de tempo, tal como acontece em alguns ambientes e contextos de trabalho; e, para além disso, para atingir um adequado controlo metabólico as refeições devem ser regulares, assim como as medições dos índices glicémicos e da insulina a administrar: todos estes requerimentos podem ser difíceis de conciliar com os hábitos de uma

peessoa jovem, ou então interferir na controlabilidade/espontaneidade do estilo de vida de pessoas mais idosas, podendo gerar dificuldades concretas e constrangimentos ou embaraço em certas situações ou interações sociais.

Esta necessidade de ter de controlar aspetos da vida diária que eram previamente considerados habituais pode ser experienciada como uma perda de espontaneidade e de liberdade (Falco et al., 2015); referindo por isso Stankovic, Jasovic-Gasic e Lecic-Toveski (2013, cit. in Falco et al. 2015) a frustração que poderá frequentemente associar-se á vivência de condições de doença crónica. No caso de uma doença como a Diabetes, trata-se de uma patologia que pode e deve ser controlada mas que não poderá ser curada ou anulada. Estes autores apontam que este carácter crónico da doença e as dificuldades que se associam a ela podem exercer algum impacto psicossocial nas pessoas afetadas, sobretudo pela evidência mais elevada de perturbações de ansiedade, depressão e perturbações alimentares em pessoas diabéticas. De acordo com Silva (2010), o impacto e a reação ao *stress* parece ser influenciada tanto pelas características pessoais dos indivíduos (como a sua idade, personalidade, expectativas, recursos sociais, ou recursos de *coping*), como também pelas características dos próprios acontecimentos de vida que a suscitam (a sua controlabilidade, a sua magnitude ou o seu significado), e a avaliação global da situação, na perspetiva da própria pessoa.

No que concerne a reação ao diagnóstico e aos comportamentos perante a doença parecem poder ser observadas diferentes reações individuais, dependendo não só da severidade da condição clínica mas também da personalidade e da autoeficácia individuais (Wardian e Sun, 2014 cit. in Falco et al., 2015), e do apoio e suporte social disponíveis (Karlsen e Bru, 2014, cit. in Falco et al., 2015). Enquanto algumas pessoas podem evidenciar comportamentos de isolamento, até como forma de procurarem não sobrecarregar a sua família; outras pessoas podem, por oposição, evidenciar atitudes ou comportamentos hostis em relação á sua família ou aos profissionais de saúde. (Falco et al., 2015) Os autores chamam a atenção, no entanto, para a negação da doença e para o risco que esta possa exercer ao nível do controlo e autogestão da doença: como forma de manter a sua autoestima, alguns indivíduos podem evitar confrontar e lidar com a situação ou recusar o tratamento, incorrendo no risco de desenvolvimento de um ciclo vicioso composto pela fraca adesão ao plano de tratamento e descompensação metabólica subsequente. Por estas razões tornou-se cada vez mais relevante o reconhecimento do papel da avaliação cognitiva individual das pessoas no modo de estas entenderem as situações, lidarem e reagirem perante elas.

2.1. Estratégias de *Coping* e Diabetes

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

O diagnóstico de uma doença crónica como a Diabetes pode ser considerado como um evento ou acontecimento de vida stressante, que poderá desencadear um conjunto de respostas ou de comportamentos que permitam a adaptação a uma nova condição de saúde, diferente daquela vivida anteriormente (Garay-Sevilla, Porrás e Malacara, 2011). A aceitação da doença e a adaptação ao *stress* envolvido nesse processo podem ocorrer em qualquer fase ou momento de evolução da doença, dependendo de diferentes fatores psicossociais (Grimaldi, 2003, cit. in Garay-Sevilla, Porrás e Malacara, 2011). O *Coping* tem sido conceptualizado, neste sentido como a resposta, ou o conjunto de respostas, que os indivíduos apresentam a acontecimentos ou eventos de vida negativos ou ameaçadores, considerando-se que alguns indivíduos podem desenvolver estilos de *coping* particulares e variáveis como forma de responder a diferentes situações desencadeadores de *stress* (Lazarus, 1993; Somerfield e McCrae, 2000; cit. in. Silva, 2010). O coping pode assim ser definido, e de forma geral, como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos no sentido de lidar com certos eventos ou situações de vida (Turan et al., 2002, cit. in Garay-Sevilla, Porrás e Malacara, 2011; Beutler, Moos e Lane, 2003, cit. in. Garay-Sevilla, Porrás e Malacara, 2011), com a finalidade principal de os indivíduos se libertarem das consequências negativas do *stress* experienciado (Folkman e Moskowitz, 2004), e poderá contemplar diferentes estilos ou padrões de resposta que variam em função das características de personalidade individuais (Garay-Sevilla, Porrás e Malacara, 2011). As estratégias de *coping* podem ser variadas e não conduzem, necessariamente, à resolução do problema: têm, antes, o objetivo de corrigir ou de permitir a gestão do problema, podendo simplesmente ajudar o indivíduo a modificar a sua perceção de uma ameaça, a tolera-la, aceita-la, ou então, até, apenas a evita-la (Skinner e Snoek, 2005).

As primeiras abordagens ao constructo apresentavam o *Coping* enquanto característica de personalidade estável, relativamente duradoura (Carver, Scheier e Weintrub, 1989; Lazarus, 1993, cit. in Silva, 2010). No entanto, a aceitação alargada da teoria transacional de *stress* e coping proposta por Lazarus e Folkman (1984) alterou a forma de o coping ser entendido e conceptualizado: não apenas enquanto estilo de personalidade (estável e duradouro) mas enquanto um conjunto de cognições e comportamentos que são expressos pelos indivíduos como resposta adaptativa a exigências internas ou externas específicas suscitadas por certos eventos de vida específicos, que são avaliados ou percebidos pela pessoa como excedendo os seus recursos ou capacidades pessoais (Folkman e Lazarus, 1988, cit. in Silva, 2010; Lazarus, 1992; cit. in Silva, 2010). De acordo com Macrodimitris e Endler (2001), vários estudos sobre a forma como as pessoas lidam com problemas de saúde têm demonstrado a existência de efeitos que derivam especificamente da mobilização de certas estratégias no processo de adaptação psicológica á doenças. O *coping* tem assim sido entendido enquanto fator estabilizador que poderá ajudar ou facilitar a adaptação psicológica individual em períodos ou momentos de maior dificuldade (Holahan e Moss, 1987, cit. in Silva, 2010). Cada pessoa

parece evidenciar uma compreensão subjetiva acerca da sua própria doença, e as atitudes pessoais (e o correspondente processo de *coping* desencadeado) devem ser avaliados apenas em relação aos efeitos produzidos em cada contexto específico, dependendo de cada pessoa, de cada situação, ou ainda dos resultados esperados (que podem ser o bem-estar subjetivo ou o funcionamento social objetivo, por exemplo) (Folkman et al., 1986; Cruz e Barbosa, 1999; cit. in. Silva, 2010). Existem alguma sugestão de que muitos indivíduos se tendam particularmente para a utilização de certas estratégias de *coping* emocionais como forma de lidar e reduzir o *stress* associado à sua condição de saúde, embora muitos indivíduos pareçam essencialmente evidenciar uma variedade ampla de estratégias comportamentais (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, e Falke, 1992, cit. in de Ridder e Scheuers, 2001; Newman, Fitzpatrick, Lamb, e Shipley, 1990, cit. in de Ridder e Scheuers, 2001).

Não parece existir, contudo, um consenso amplo em relação à conceptualização das diferentes estratégias ou estilos de *coping*. Uma das classificações frequentemente apresentada é a de *coping* focado no problema e o de *coping* focado nas emoções. O *coping* focado no problema é frequentemente apresentado como os esforços deliberados e conscientes para gerir ou alterar a situação problemática indutora de *stress*, gerar soluções alternativas, pesar custos e benefícios de várias ações, e desenvolver certas ações para mudar aquilo que é passível de mudança; enquanto o *coping* focado nas emoções é apresentado como o conjunto de esforços desenvolvidos no sentido de regularizar a resposta emocional ou de aliviar o impacto que é provocado por uma dada situação, e não à modificação da situação em si mesma (Bennett, 2002; Folkman e Lazarus, 1988, cit. in Silva, 2010; Folkman et al., 1986, cit. in Silva, 2010). O processo de *coping* parece funcionar, então, como mediador da resposta emocional dos indivíduos à situação evocadora de *stress* (tanto quando se foca no problema, como quando se foca nas emoções), com o objetivo fundamental de beneficiar o estado emocional do indivíduo. Garay-Sevilla, Porrás e Malacara (2011), sugerem que estilos de *coping* que são considerados mais adaptativos, como os estilos confrontativo ou suportivo, parecem associar-se a um melhor ajustamento psicossocial e melhor controlo dos índices glicémicos. Por sua vez, estilos de *coping* evasivos ou centrados nas emoções parecem associar-se a maiores dificuldades de ajustamento psicossocial, a uma adesão ao tratamento mais fraca e pior controlo glicémico: vários autores fazem a sugestão de que podem ser observados piores resultados de ajustamento psicossocial e de qualidade de vida em pacientes que empregam estilos de *coping* de evitamento em comparação as pessoas que empregam estilos de *coping* mais ativos e confrontativos (Coelho et al., 2003, cit. in Garay-Sevilla, Porrás e Malacara, 2011; de Ridder e Scheuers, 2001). Macrodimitris e Endler (2001) sugerem que as estratégias de *coping* instrumentais parecem associar-se a uma melhor adaptação psicológica (isto é, a índices inferiores de sintomatologia ansiosa e depressiva), enquanto o *coping* de preocupação emocional e de evitamento pareça relacionar-se com níveis mais elevados e evidentes de sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes com Diabetes Tipo

2. No entanto, o impacto, ou o resultado global das estratégias de coping utilizadas, parece sobretudo depender dos constrangimentos específicos que derivam da situação indutora de *stress* (Manuel et al., 1987, cit. in de Ridder e Scheuers; Lazarus e Folkman, 1984, cit. In. De Ridder e Scheuers, 2001; Macrodimitris e Endler, 2001).

Gan et al. (2006), sugerem igualmente a importância de distinguir as situações que possuem um carácter controlável das situações que são de uma forma geral incontrolláveis: de acordo com os autores, o *coping* centrado no problema parece possuir um carácter mais efetivo no caso de situações que possam ser controladas, enquanto o *coping* focado nas emoções parece revelar maior efetividade em situações de carácter incontrollável, como se trata no caso das doenças crónicas em geral, e da Diabetes em particular. A seleção das respostas de *coping* ou estilo de *coping* parece poder depender e variar em função da severidade e duração da patologia, sob a interação de fatores como o suporte social e o ambiente psicológico próprio de cada indivíduo (Garay-Sevilla, Porrás e Malacara, 2011). Os autores ressaltam a importância particular destas dimensões: os pacientes diabéticos com o diagnóstico de Diabetes realizado há menos de 5 anos parecem evidenciar maior negação e evitamento da sua doença; e pacientes diabéticos com menor proteção ou apoio social parecem demonstrar maior evidência de experiência de *stress*.

Na Diabetes (especialmente na Diabetes Tipo 2) o sucesso do plano terapêutico de controlo da doença assenta largamente nos próprios pacientes e nos seus comportamentos de adoção de um estilo de vida diferente (American Association of Diabetes Educator, 2011; Pérez, 2003, cit. in Hattoria-Hara e González-Celis, 2013). De uma maneira geral, poderá entender-se que estratégias de coping que orientem as pessoas para comportamentos que permitam controlar a sua doença no seu quotidiano (coping centrado na resolução de problemas), como a procura de soluções ou alternativas ou a mobilização de apoio e suporte social disponível (Fisher, Thorpe, McEvoy, e DeVellis, 2007, cit. in Hattoria-Hara e González-Celis, 2013), parecem demonstrar-se mais efetivas na adaptação psicossocial individual.

2.2. Diabetes e Psicopatologia

A comorbilidade e associação entre situações de doença crónica e perturbações psiquiátricas representam uma importante questão de interesse, concretamente no caso da Diabetes. De acordo com Andreoulakis et al. (2012), na sua revisão de literatura, embora a prevalência de perturbações psiquiátricas em pessoas diabéticas possa ser descrita como comparável àquela observada na população em geral, é frequentemente descrita e observada a presença de prevalência aumentada de perturbações do humor em pessoas com Diabetes ocorrendo, muitas vezes concomitantemente, a perturbações de ansiedade.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Segundo Lloyd (2002) e Barnard e Loyd (2012) e Snoek e Skinner (2012), estas perturbações parecem continuar a ser subdiagnosticadas, do ponto de vista clínico, neste grupo de doentes. Anderson (2001) e Barnard e Lloyd (2012) referem a possibilidade de depressão subclínica (subdiagnosticada) possivelmente como resposta à perda de um estilo de vida considerado mais espontâneo ou de determinados papéis sociais ou funções até esse momento desempenhados. Segundo Góis (2004), a associação entre a Diabetes e a presença de sintomatologia ansiosa ou depressiva poderá derivar do próprio processo de adaptação à doença, ao seu tratamento, ou a evolução crónica e progressiva da doença, e também do impacto particular de certos momentos ou situações, como: a necessidade de dieta restritiva, conflituosidade face á necessidade de autovigilância, frustração com valores imprevisíveis de glicemia, medo de administração de insulina, ou falta de suporte familiar ou laboral. Alguns autores referem a existência de mais problemas financeiros e de situações de desemprego em indivíduos com Diabetes (Lloyd, 2002; Peyrot e Rubin, 1999; Heijman et al., 2015). E também sublinhada, por vezes, a prevalência acentuada de perturbações alimentares clinicamente observáveis entre as pessoas com Diabetes do que na população geral, parecendo esta associação ser especialmente demarcada no caso das mulheres (Colton et al., 2004, cit. in Snoek e Skinner, 2005; Goodwin et al., 2003, cit. in Snoek e Skinner, 2005; Britneff e Winkley, 2013).

Silva (2010) refere que o nível de escolaridade se revela uma variável importante a este nível: os níveis de escolaridade mais baixos parecem tender a associar-se a níveis superiores de perturbações psiquiátricas e a uma maior persistência destas ao longo do tempo. Podem, ainda, encontrar-se outras variáveis significativamente relacionadas com a ansiedade e depressão nas pessoas com Diabetes: a depressão parece aumentar a morbilidade médica e aumentar o recurso aos cuidados de saúde, bem como interferir ao nível de certas limitações sociais e absentismo escolar ou laboral (Griffiths e Lustman, 1997; Hanninen et al, 1999; cit. in Silva, 2010; Britneff e Winkley, 2013). A presença de complicações crónicas de doença tem também demonstrado associar-se a um nível mais elevado de sintomatologia ansiosa e depressiva (Peyrot e Rubin, 1999), nomeadamente nos doentes com retinopatia, nefropatia, disfunção sexual, neuropatia, e doenças macrovasculares (Lloyd, 2002).

Para Collins, Corcoran e Perry (2008), o género feminino e um fraco controlo glicémico constituem fatores de risco apenas associados aos índices mais elevados de sintomatologia ansiosa. No entanto para outros autores a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva é superior nos pacientes diabéticos do género feminino (Chapman, Shuttleworth e Huber, 2014; Roupá et al., 2009; Snoek e Skinner, 2005). Outros estudos, como por exemplo o de McCollum, Hansen e Sullivan (2005, cit. in Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2006) sugerem que as mulheres com diabetes parecerem revelar níveis inferiores de funcionamento global, o que poderá afetar o seu envolvimento nos comportamentos de autocuidado necessários.

De acordo com Britneff e Winkley (2013) são, no entanto, em menor número os estudos que sobre a importância que os fatores psicossociais possam desempenhar a este nível (do estado de saúde, físico e psicológico). Segundo os autores, preocupações financeiras, situação laboral, condições de vida, suporte social e acessibilidade a serviços de saúde ou comunitários podem constituir também fatores que afetem a capacidade individual para lidar efetivamente com a doença. Apesar de ser elevado o número de estudos sobre a associação da Diabetes com perturbações psicopatológicas, é observável a heterogeneidade de resultados muitas vezes observados: de acordo com Moreira et al. (2003), essa variabilidade poderá refletir diferenças existentes ao nível do método de avaliação utilizado (se por questionários de autoavaliação ou entrevista estruturada), diferenças amostrais (ao nível do tamanho da amostra ou por via do método de seleção da amostra), ou ainda ao nível da própria conceptualização de perturbação mental.

2.2.1. Perturbações do Humor

Desde há muito que a depressão tem sido reconhecida como uma condição associada à Diabetes, concretamente nas pessoas com Diabetes Tipo 2, podendo encontrar-se várias referências a uma mais elevada prevalência de sintomatologia depressiva entre pessoas diabéticas quando comparadas com a população geral (Andreoulakis et al. 2012; Barnard e Lloyd, 2012; Collins, Corcoran e Perry, 2008; Snoek e Skinner, 2005; Talbot et al., 1999; Peyrot e Rubin, 1999; Lloy et al., 2002; Gary et al., 2000; De Groot, 2001; Anderson et al., 2001; Eaton, 2002; Egede, Zheng e Simpson, 2002; Lloyd, 2002; Lustman et al., 2000; Peyrot e Rubin, 1999; Van Tilburg et al., 2001). Quando analisadas as diferenças entre grupos, observa-se que os pacientes diabéticos do género feminino parecem apresentar um risco mais pronunciado de desenvolvimento de sintomatologia depressiva do que os pacientes do género masculino (Egede e Zheng, 2003; Egede et al., 2002; Enzlin et al., 2002; Griffiths e Lustman, 1997, cit. in Silva, 2010; Lloyd, 2002; Araújo, Souza e Meneses, 2008).

Segundo Andreoulakis et al. (2012), a coocorrência de sintomatologia ansiosa e depressiva na Diabetes é um aspeto bastante importante a ser considerado, podendo atribuir-se a sua associação a uma variedade de fatores, entre eles o impacto psicossocial e psicológico da doença, a suscetibilidade genética ou disfunções a nível endócrino e neurológico, ou ainda a microlesões cerebrais derivadas da doença. De acordo com Snoek e Skinner (2005), as pessoas que apresentam história clínica de perturbações do humor, tratamento psiquiátrico precedente, abuso de substâncias ou tabagismo, apresentam-se em maior risco de poder sofrer de sintomatologia depressiva. Estes autores sustentam ainda que pacientes que apresentem múltiplas complicações derivadas da Diabetes são mais propensos a experienciar humor deprimido especialmente quando essas complicações observadas são, concretamente,

a neuropatia, doença cardiovascular ou impotência sexual (de Berardis et al., 2003, cit. in Snoek e Skinner, 2005; de Groot et al., 2001, cit. in Snoek e Skinner, 2005), e apontado também níveis tão elevados de humor depressivo e de ansiedade tanto para os doentes com Diabetes como para os seus companheiros, especialmente no caso de companheiros do sexo feminino (Silva, 2010). Numa revisão de literatura de Nouwen (2002), é sugerido que a relação entre diabetes e depressão parece enfraquecer na presença de um elevado apoio social e que a dificuldade em solucionar conflitos conjugais parece ser um importante preditor de ocorrência de sintomatologia depressiva.

Anderson et al. (2001), referem que a depressão pode ocorrer secundariamente a dificuldades relacionadas com a progressão da doença e, para Barnard e Lloyd (2012), o facto de a depressão ser mais comum entre as pessoas diabéticas não prova necessariamente que a Diabetes implique depressão, fazendo no entanto atender à possível associação entre estas duas condições. Para certos autores a comorbilidade entre depressão e Diabetes poderá exercer influência em certos aspetos ou comportamentos como o controlo glicémico, a adesão ao regime terapêutico, ou o risco aumentado de complicações a longo prazo (Gary et al., 2000; Ciechanowski et al., 2000); consequências psicológicas e sociais negativas que possam diminuir a qualidade de vida experienciada (Egede et al., 2002; Goldney, 2004), ou ainda um maior recurso aos cuidados de saúde (Egede et al., 2002). De Groot et al. (2001) sugeriram, através de uma meta-análise realizada, que os níveis de depressão se associam á evidencia mais expressiva de complicações de doença e a uma maior gravidade das mesmas.

2.2.2. Perturbações de Ansiedade

De acordo com Snoek e Skinner (2005), os estudos desenvolvidos no sentido de averiguar a prevalência de perturbações de ansiedade com recurso a entrevistas estruturadas de diagnóstico sugerem que as pessoas diabéticas evidenciam índices elevados de perturbações de ansiedade e a presença, particularmente, de fobias simples e perturbação de ansiedade generalizada quando comparadas com a população em geral. Peyrot e Rubin (1997; cit. in Silva, 2010) e Snoek e Skinner (2005), sugerem também que as pessoas que sofrem de Diabetes podem evidenciar índices ansiosos elevados tão frequentemente quanto experienciem sintomatologia de humor deprimido ou a presença de complicações crónicas de doença De acordo com Santos et al. (2014) e Britneff e Winkley (2013), a prevalência de Diabetes associada a ansiedade poderá ser observável num elevado número de pacientes diabéticos, com as perturbações de ansiedade a comportar diversas condições entre as quais se salientam a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico (com ou sem agorafobia), fobia social, ou perturbação de pós-stress traumático. O subtipo mais comum de ansiedade encontrado em pacientes diabéticos parece

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

ser a perturbação de ansiedade generalizada e as perturbações de ansiedade parecem, de forma geral, correlacionar-se com uma adesão mais fraca ao plano de tratamento (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse, e Lustman, 2002; Mitsonis, Dimopoulous, e Psarra, 2009; Santos et al., 2014). Certos estudos, como o de Grigsby et al. (2002) ou o de Mitsonis et al. (2009), verificaram índices elevados de sintomatologia ansiosa num elevado número de pacientes diabéticos, entre os quais, por exemplo, o medo ou receio de efetuar a medição dos níveis de glicose no sangue ou medo relativamente à auto-administração de insulina; sugerindo que certos aspetos ou dimensões relacionados com o processo de tratamento ou de autocuidados na Diabetes podem associar-se à experiência de sintomas de ansiedade.

Por outro lado, e apesar de a prevalência parecer não ser exata, parece correto assumir-se que o medo ou receio de experienciar episódios de hipoglicemia poderá ser outro aspeto comum em pacientes diabéticos (Weinger e Lee, 2006). Segundo estes autores, no sentido de evitar esses episódios de hipoglicemia, algumas pessoas diabéticas podem procurar manter os níveis de glicose sanguínea um pouco mais elevados daquilo que seria aconselhado. O medo ou ansiedade relativamente à ocorrência de episódios de hipoglicemia parece ser especialmente prevalente entre pacientes diabéticos com experiências prévias de episódios hipoglicémicos (Green, Feher e Catalan, 2000; Polonsky, 2002; Weinger e Lee, 2006). De acordo com Wild et al. (2007), certos pacientes podem apresentar sintomatologia subclínica de ansiedade associada à hipoglicemia, que poderá não constituir uma perturbação observável mas ainda assim exercer algum impacto negativo ao nível dos autocuidados necessários.

Britneff e Winkley (2013) consideram que os efeitos da sintomatologia ansiosa sobre a capacidade individual de cada pessoa para lidar com a Diabetes são variáveis: por exemplo, certos medos ou receios específicos acerca das possíveis complicações da doença podem conduzir certos indivíduos a manter os seus níveis de glicose sanguínea baixos, arriscando episódios de hipoglicemia (Rogers et al (2012) cit. in Britneff e Winkley, 2013); enquanto o oposto poderá ocorrer em outros indivíduos, que possam ter receios específicos relacionados com episódios de hiperglicemia (Wild et al. (2007) cit. in Britneff e Winkley, 2013); e outros indivíduos podem simplesmente evitar o teste de glicose sanguínea. Para Weinger e Lee (2006), o *stress* experienciado em função da doença poderá incluir, entre vários outros aspetos, sentir-se sobrecarregado pela Diabetes e os cuidados que esta necessariamente envolve, sentir-se desencorajado com o plano de tratamento associado, ou sentir-se receoso em relação ao futuro e às suas perspetivas; e estes aspetos podem contribuir para a experiência de sintomatologia ansiosa, influenciando a adaptação psicossocial dos indivíduos. Certas dimensões envolvidas ao nível dos comportamentos de autocuidados na Diabetes, como o teste e verificação frequente dos níveis de glicose sanguínea ou injeções de insulina, podem também contribuir para o desenvolvimento ou exacerbação de sintomatologia ansiosa, como

fobias específicas, preocupação frequente e intrusiva ou comportamentos de evitamento (Mollema, Snoek, Ader et al., 2001, cit. in Gonzalez et al., 2011; Mollema, Snoek, Heine e van der Ploeg, 2001; Green et al., 2000).

De acordo com Petrak et al. (2005), os pacientes diabéticos podem vivenciar experiências de *stress* episódicas, de curta-duração (relacionadas com comportamentos de autocuidado, por exemplo), ou experiências de *stress* de cariz crónico, duradouro e a longo-termo (associadas à vivência de uma condição crónica de saúde, como receio persistente de hipoglicemia, de complicações de doença ou de mortalidade), que podem evoluir e associar-se à experiência de sintomatologia ansiosa ou de perturbações específicas de ansiedade. Segundo Gonzalez et al. (2011), os indivíduos que experienciam *stress* associado à Diabetes, à sua condição de saúde, poderão enfrentar um ciclo vicioso: sintomatologia ansiosa e comportamentos de evitamento associados aos comportamentos de autocuidado na sua doença podem conduzir a que se envolvam menos no seu plano de saúde e regime de tratamento o que poderá, por sua vez, influenciar o controlo da glicose sanguínea ou o surgimento de complicações crónicas de doença, - conduzindo a níveis acentuados de sintomatologia ansiosa.

Gonzalez et al. (2011) sugerem, contudo, que apesar de ser referida a prevalência de perturbações de ansiedade em pessoas diabéticas superior àquela observada na população geral, os indicadores estatísticos podem não estar devidamente estabelecidos pois estas perturbações parecem ter recebido menos atenção comparativamente às perturbações do humor em pacientes diabéticos. Considera-se, no entanto, que a presença de sintomatologia ansiosa poderá constituir um importante fator de risco para potenciais dificuldades ou problemas de gestão da Diabetes e dos seus efeitos a longo-termo.

3. Apoio Social

Ao longo do tempo têm sido desenvolvidas várias investigações no sentido de tentar esclarecer os efeitos ou a influência do apoio social nomeadamente ao nível do bem-estar físico e psicológico ou de outros aspetos e dimensões que o associem à saúde individual (Matos e Ferreira, 2000; Pinheiro e Ferreira, 2002; Underwood, 2000; Heitman, 2004; Nunes, 2005), com vários dos resultados encontrados apresentando inconsistência entre si (Chor et al., 2001). Na maioria dos estudos, e atualmente, o apoio social é apresentado em termos do conteúdo funcional das relações sociais mantidas pelos indivíduos, abrangendo o grau de envolvimento afetivoemocional ou instrumental entre as pessoas, a ajuda, ou a informação a elas prestadas. Considera-se que deva ser entendido enquanto experiência pessoal e não apenas um conjunto objetivo de interações e de trocas sociais, assumindo-se como importante o grau em que o indivíduo se sente envolvido e respeitado (Barrera, 1986; Pinheiro e Ferreira, 2002; Silva, 2003).

De acordo com Heitman (2002), os primeiros estudos sobre o Apoio Social permitiram observar evidências de que a rutura de laços sociais aumentava a suscetibilidade dos indivíduos às doenças e que determinados fatores podiam melhorar os efeitos de acontecimentos de vida negativos. Surgiu assim a ideia de que o apoio social poderá desempenhar um papel central na manutenção da saúde individual, facilitando comportamentos adaptativos perante situações de *stress* ou amenizando os efeitos patogénicos do *stress* experienciado pelo indivíduo num dado momento ou situação (Andrade e Vaitsman, 2002). De acordo com Heitman (2004), apesar de o conceito de apoio social ser objeto de ampla investigação não se encontra unicamente uma só definição do constructo ou do papel que este possa desempenhar ao nível da saúde individual; não sendo ainda exato perceber como, quando, ou porquê, o suporte social influenciará os comportamentos de autocuidado ou de saúde individuais, em específico. De acordo com Underwood (2000), o suporte social tem sido conceptualizado de várias formas, no seio de perspetivas teóricas e empíricas muito diversas, nem sempre com definições consistentes entre si, e referindo-se a aspetos por vezes distintos das relações sociais.

Inicialmente, e de acordo com Cobb (1976, cit. in Nurullah, 2012), o apoio social era entendido como “a informação que leva o indivíduo a acreditar que é estimado e amado, estimado, e membro de uma rede de obrigações sociais mútua”. Tal como apontado por Hupcey (1998, cit. in Nurullah, 2012), esta aproximação inicial ao constructo de Apoio Social centrava-se sobretudo na ideia de apoio social percebido, mais do que na noção de apoio

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

social recebido; e incluía apenas, talvez por isso, as dimensões de apoio informacional e de apoio emocional (não abrangendo a provisão de apoio social instrumental). Mais recentemente, Thoits (2010, cit. in Nurullah, 2012) avançou uma definição ao constructo mais abrangente, referindo-se ao apoio social enquanto “o apoio emocional, informacional, ou a assistência prática, por parte de outros significativos como membros da família, amigos ou colegas de trabalho; em que esse apoio social poderá ser efetivamente recebido por parte de outros ou então simplesmente percebido (ou percecionado) como estando disponível em caso de ser necessário.” Para Silva (2010), o suporte social representa um agente moderador do impacto do *stress* experienciado pelo indivíduo, e contempla não só os recursos internos individuais mas também a influência das relações e interações sociais estabelecidas pela pessoa com outros significativos. Para este autor, a abordagem global ao apoio social deverá ter em conta não apenas a quantidade de relações sociais mantidas pelo indivíduo mas também o conteúdo dessas relações sociais e a sua estrutura formal (densidade e reciprocidade das relações sociais mantidas), descrevendo-o, de maneira geral, como a presença ou ausência de recursos psicossociais de apoio, caracterizados pelos laços sociais que os indivíduos criam com outras pessoas significativas (familiares, colegas de trabalho, amigos), grupos ou comunidades, e que desempenham funções de alguma forma úteis para a pessoa. De uma forma geral, considera-se que a satisfação com o suporte social parece desempenhar um papel determinante no ajustamento psicológico ao *stress* da doença, manifestada através da perceção subjetiva de bem-estar (Coelho e Ribeiro, 2000, cit. in Santos, Pais Ribeiro e Lopes, 2003).

Segundo Matos e Ferreira (2000), os primeiros índices utilizados para medir o apoio social eram demasiado gerais (centrados no estado civil ou número de amigos íntimos, por exemplo), tendo mais recentemente sido desenvolvidas medidas que permitam medir tanto a quantidade como a qualidade do apoio social recebido e percecionado. Schulz e Schwarzer (2004, cit. in Nurullah, 2012), por esse motivo, a importância de distinguir o apoio social recebido do apoio social percecionado. De acordo com os autores, o apoio social recebido diz respeito ao apoio social recebido em diferentes dimensões: o apoio emocional (estima e afeto, por exemplo), o apoio social informacional (aconselhamento, por exemplo), ou o apoio social instrumental (ajuda financeira, por exemplo), que são facultados ao indivíduo por pessoas próximas como membros da família, amigos ou colegas. Griep et al. (2005) sugerem, paralelamente, que o apoio social envolve também a própria perceção que o indivíduo desenvolve acerca do apoio ou suporte social que crê encontrar-se disponível sugerindo, paralelamente, a importância da perceção individual acerca do apoio social disponível. Henriques e Lima (2003) sugerem, por exemplo, uma potencial relação entre estados emocionais considerados negativos e uma perceção baixa de suporte social. Lakey e Cohen (2000) e Wethington e Kessler (1986, cit. in Nurullah, 2012) salientam, talvez por esse motivo,

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

o facto de a percepção de apoio ou suporte social disponível poder ser tão ou mais importante do que o facto de o indivíduo receber ou não esse mesmo apoio social.

Uma outra distinção importante e frequentemente apontada a este nível encontra-se então na diferenciação entre apoio social emocional e apoio social instrumental. Não é exatamente clara a forma de um ou de outro tipo de suporte social poder influenciar especificamente a adesão do indivíduo ao plano de tratamento médico (Culos-Reed, Rejeski, McAuley, Ockene e Roter, 2000). No entanto, esta distinção entre dimensões distintas de apoio social (apoio social instrumental ou apoio social emocional) parece ser importante no sentido em que a família ou os amigos podem facultar, por exemplo, um, mas não o outro, tipo de apoio social. Embora não consensual, parece também ser possível que certos tipos de apoio social possam ser mais importantes na forma de lidar com certas situações específicas. Segundo Glasgow et al. (2001), mesmo quando membros da família fornecem apoio social e apoio emocional relativamente à adesão da pessoa diabética à dieta alimentar recomendada eles podem não estar interessados em realizar escolhas ou opções alimentares similares (ao nível dos seus próprios hábitos alimentares). Como resultado, alimentos inapropriados ou indesejáveis podem encontrar-se facilmente disponíveis à pessoa diabética, dificultando assim a adesão ao plano de tratamento. Wong, Gucciardi e Grace (2005, cit. in Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2006), observaram que os doentes diabéticos do sexo masculino recebem um apoio mais ativo das suas esposas na preparação das refeições e mais encorajamentos verbais, o que se poderá refletir numa melhor adesão ao tratamento da diabetes. Neste contexto podemos referir Nyamathi (1987, cit. por Underwood, 2000) que considera o apoio social emocional como fundamental para lidar com o impacto do diagnóstico de doença crónica, enquanto o apoio social tangível ou instrumental pareça ser mais benéfico no decurso da doença. O apoio social instrumental poderá exercer algum impacto ao nível de alguns comportamentos necessários ao controlo da Diabetes.

House (2001) e Ogden (1999), chamam a atenção para que talvez só em casos em que os níveis de suporte social observados são muito diminutos é que parece ocorrer de facto um decréscimo do nível de bem-estar físico e mental experienciado: parecendo portanto existir um nível de suporte social que representa, para cada indivíduo, o limiar mínimo que é requerido para a manutenção da saúde individual. O isolamento social poderá constituir um dos principais fatores desencadeadores de *stress*. Parece importante, por estas razões, considerar-se o comportamento individual das pessoas como estando inserido globalmente num contexto social mais abrangente e de que esta relação entre a pessoa e o ambiente social pode ser importante ao nível dos comportamentos de adesão dos indivíduos ao plano de tratamento da Diabetes (Kidd e Altmann, 2000).

3.1. Apoio Social, Doença Crónica e Diabetes

A condição de doença poderá colocar o indivíduo perante impedimentos e limitações que alterem as suas relações interpessoais, familiares, ou de trabalho. De acordo com Andrade e Vaitsman (2002), o indivíduo debilitado tende a reduzir as interações e trocas sociais com os contactos pessoais afetivos, o que conduz a uma diminuição da interação social ou a algum nível de desintegração das redes sociais mantidas. O apoio social que é fornecido pelas pessoas que compõe as redes sociais a que o indivíduo pertence (como o compartilhar de informação, o auxílio em momentos de crise ou situações stressantes, ou a ajuda na capacidade para enfrentar certos problemas) pode atuar como um dispositivo de ajuda ao indivíduo que será potencializando quando uma rede social for consistente e integrada. Valla (1999, pp.12) refere mesmo que *“é possível que quem perdeu parte de si possa ser mantido através das qualidades pessoais de outras pessoas, até que a sua parte perdida se recupere”*. Este autor sugere o efeito do apoio social na criação de uma sensação ou ambiente de coerência e de controlo da vida pessoal.

O plano de tratamento da Diabetes contempla, atualmente, vários objetivos e dimensões, entre elas a manutenção dos níveis de glicose sanguínea tão próximos quanto possível dos níveis considerados adequados através do uso de medicação, insulina, monitorização dos níveis de glicose sanguínea, dieta alimentar e exercício físico. Existe alguma evidência de que o apoio social poderá exercer alguma influencia específica, por exemplo, na adesão dos indivíduos à dieta alimentar recomendada (Sherman et al., 2000; Gonder-Frederick et al., 2002). Segundo Glasgow, McCaul e Schafer (1987), a adesão à dieta alimentar relaciona-se de forma mais direta ao controlo glicémico do que outros aspetos dos autocuidados na Diabetes e é, por essa razão, central ao tratamento da doença. Parece constituir também um dos aspetos mais desafiantes do plano de tratamento da doença, por várias razões: por se estender ao longo do tempo, por requerer ajustamentos numa base diária, e consistir em vários comportamentos de autocuidado diferenciados (realizar escolhas alimentares apropriadas, limitar de forma geral a ingestão calórica, e temporização apropriada das refeições diárias) (Glasgow et al., 1987). Segundo Sherman et al. (2000), a alimentação, em contraste com outros aspetos farmacológicos e físicos de autocuidado na Diabetes, consiste num comportamento de cariz eminentemente social e sujeito à influência direta das outras pessoas: envolvendo escolher, comprar, preparar, partilhar alimentos, e sujeito a influências culturais e de género. Por estes motivos, as pessoas diabéticas podem não ser tão propensas a seguir as prescrições alimentares inerentes ao tratamento da sua doença quanto em relação à toma de medicação ou ao teste dos níveis de glicose sanguínea (Glasgow et al., 1987). Para Goodall e Halford (1997), o apoio social pode mediar de forma importante os autocuidados ao nível da alimentação no sentido em que muitas pessoas diabéticas referem desviar-se algumas vezes por semana das prescrições alimentares requeridas e que esses desvios ocorrem

frequentemente em contextos ou situações onde experienciam pressões pessoais e sociais para alimentar-se incorreta ou inapropriadamente. Apesar de evidências de que o suporte social, - bem como a autoeficácia e *locus* de controlo -, representem fatores importantes na predição de autocuidados na Diabetes revela-se menos clara a forma de estes fatores influenciarem especificamente a adesão à dieta alimentar. (Brawley e Culos-Reed, 2000).

De uma maneira geral a ausência de apoio social, particularmente por parte de amigos e de familiares, é considerada uma barreira à adesão ao tratamento e aos autocuidados necessários ao controlo da doença enquanto índices consistentes ou elevados de apoio e suporte social parecem relacionar-se com uma melhor capacidade de controlo e gestão da doença a longo-termo (Glasgow, Strycker, Toobert e Eakin, 2000; Glasgow et al., 2001). Quando avaliado o apoio social em pessoas idosas diabéticas, alguns estudos sugerem que o apoio social geral parece ser mais benéfico do que o apoio social específico para a doença, e também que o apoio social recebido por parte de amigos possa desempenhar uma importância mais significativa no processo de adaptação à doença do que o apoio social recebido por parte da rede familiar (Cheng e Boey, 2000). Globalmente, parece fazer sentido que a satisfação com o apoio social existente e nomeadamente a satisfação com as amizades, com a família, com a dimensão intimidade da vida pessoal, e com outros aspetos das relações sociais, se possa associar a uma melhor qualidade de vida experienciada por parte de pacientes diabéticos (Silva, 2003; Tabasi et al., 2014; Shirom et al., 2011).

3.2. Apoio Social, Diabetes e Ambiente Laboral

Para Krajnak (2014), a este nível, as condições indutoras de *stress* podem ser de natureza psicológica (perceção de stress derivada de fatores organizacionais ou pessoais, por exemplo), de natureza física (relacionada com sobrecarga de trabalho ou com trabalho organizado por turnos, por exemplo), ou por via de uma combinação entre através de uma combinação de ambas. Como referem Butler, Schatz e Hathaway (2014), nem sempre o emprego ou o acesso ao mercado laboral estão isentos de problemas para as pessoas com Diabetes. Relativamente à adaptação da pessoa com Diabetes ao contexto de trabalho ou ambiente laboral é sugerido que as mulheres possam evidenciar uma maior suscetibilidade à experiência de *stress* relacionado com ao contexto de trabalho ou ambiente laboral (Krajnak, 2014). De acordo com Butler et al. (2014), a perda de produtividade no trabalho, o absentismo laboral, e, até, a antecipação da reforma, são dimensões que contribuem indiretamente para o elevado custo (pessoal e coletivo) da Diabetes. A discriminação no plano laboral devido à doença poderá constituir também um aspeto importante, segundo os autores: poderá assumir várias formas e envolver não só a ausência de contratação ou a ausência de promoção devido à doença, mas também a dificuldade em proporcionar as acomodações ou adaptações laborais, mínimas

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

necessárias ou razoáveis de forma que os indivíduos lidem com a doença no seu local de trabalho ou, ainda, a perceção de insegurança relativamente à capacidade da pessoa diabética para realizar determinadas tarefas laborais.

De acordo com a American Diabetes Association (2009), as adaptações ou acomodações laborais que as pessoas diabéticas possam precisar ou necessitar no seu dia-a-dia serão aquelas que lhes permitam lidar com a doença no ambiente laboral em que se inserem tal como o permitiriam em outro qualquer local ou ambiente e podem, entre outras coisas, envolver:

- Teste de Glicose Sanguínea: alguns períodos de pausa podem ser importantes para que os indivíduos possam medir e testar a sua glicose sanguínea. A glicose sanguínea pode, por norma, ser analisada numa questão de alguns minutos, e poderá ser verificada virtualmente em qualquer local, sem qualquer prejuízo da segurança de terceiros, mas algumas entidades empregadoras podem, por exemplo, preferir ou optar por uma divisão privada onde as pessoas diabéticas possam realizar as suas atividades de autocuidado;

- Administração de Insulina: algumas pessoas diabéticas, nomeadamente pessoas com Diabetes Tipo 1, podem necessitar de alguns períodos de pausa para que possam administrar insulina sempre que esta seja necessária. As pessoas podem também precisar de um local onde possam guardar a insulina ou outros objetos relacionados se as condições laborais não permitirem que estes sejam transportados pela pessoa (por exemplo, no caso de elevadas temperaturas ambiente);

- Alimentação: para as pessoas diabéticas pode ser especialmente importante aceder a comida ou bebidas durante o seu período de trabalho, sobretudo em momentos em que precisem de responder rapidamente a descidas repentinas dos seus níveis de glicose sanguínea, ou então a manutenção da hidratação corporal se os seus níveis de glicose sanguínea estiverem elevados. A estes trabalhadores deve ser permitido o consumo de bebidas ou alimentos necessários na sua secretária ou posto de trabalho (excluindo casos óbvios onde isso pudesse colocar questões de segurança onde, nesses casos, um outro local deve ser facilitado às pessoas);

- Ausência/Absentismo: estes trabalhadores podem também precisar de deixar temporariamente o seu posto de trabalho ou necessitar de alguma flexibilidade na sua agenda de trabalho para a acomodação de consultas médicas ou outros cuidados de saúde necessários. Também pode ocasionalmente ocorrer a necessidade de faltar ao trabalho devido a certos eventos aleatórios, como crises hipoglicémicas, por exemplo. Certos horários de trabalho, como por exemplo trabalhos ou turnos rotativos, também podem dificultar a adaptação à Diabetes em ambiente laboral.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Poderá ser também importante atender a certas dificuldades ou constrangimentos que possam advir das complicações crónicas e de longa duração da Diabetes (para além dos aspetos imediatos e do dia-a-dia já mencionados), pois estas pessoas podem manter-se trabalhadores produtivos se certas e pequenas acomodações forem tidas em conta, mesmo quando certas complicações crónicas de doença estejam presentes nas suas vidas (American Diabetes Association, 2009). Por exemplo: um trabalhador que seja diabético e apresente retinopatia diabética ou outros problemas de visão poderá beneficiar da utilização de um monitor de maior dimensão, ou um trabalhador que apresente Diabetes e neuropatia poderá beneficiar se tiver de percorrer apenas curtas distâncias ou poder sentar-se durante o seu período de trabalho. Já para um paciente diabético que apresente problemas renais pode ser, por exemplo, importante ter alguma flexibilidade de horários no caso de ter de realizar diálise. De acordo com Nyhlin (1990; cit. in Silva, 2010), e de uma maneira geral, à medida que os pacientes vão tendo progressivamente uma melhor consciência do impacto das complicações crónicas de doença sobre a sua vida pessoal, a gestão do seu tempo, as suas atividades diárias, os seus relacionamentos sociais, e também a manutenção das suas carreiras profissionais, parecem tornar-se dimensões muito relevantes na sua vivência do quotidiano.

De acordo com Weijman et al. (2005), uma vez que os comportamentos de autocuidado na Diabetes devem ser realizados consistentemente, várias vezes ao dia, estes assumem um aspeto central no próprio contexto laboral ou de trabalho e só poderão ser integrados na vida da pessoa diabética se forem também integrados nos seus vários contextos de vida específicos. Para os autores, certas condições de trabalho concretas, como o trabalho por turnos ou em horas irregulares ou tempos de refeições variáveis, podem constituir barreiras a esses comportamentos de autocuidado. Ao invés, as acessibilidades físicas, a flexibilidade laboral, e a controlabilidade de tempos e de tarefas por parte do trabalhador, são aspetos que parecem facilitar os comportamentos de autocuidado em contexto laboral. Os autores referem também a importância de certos fatores interpessoais, como atitudes e comportamentos dos superiores hierárquicos, ou a sensibilidade por parte de outros colegas, trabalhadores ou funcionários. Alguns fatores foram identificados como podendo reduzir ou aliviar o *stress* associado às dificuldades ou constrangimentos relacionados com o contexto ou ambiente laboral. Para Krajnak (2014), a possibilidade de maior controlo sobre aspetos do ambiente laboral ou a possibilidade de tomar um maior número de decisões parecem também reduzir o *stress* experienciado, especialmente no caso das mulheres, tal como parecem produzir benefícios os grupos de pares e as amizades estabelecidas no contexto de trabalho. Ainda de acordo com este autor, existem também outros aspetos que parecem beneficiar indivíduos de ambos os géneros em lidar com o *stress* experienciado em ambiente laboral ou contexto de trabalho: por exemplo, a participação em atividades exteriores ou ao ar livre

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

poderá ser importante para a atenuação do cansaço ou diminuição do efeito de fadiga. De acordo com Weijman et al. (2005), poderá lançar-se a hipótese de que condições laborais que possam ser consideradas menos favoráveis (como elevadas exigências, fraco controlo pessoal ou apoio social diminuído) ou outras condicionantes psicossociais (como as expectativas de autoeficácia, estilos de coping ou o apoio social) se possam relacionar com uma maior irregularidade no controlo da doença ou com uma maior dificuldade na manutenção dos comportamentos de autocuidado necessários à Diabetes.

4. Objetivos, Hipóteses e Metodologia

No seguinte capítulo será descrita a metodologia utilizada ao longo do presente estudo empírico. Depois de apresentada uma breve descrição da pertinência e dos objetivos gerais e específicos do estudo desenvolvido, apresentar-se-á o desenho desta investigação sobre doença crónica, Diabetes e variáveis psicossociais: as variáveis em estudo, as questões de estudo suscitadas, o método empregue, com a descrição da população e amostra, e os métodos e instrumentos de recolha de informação utilizados para a realização do estudo. Descreve-se, por fim, o instrumento e método de análise estatístico utilizados.

4.1 Pertinência do Estudo

Enquanto doença crónica, a Diabetes constitui uma patologia que representa consequências importantes para a saúde geral da pessoa afetada e para a sua experiência de qualidade de vida (Falcão et al., 2008), envolvendo a construção de um estilo-de-vida diferente e formas diferentes de lidar com os desafios colocados. As pessoas com doenças crónicas, como a Diabetes, são confrontadas, no seu dia-a-dia, com a autogestão da sua doença, que envolve vários processos de tomada de decisão e modificação comportamental e um papel ativo da pessoa no seu plano de tratamento (Andrade e Vaintsman, 2002 cit. in Cunha et al., 2014). Parece ser pertinente estudar o impacto de certos aspetos, nomeadamente de variáveis psicossociais, e a sua influência no processo de adaptação individual à doença.

De acordo com Cunha et al. (2014), em termos clínicos, e de uma forma geral, o controlo metabólico da doença só será alcançado se forem mantidos um conjunto amplo de comportamentos de autocuidado que envolvem exigências físicas e psicológicas quer para o paciente, quer para os seus familiares, e bastantes autores sugerem que essa vivência pessoal da doença pode comportar a experiência de sintomatologia ansiosa e depressiva que poderá influenciar a adaptação à doença (Andreoulakis et al., 2012; Barnard e Lloyd, 2012; Cunha et al., 2014; Silva, 2010; Snoek e Skinner, 2005). Para além disso, as doenças crónicas, como a Diabetes, parecem ser particularmente abertas e suscetíveis à importante ação do meio social que rodeia o indivíduo por implicarem modificações e adaptações comportamentais consistentes e diárias (Barnard e Lloyd, 2012; Silva, 2010; Snoek e Skinner, 2005). Neste âmbito, sabe-se que o apoio social (disponível e percebido) é um importante vector dessa

relação entre o indivíduo e o meio social e que poderá uma mais-valia no controlo e gestão da doença crónica (Cunha et al., 2014).

4.1.2. Variáveis e Objetivos do Estudo

O estudo incide essencialmente sobre duas variáveis psicossociais, - a experiência pessoal de sintomatologia ansiosa e depressiva (fator de natureza individual) e o suporte social (fator de natureza social) -, no processo de adaptação individual das pessoas à Diabetes, depois de considerada a importância destes vetores psicossociais após a revisão de literatura desenvolvida. Procurou-se, com este estudo:

- Caracterizar o estado emocional (ansiedade e depressão) dos pacientes com diagnóstico de Diabetes;
- Estudar as possíveis diferenças entre pacientes diabéticos do sexo masculino e pacientes do sexo feminino;
- Procurar analisar as possíveis relações entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e o grau apoio social;
- Procurar estudar de que forma o apoio social poderá influenciar o processo de adaptação e ajustamento à doença;
- Procurar avaliar quais as condições laborais que podem influenciar o processo de adaptação dos pacientes com patologia crónica ao no meio e contexto laboral;
- Identificar acomodações laborais que considerem importantes ou dimensões laborais que possam considerar problemáticos ou desafiantes devido à doença.

4.2. Questões de estudo

Tendo por base os objectivos e características do estudo que se pretendia realizar, formularam-se um conjunto de questões de estudo, descritas a seguir:

. Questão de Estudo 1

"Será que os sujeitos com diabetes do sexo masculino apresentam níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva significativamente diferentes dos observados nos sujeitos com diabetes do sexo feminino?"

. **Questão de Estudo 2**

“Existirá alguma associação entre percepção de apoio social e sintomatologia ansiosa e depressiva nas pessoas diabéticas?”

. **Questão de Estudo 3**

“Quais as condições desejáveis de trabalho e as dificuldades mais relevantes para as pessoas diabéticas no seu local de trabalho?”

4.2.1. Procedimento

Para a realização do presente estudo foi pedida a autorização, por escrito, á Comissão de Ética da ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, local onde a recolha de dados se pretendia desenvolvida. Foi desenvolvido também um contacto prévio com os médicos e feito também o pedido de autorização á coordenadora da *Unidade - Mais Saúde*, do Centro de Saúde de Ponte de Lima, local onde a recolha dos dados seria concretamente realizada. Foi obtida a autorização necessária para a realização do estudo por parte da *Comissão de Ética para a Saúde* (CES) (Anexo 1), tal como a autorização da coordenadora da *Unidade - Mais Saúde*, do Centro de Saúde de Ponte de Lima (Anexo 2). A recolha de dados foi depois iniciada, tendo decorrido entre os meses de Maio e Agosto de 2015.

Todas as pessoas participantes no estudo foram previamente informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo, da garantia de anonimato e confidencialidade da informação disponibilizada, e da utilização dos dados pessoais somente para fins de investigação. Foi salientado que a sua participação na investigação era livre, existindo a possibilidade de desistir ou de interromper a sua participação em qualquer altura, inclusivamente no caso de sentir a sua privacidade invadida. A recolha de informação foi apenas realizada depois de obtido o seu consentimento livre e esclarecido de participação no estudo (*Modelo de Consentimento Informado* - Anexo 3).

No que á ordem de administração dos instrumentos de recolha de dados se refere, todos foram aplicados e preenchidos com as pessoas individualmente (sem consulta dos seus processos clínicos), depois de obtido o seu consentimento informado, e através da seguinte ordem de aplicação: o *Questionário Sociodemográfico e Clínico* (Anexo 4), a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) (Anexo 5), a *Escala de Apoio Social* (Anexo 6), e, por fim, a *Escala de Perceção de Condições Desejáveis de Trabalho e Escala de Problemas no Trabalho devido à Doença* (nos casos em que tal se revelava aplicável) (Anexo 7).

4.2.2. Participantes e Tipo de Amostra

A população alvo deste estudo foram os pacientes diabéticos, do Tipo 1 e do Tipo 2, que frequentavam as consultas médicas gerais na Unidade de Saúde Familiar - Mais Saúde, em Ponte de Lima. A amostra constituída foi de natureza não-probabilística, tendo participado as pessoas que voluntariamente aceitaram colaborar no estudo e se encontravam presentes na Unidade de Saúde Familiar - Mais Saúde.

O período de recolha de dados situou-se entre os meses de Maio e Agosto de 2015. Optámos por uma amostra de conveniência uma vez que esta interferiria o mínimo possível com a organização e funcionamento das consultas médicas agendadas. O contacto com os pacientes e a aplicação dos instrumentos de recolha de dados foram realizados no final das consultas de enfermagem e médica, pelos mesmos motivos.

Como referem Coelho, Cunha e Martins (2008), nem sempre se dispõe, especialmente em Psicologia, de amostras aleatórias ao realizar uma investigação mas sim de amostras de conveniência, baseadas em pessoas voluntárias ou outros grupos pertencentes a populações de características e dimensões pouco definidos. Para realizar esta investigação, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, que consistiu dos participantes que, por coincidência, se encontravam na unidade local de saúde onde decorreu a aplicação do protocolo de investigação. A amostragem por conveniência é um método comum para seleção de participantes num estudo embora, como refere Woodman (1999), algum viés possa ser introduzido nos estudos se os indivíduos que constituem a amostra não forem representativos da população como um todo (neste caso, não foram incluídas as pessoas diabéticas atendidas em contexto de apoio domiciliário, embora se considerasse que tal não desvirtuava a amostra constituída). Nenhum dos questionários foi considerado inválido. Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes:

- . Nacionalidade Portuguesa;
- . os sujeitos apresentarem idade superior a 18 anos de idade;
- . aceitarem participar no presente estudo;
- . pessoas diabéticas (Tipo 1 ou Tipo 2);

4.2.3. Apresentação da Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 60 indivíduos (N=60). Todos os inquiridos responderam ao *Questionário Sociodemográfico*, à *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*, e à *Escala de Apoio Social (EAS)*. As *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* e

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

a *Escala de Problemas no Trabalho devido à Doença* foram respondidas apenas por pessoas que se encontravam a trabalhar (a tempo inteiro ou a tempo parcial). Apresentam-se, de seguida, alguns dos dados relativos às características sociodemográficas da amostra:

4.2.4. Características Sociodemográficas da Amostra

Tabela 4: Dados Sociodemográficos da Amostra.

	N	%
Sexo		
Feminino	31	51.7
Masculino	29	48.3
Idade		
Menos de 45 anos	3	5.0
Entre 45 e 55 anos	7	11.7
Entre 55 e 65 anos	18	30.0
Entre 65 e 80 anos	27	45.0
Mais de 80 anos	5	8.3
Escolaridade		
Até ao 4º Ano de Escolaridade	49	81.7
9º Ano de Escolaridade	7	11.7
12º Ano de Escolaridade	2	3.3
Licenciatura	1	1.7
Mestrado	1	1.7
Estado Civil		
Solteiro	9	15.0
Casado	36	60.0
União de Facto	1	1.7
Divorciado	1	1.7
Viúvo	13	21.7
Reside		
Sozinho	9	15.0
Acompanhado	51	85.0
Situação Profissional		
Doméstico	4	6.7

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Empregado a Tempo Inteiro	10	16.7
Empregado Part-Time	1	1.7
Desempregado	7	11.7
Reformado Menos de 10 Anos	13	21.7
Reformado Mais de 10 Anos	23	38.3
Outro	2	3.3

No que concerne às características sociodemográficas das pessoas que constituíram a amostra (Tabela 4) verificamos que esta se encontra constituída por 60 pessoas (N=60), das quais 31 pessoas do género feminino (51,8%) e 29 pessoas do género masculino (48,3%). Relativamente á idade dos participantes observou-se uma média de idades de 66 anos, com um desvio padrão de 11.82 anos. A pessoa inquirida mais nova tinha 23 anos de idade e a mais idosa 93 anos de idade.

Relativamente a outras características sociodemográficas das pessoas da amostra observámos também que, relativamente ao estado civil, a maioria das pessoas são casadas (N= 36; 60,0%), 13 pessoas viúvas (21,7%) e 9 pessoas solteiras (15%). De referir também que a maioria das pessoas vive acompanhada (N= 51; 85%). Deste conjunto de pessoas que vivia acompanhada, a maioria (N= 19; 37.3%) referiu viver acompanhada apenas pelo seu cônjuge ou companheiro, 10 pessoas (19.6%) acompanhadas pelo seu cônjuge e filhos, 10 pessoas (19.6%) acompanhada apenas pelos seus filhos, e 4 pessoas (7.8%) apenas com os seus pais ou sogros. As restantes pessoas referiram viver em outra tipologia familiar (N = 5; 9.8%); ou num modelo familiar alargado, com o seu cônjuge, filhos, e pais ou sogros (N= 3; 5.9%). No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria das pessoas possui o 4º ano de escolaridade (N= 49, 81,7%) ou o 9º ano de escolaridade (N= 7, 11,7%).

Quanto à situação laboral dos inquiridos por altura da resposta ao questionário, a maioria das pessoas, com uma percentagem considerável (60,0%) encontrava-se reformada. 11 pessoas (18,4%) encontravam-se empregadas (a tempo inteiro ou a tempo parcial), 7 pessoas encontravam-se desempregadas (11,7%) e 4 pessoas eram domésticas (6,7%).

Em seguida, apresentam-se também alguns dados relativos a características clínicas da população em estudo:

4.2.5. Características Clínicas da Amostra

Tabela 5: Características clínicas da amostra.

	N	%

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Tempo do Diagnóstico de Diabetes		
1 Ano ou Menos	10	16.7
Entre 2 Anos e 5 Anos	8	13.3
Entre 5 Anos e 10 Anos	16	26.7
Mais de 10 Anos	26	43.3
Antidiabéticos Oraís		
Não	3	5.0
Sim	57	95.0
Insulina		
Não	44	73.3
Sim	16	26.7

Neste âmbito (Tabela 5), e relativamente ao tempo de diagnóstico da doença, observamos que a maioria das pessoas (N= 26, 43.3%) recebera o diagnóstico de Diabetes há mais de 10 anos. A 16 pessoas (26.7%) o diagnóstico de Diabetes tinha sido feito entre 5 e 10 anos. O número de pessoas ao qual o diagnóstico da doença tinha sido feito há 1 ano ou menos era de 10 pessoas (16,7%). A 8 pessoas (13.3%) o diagnóstico de Diabetes tinha sido feito entre 2 e 5 anos. Em média, e tendo em conta a amostra estudada (N=60), o diagnóstico de Diabetes tinha sido realizado há 11.05 anos.

Relativamente á medicação observou-se que a maioria das pessoas utiliza antidiabéticos orais para controlo da doença (N = 57; 95%). Cerca de 26.7% das pessoas (N = 16) administrava insulina, exclusivamente ou em combinação com antidiabéticos orais.

4.2.6. Instrumentos e Medidas

No presente estudo, foi apresentado aos participantes o formulário explicativo dos objectivos gerais desta investigação, visando a sua participação livre e espontânea através do “*Modelo de Consentimento Informado*” - (Anexo 3)., para além da aplicação inicial do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*” - (Anexo 4), foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação psicométrica: a “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983) traduzido e adaptado na versão Portuguesa por Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva (1999) - (Anexo 5); “*Escala de Apoio Social*” (Matos e Ferreira, 2000) - (Anexo 6); e as “*Escalas de Percepção de Condições*

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Desejáveis de Trabalho e a Escala de Problemas no Trabalho devido à Doença” - (Anexo 7). Apresenta-se, em seguida, a caracterização geral de cada um dos instrumentos de avaliação utilizados.

. *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)* de Zigmund and Snaith (1983), versão traduzida e adaptada realizada por Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia e Sofia Silva (1999)

A avaliação de sintomatologia ansiosa e depressiva foi realizada com recurso à *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*, desenvolvida por Zigmund e Snaith (1983) no intuito de identificar e quantificar duas formas comuns de perturbações psiquiátricas (Falavigna et al., 2012). Foi utilizada a versão traduzida e adaptada realizada por Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia e Sofia Silva (1999) (Anexo 5). Consiste numa escala composta por 14 Itens para avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e depressão: 7 desses itens voltados para a avaliação de sintomatologia ansiosa (HADS-A), e 7 itens voltados para a avaliação de sintomatologia depressiva (HADS-D). Cada um dos itens da HADS pode ser pontuado de 0 a 3, o que compõe a pontuação máxima de 21 pontos para cada uma das duas subescalas (resultantes da soma dos valores dos itens de cada subescala). Resultados elevados em cada subescala são indicativos de maior ansiedade e depressão (Falavigna et al., 2012). Tal como apontado por Sousa e Pereira (2008), foram adoptados os pontos de corte indicados por Zigmund e Snaith (1994) e recomendados para ambas as subescalas:

- . HAD-Ansiedade: Sem ansiedade: 0 a 8; Com ansiedade: ≥ 8 ;
- . HAD-Depressão: Sem depressão: 0 a 8; Com depressão: ≥ 8 .

De acordo com Sousa e Pereira (2008), os autores (Snaith e Zigmund, 1994) sugerem o valor de oito (8) como ponto de corte, considerando os valores inferiores como indicativos de ausência de ansiedade e de depressão. Consideram, no entanto, que a severidade da sintomatologia poderá ser classificada da seguinte forma:

- . Normal (0-7); Leve (8-10); Moderada (11-15); Severa (16-21).

A *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)* (Anexo 5) não contempla a avaliação de sintomas vegetativos e somáticos, frequentemente associados a este conjunto de patologias (Falavigna et al., 2012). Neste sentido, e ao não possuir itens centrados em aspectos somáticos, revela-se apropriada para pacientes com patologias não-psiquiátricas dado que esses itens poderiam elevar e falsear os resultados finais (Sousa e Pereira, 2008). De acordo com os autores, e ao contrário de outros instrumentos de avaliação de sintomatologia ansiosa

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

e depressiva que foram desenvolvidos e utilizados em contexto de intervenção psiquiátrica como, por exemplo, o “*Beck Depression Inventory*” (BDI) (Beck, Warden, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961), o “*Zung Depression Scale*” (Zung, 1965) ou o “*State Trait Anxiety Inventory*” (Spielberger, Gorsuch e Luchene, 1970), a HADS permite a avaliação de níveis mais leves de sintomatologia em pacientes com patologia física.

Apesar de esta escala ter sido inicialmente construída e desenvolvida para avaliação de sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes com patologia física e em tratamento ambulatorio, foi sendo aperfeiçoada e é actualmente utilizada na investigação e na prática clínica para efeitos de avaliação desta sintomatologia também em populações não-psiquiátricas (Sousa e Pereira, 2008). Como referem Collins, Corcoran e Perry (2008), constitui uma medida de avaliação psicológica com bons índices de validação e é utilizada com outras populações com doenças crónicas sem que existam, no entanto, muitas publicações com pacientes diabéticos, exclusivamente (Lloyd, Dyer e Barnett, 2000, cit. in Collins, Corcoran e Perry, 2008). Trata-se de um instrumento de auto-relato, frequentemente utilizado para avaliação de sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes que apresentem doenças somáticas ou doenças psiquiátricas, apresentando valores consistentes e adequados de sensibilidade psicométrica (Mykletun et al., 2001). Relativamente a sua fidelidade, os coeficientes encontrados nas duas subescalas demonstram uma elevada consistência interna entre si (Moorey et al., 1991, cit. in Sousa e Pereira, 2008). A descrição e pontuação da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) são apresentadas em seguida:

Tabela 6 - Descrição e pontuação dos itens e dimensões da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS)

Dimensão (Número de Itens)	Descrição dos Itens	Varição da cotação de cada item e da Dimensão	Pontuação e cálculo da dimensão
----------------------------------	---------------------	--	---------------------------------------

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

<p align="center">HAD-A (Ansiedade) 7 Itens</p>	<p><i>1: Sinto-me tenso:</i> <i>3: Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:</i> <i>5: Tenho preocupações que me passam pela cabeça:</i> <i>7: Posso sentar-me á vontade e sentir-me relaxado:</i> <i>9: Sinto uma espécie de medo, como se tivesse um aperto no estômago:</i> <i>11: Sinto-me inquieto(a), como se tivesse que estar sempre a andar de um lado para outro:</i> <i>13: Tenho sentimentos súbitos de pânico:</i></p>	<p align="center">7 Itens (Cada Item Pontuado de 0 a 3)</p> <p align="center">Dimensão Ansiedade (De 0 a 21)</p>	<p>A pontuações mais elevadas corresponde maior nível de sintomatologia ansiosa.</p> <p align="center">HAD-A corresponde ao somatório das pontuações dos respetivos itens.</p>
<p align="center">HAD-D (Depressão) 7 Itens</p>	<p><i>2: Ainda gosto das coisas de que costumava gostar:</i> <i>4: Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas:</i> <i>6: Sinto-me alegre:</i> <i>8: Sinto-me mais lento ou vagaroso:</i> <i>10: Perdi o interesse pela minha aparência:</i> <i>12: Antecipo as coisas com antecipação:</i> <i>14: Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou rádio:</i></p>	<p align="center">7 Itens (Cada Item Pontuado de 0 a 3)</p> <p align="center">Dimensão Depressão (De 0 a 21)</p>	<p>A pontuações mais elevadas corresponde maior nível de sintomatologia depressiva.</p> <p align="center">HAD-D corresponde ao somatório das pontuações dos respetivos itens.</p>

. Escala de Apoio Social (Matos e Ferreira, 2000)

A *Escala de Apoio Social* (EAS) (Anexo 6), de Matos e Ferreira (2000), é constituída por um conjunto global de 16 itens ou questões avaliados, cada um deles, numa escala tipo *Likert* (entre 1 e 5 pontos). Nesta atribuição de pontuações, o último valor (o valor 5), corresponde a níveis mais elevados de percepção de apoio social; com a excepção nos itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 da escala que, pela forma de se encontram enunciados, são cotados inversamente.

A *Escala de avaliação do Apoio Social* (EAS) compõe-se então por um conjunto total de 16 itens avaliados segundo uma escala tipo *Likert* (de 1 a 5 pontos), podendo este conjunto global de 16 itens ser subdividido em três factores distintos que representam, cada um deles, dimensões diferentes do constructo de apoio social: o Apoio Informativo (*EAS-INF*), composto por 6 Itens; o

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Apoio Emocional (*EAS-EMO*), composto por 5 Itens; e o Apoio Instrumental (*EAS-INST*), composto por 5 Itens.

A pontuação global da escala (*EAS-AS*), relativa ao Apoio Social global, é fornecida através do somatório desses três factores distintos, podendo variar entre 16 e 80 pontos. De acordo com Amorim e Coelho (2008), os vários itens do instrumento agrupam-se de acordo com esses três factores da seguinte forma: o Apoio Informativo (*EAS-INF*), composto pelos itens 1, 6, 7, 8, 9, 10, e que se refere ao aconselhamento e à informação que possam facilitar os esforços de resolução de problemas; o Apoio Emocional (*EAS-EMO*), composto pelos itens 2, 3, 4, 5, 11; e o Apoio Instrumental (*EAS-INST*) na resolução de problemas em concreto, composto pelos itens 12, 13, 14, 15, 16. Como referido, a pontuação total do instrumento é facultada através do somatório desses três factores (*EAS-AS*), sendo que pontuações mais baixas na escala correspondem a níveis de apoio social considerados reduzidos e pontuações mais altas correspondem a níveis mais elevados de apoio social (Matos e Ferreira, 2000). Sem modificar a concepção original da escala os somatórios foram transformados, conforme indicado em seguida, transformados para uma escala de 0 a 100 valores procurando-se, assim, a sua interpretação mais fácil (em percentagem do grau de apoio social percebido para cada um dos factores). A descrição da escala e suas dimensões é feita a seguir:

Tabela 7 - Descrição e pontuação dos itens segundo os fatores da Escala de Apoio Social (EAS).

Fator	Descrição dos Itens	Variação da Cotação de cada item, do fator e cálculo para transformação do fator
<p align="center"><i>EAS-EMO</i></p> <p align="center">Apoio Emocional (5 itens)</p>	<p align="center">2- Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente:</p> <p align="center">3- Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas:</p> <p align="center">4- Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que me ouviria com prazer:</p> <p align="center">5- Não tenho ninguém, a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido:</p> <p align="center">11- Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim) quando quero sair por algum tempo ou divertir-me:</p>	<p align="center">Cada item De 1 a 5</p> <p align="center">Fator De 5 a 25</p> <p align="center">TEAS-EMO = ((EAS-EMO - 5)/20)*100)</p>

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

<p align="center">EAS-INF</p> <p align="center">Apoio Informativo (6 itens)</p>	<p><i>1- Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria no meio da noite para falar comigo:</i></p> <p><i>6- As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem-estar:</i></p> <p><i>7- Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema:</i></p> <p><i>8- Costumo aconselhar-se com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas:</i></p> <p><i>9- Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios:</i></p> <p><i>10- Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência:</i></p>	<p>Cada item De 1 a 5</p> <p>Fator De 6 a 30</p> <p>TEAS-INF = ((EAS-INF - 6)/24)*100)</p>
<p align="center">EAS-INST</p> <p align="center">Apoio Instrumental (5 itens)</p>	<p><i>12- Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem recorrer:</i></p> <p><i>13- Não tenho a ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (ex.: comida, tomar conta do correio, etc.):</i></p> <p><i>14- Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me “estenda a mão”:</i></p> <p><i>15- Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer:</i></p> <p><i>16- Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude:</i></p>	<p>Cada item De 1 a 5</p> <p>Fator De 5 a 25</p> <p>TEASINST = ((EAS-INST - 5)/20)*100)</p>
<p align="center">EAS-AS</p> <p align="center">Apoio Social (Os 16 Itens)</p>	<p align="center">Somatório da pontuação de todos itens da escala.</p>	<p>Somatório De 16 a 80</p> <p>TEAS = ((EAS- 16)/64)*100)</p>
<p align="center">Nota: Os itens 2, 5, 12, 13, 14, 16 são cotados inversamente.</p>		

. Escala de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho e Escala de Problemas no Trabalho devido à Doença (baseada na escala proposta por Varekamp e van Dijk (2010, em processo de construção e adaptação)

A Escala de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho e a Escala de Problemas no Trabalho devido á Doença (Anexo 7), tratam-se de escalas que se encontram em construção e

adaptação para a população Portuguesa, e que se baseiam no trabalho desenvolvido por Varekamp e van Dijk (2010) como forma de avaliar problemáticas experienciadas no local de trabalho devido às suas patologias crónicas. Os participantes do estudo original foram considerados elegíveis se tivessem uma patologia crónica, trabalho remunerado, experienciassem problemas no trabalho e receassem perder a sua ocupação ou a diminuição da sua satisfação laboral; e os trabalhadores excluídos foram constituídos pelas pessoas que se encontravam de baixa médica que se esperava ser de vários meses de duração. Os problemas relacionados com o trabalho foram avaliados tendo em conta oito áreas: problemas específicos relacionados com tarefas de trabalho, organização do espaço e equipamentos, aspectos relacionados com as deslocações entre o local de residência e o local de trabalho, comunicação com colegas, comunicação com os supervisores, aceitação da sua doença crónica e balanço entre o seu trabalho e vida pessoal.

Nesta adaptação, as *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* são duas escalas, ambas reportando ao mesmo conjunto de 21 itens ou questões relacionados com as condições laborais, os quais devem ser respondidos em escalas tipo *Likert* (de 1 a 5 pontos) distintas: a primeira das escalas avalia o grau de importância que a pessoa atribui a certas dimensões ou aspectos do contexto de trabalho (“*E Importante?*”), e a segunda escala avalia se essas condições ou aspectos laborais se verificam no seu dia-a-dia (“*Acontece?*”).

A *Escala de Problemas no Trabalho devido à Doença* é constituída por um conjunto de 11 itens ou questões, que devem ser respondidos também numa escala tipo *Likert* (de 1 a 5 pontos), e que procuram avaliar com que frequência certos problemas se colocam às pessoas no seu trabalho devido à sua doença.

4.2.7. Tratamento dos dados

O processamento e a análise estatística dos dados foram efectuados com recurso ao *software* estatístico IBM® SPSS® *Statistics*, Version 20 (*Statistical Package for Social Sciences*), salientando-se o facto de os dados recolhidos terem sido informatizados para que a identidade dos participantes não fosse revelada e os dados possuíssem unicamente um valor colectivo (tratados como um todo).

5. Apresentação dos Resultados

De acordo com Coelho, Cunha e Martins (2008), um *teste estatístico* ou *teste de significância da hipótese nula* é um procedimento que fornece uma regra de decisão, permitindo rejeitar ou não uma hipótese estatística tendo por base os resultados obtidos numa amostra aleatória. De acordo com os autores (p.53) “*ao tomar tal decisão está-se sempre a assumir uma probabilidade de errar, que é quantificável*”.

No que concerne aos resultados obtidos neste estudo e considerando os dados da amostra procurou elaborar-se tabelas e gráficos para melhor visualização da informação e dos resultados.

5.1. Condições de aplicação dos testes estatísticos

Uma classificação vulgar dos testes estatísticos divide-os em Testes Paramétricos e Testes Não-Paramétricos (Coelho, Cunha e Martins, 2008). De acordo com os autores, designam-se por testes paramétricos aqueles que incidem explicitamente sobre o valor de algum parâmetro populacional e exigem uma determinada forma de distribuição teórica subjacente aos dados, e por testes não-paramétricos aqueles que não incidem sobre o valor de um parâmetro ou que não exigem uma determinada forma de distribuição teórica. Destaca-se ainda que a potência dos Testes Paramétricos é superior à dos Testes Não Paramétricos, isto é, a probabilidade de rejeitar correctamente a hipótese nula (H_0) é maior num Teste Paramétrico. Por este motivo, procura recorrer-se aos Testes Não-Paramétricos quando não é possível satisfazer as condições de aplicação dos Testes Paramétricos.

Para se poderem aplicar os Testes Paramétricos é necessário verificar se a variável (dependente) segue uma distribuição normal. Em primeiro lugar, procedeu-se, então, para este estudo, à verificação da normalidade dos dados. Os Testes de Normalidade apresentados contem dois diferentes testes de hipótese de normalidade: o *Teste de Kolmogorov-Smirnov* e o *Teste de Shapiro-Wilk*. A sua hipótese nula (H_0) é a de que a amostra foi retirada de uma distribuição normal; a hipótese alternativa (H_1) é a de que a amostra não foi retirada de uma distribuição normal. De acordo com Ghasemi e Zahedias (2012) citando Oztuna, Elhan e Tuccar (2006), e para amostras pequenas, os testes de normalidade possuem pouco poder para rejeitar a hipótese nula e por isso as amostras pequenas passam usualmente os teste de normalidade. O *Teste de Kolmogorov-Smirnov* é um teste não-paramétrico. De acordo com

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Ghasemi e Zahedias (2012) e citando Steinskog (2007), uma limitação do *Teste de Kolmogorov-Smirnov* encontra-se na sua elevada sensibilidade a valores extremos e o seu valor possui pouco poder discriminativo pelo que, segundo os autores, não deve ser considerado seriamente como teste de normalidade. A *Correcção de Lillefors* procura adequar o seu valor e tornar este teste valor menos conservador. O *Teste de Shapiro-Wilk* é um teste paramétrico.

Segundo Ghasemi e Zahedias (2012), podemos tentar observar e analisar a normalidade dos dados através dos testes de significância já referidos (*Teste de Kolmogorov-Smirnov* e *Teste de Shapiro-Wilk*) mas, de uma forma geral, devem ser tidas em conta outras fontes de informação, nomeadamente gráficos. Neste estudo recorreu-se á análise gráfica de Histogramas e dos gráficos *Normal Q-Q Plot*. (Coelho, Cunha e Martins, 2008). No caso dos gráficos *Normal Q-Q Plot*, se os dados se distribuem de forma normal, os pontos distribuir-se-ão próximos da linha diagonal. Se os pontos se afastarem da linha diagonal de uma forma obviamente não-linear, então presume-se que a distribuição não seja normal.

Realizou-se esta análise para cada uma das questões de estudo, e antes de proceder às análises estatísticas (estatísticas paramétricas ou estatísticas não-paramétricas) que se consideraram adequadas e se procuraram desenvolver para cada uma das questões de estudo suscitadas. As *Questões de Estudo* desenvolvidas são apresentadas nas secções seguintes.

5.2. Questão de Estudo 1

“Será que os sujeitos com diabetes do sexo masculino apresentam níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva significativamente diferentes dos observados nos sujeitos com diabetes do sexo feminino?”

Inferência Estatística

De acordo com Coelho, Cunha e Martins (2008), uma condicionante dos testes paramétricos é de que a variável dependente (a variável em estudo) seja quantitativa e possua distribuição normal, ou aproximadamente normal, na população. Para os autores (p. 73), perante os dados de uma amostra importa averiguar se tal é plausível recorrendo-se aos *testes de normalidade* para “estudar o ajustamento de uma distribuição empírica a uma distribuição normal”. Ainda de acordo com os referidos autores, a distribuição amostral de um estimador depende da distribuição da variável na população, do estimador considerado e da dimensão da amostra. Para se utilizarem os testes paramétricos adequados á análise das duas subquestões envolvidas ao nível da Questão de Estudo 1 assegurou-se, primeiro, o estudo e verificação da distribuição amostral das variáveis “*Subescala de Ansiedade*” e “*Subescala de Depressão*”.

Estudo da distribuição amostral da variável contínua “*Subescala Ansiedade*”

De acordo com Coelho, Cunha e Martins (2008), os testes de normalidade para a hipótese nula (H_0) dizem-nos que a amostra estudada segue uma distribuição normal, enquanto a hipótese alternativa (H_1) nos diz que a variável não segue uma distribuição normal. De acordo com os autores, rejeita-se H_0 se o valor prova (p-valor) for inferior ou igual ao nível de significância. Neste caso, considerou-se o nível de significância de $\alpha=0.05$, estando a testar-se $H_0: X \sim N(\mu, \sigma)$ vs. $H_1: X \neq N(\mu, \sigma)$. Se p-valor $< \alpha$ então rejeita-se H_0 , sendo $\alpha=0.05$. Para este caso, apresenta-se, em seguida, a tabela relativa aos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilk* para análise de normalidade da variável dependente “*Subescala de Ansiedade*” da Questão de Estudo 1 (Tabela 8).

Tabela 8: Teste de Normalidade para a variável dependente “*Subescala de Ansiedade*”

	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>
--	---------------------------------------	---------------------

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<i>Sub-Escala Ansiedade</i>	,113	60	,055	,964	60	,074

1. Com correção de Lilliefors

Observam-se, usando o *Teste de Shapiro-Wilk* o p-valor ($p = 0.074$) superior ao nível de significância ($\alpha=0.05$). Neste caso, e para esse nível de significância, não se rejeita a hipótese nula (H_0), pois o valor prova observado (p-valor) é superior ao nível de significância ($\alpha=0.05$). O mesmo se poderá observar se atendermos também ao valor do *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, que apresenta o p-valor ($p = 0.055$), também superior ao nível de significância ($\alpha=0.05$). Desta forma confirmou-se a normalidade da distribuição amostral da variável dependente “*Subescala de Ansiedade*”, para o nível de significância considerado, obtendo-se uma média de 6,92 pontos numa escala de 0 a 21, com desvio padrão de 3.784. (Anexo 8A). Recorremos também, no entanto, a uma análise gráfica dos dados, através da análise de Histograma e por recurso aos gráficos *Normal Q-Q Plot*, que se apresentam em anexo. (Anexo 8B e Anexo 8C).

Estatística de Teste

Observando-se normalidade de distribuição da variável que pretendíamos estudar, optou-se por um teste paramétrico. De acordo com Coelho, Cunha e Martins (2008), o *Teste t-Student* é um teste paramétrico adequado para comparar as médias de dois grupos independentes quando as suas condições de aplicabilidade se verificarem. Ainda de acordo com os autores (P. 148), “*trata-se de um teste robusto, o que significa que pequenos desvios das condições de aplicabilidade (normalidade, homogeneidade das variâncias) não afectam notoriamente os resultados, designadamente quando as dimensões dos grupos não são muito diferentes*”. Neste caso, pretendíamos analisar a existência de diferença ao nível das médias de pontuações entre o grupo de homens e o grupo de mulheres ao nível da “*Subescala de Ansiedade*” da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*. Os grupos não diferiam significativamente entre si relativamente ao número de indivíduos (Grupo de Homens, $N=29$; Grupo de Mulheres $N=31$).

Procedeu-se à análise das condições de aplicabilidade do *Teste t-Student para Amostras Independentes*, nomeadamente a) a distribuição normal da variável em estudo na população feminina e na população masculina, através dos testes de *Shapiro-Wilk* e de *Kolmogorov-Smirnov* e análise gráfica dos histogramas (Anexo 9A) e b) e a homogeneidade de variância das amostras, através do *Teste de Levene* que assegurou a sua homogeneidade, para o nível

Doença crônica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

de significância de 5% (Anexo 9C). Outro aspecto importante consistia na verificação de *outliers*, isto é, de valores atípicos ou estranhos, o que se realizou através da análise do diagrama de extremos e quartis (Anexo 9B). Conforme observado, existia um *outlier* (*moderado*) no grupo das mulheres (Anexo 9B). Como referem Coelho, Cunha e Martins (2008), a forma de tratar estes valores atípicos deve ser prudente pois “*trabalhar com um dado que resulta de uma má medição é fonte de erros posteriores, mas eliminar um valor discrepante pode representar perder o que há de particular na variável*”. Neste caso, optámos pela sua inclusão na nossa análise estatística dado não resultar de um erro declarado de medição; e por não exercer influência significativa nos resultados finais obtidos com a sua inclusão ou com a sua exclusão dos dados analisados.

Os dados descritivos relativos ao número de indivíduos em ambos os grupos, e as suas respectivas médias e desvios-padrão (Tabela 9), e os resultados do *Teste t-Student* para amostras independentes (Tabela 10) são apresentados de seguida:

Tabela 9: Dados descritivos do Grupo de Homens e de Mulheres

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
<i>Sub-Escala</i>	Homem	29	5,66	3,394	,630
<i>Ansiedade</i>	Mulher	31	8,10	3,798	,682

Tabela 10: Resultados do *Teste t-Student* para amostras independentes

		Sub-Escala Ansiedade	
		Igualdade de Variâncias Assumida	Igualdade de Variâncias Não Assumida
<i>Teste de Levene de Igualdade de Variâncias</i>	F	,017	
	Sig.	,897	
<i>t-Teste para Igualdade de Médias</i>	t	-2,619	-2,629
	df	58	57,886
	Sig. (2-tailed)	,011	,011
	Diferença Média	-2,442	-2,442
	Diferença Erro Padrão	,932	,929
	Inferior	-4,308	-4,301
	Intervalo de Confiança de 95% para a Diferença Superior	-,576	-,582

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

O teste de normalidade indicou que a variável *Ansiedade* se distribuía de forma normal para ambos os grupos; e o *Teste de Levene* de Igualdade de Variâncias indicou a homogeneidade de variância entre os dois grupos (grupo de homens e grupo de mulheres).

Os resultados do *Teste t-Student* para amostras independentes indicou um valor de $t(58) = -2,619$, $p = 0.011$. Assim, este valor que nos é dado pela estatística de teste ($t(58) = -2,619$, $p = 0.011$) é inferior ao nível de significância ($\alpha=0.005$). Neste caso, rejeita-se a hipótese nula (H_0) do teste (“O grupo dos homens não obteve pontuações superiores ao grupo das mulheres na Subescala de Ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), atendendo a que o valor prova ($t(58) = -2,619$, $p = 0.011$) se demonstrou inferior ao nível de significância de $\alpha=0.005$ (valor $-p < \alpha$).

Parecem existir diferenças estatisticamente significativas ao nível das pontuações obtidas na *Subescala de Ansiedade* da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) entre o grupo dos homens e o grupo de mulheres, para o nível de significância de 5%. Observando a tabela relativa aos dados descritivos do teste (Tabela 9), observa-se que as pessoas que constituem o grupo formado pelos homens (5.66 ± 3.394) apresentam, em média, pontuações inferiores às pontuações obtidas pelas pessoas que constituem o grupo formado pelas mulheres (8.10 ± 3.798), ($t(58) = -2,619$, $p = 0.011$), com uma diferença média de $-2,442$ (para um intervalo de confiança de 95%, $-4,308$ a $-0,576$).

Estudo da distribuição amostral da variável contínua “*Subescala de Depressão*”

De acordo com Coelho, Cunha e Martins (2008), uma condicionante dos testes paramétricos é a de que a variável dependente (a variável em estudo) seja quantitativa e possua distribuição normal, ou aproximadamente normal, na população. De acordo com os autores, e como já referido, os testes de normalidade para a hipótese nula (H_0) dizem-nos que a amostra estudada segue uma distribuição normal, enquanto a hipótese alternativa (H_1) nos diz que a variável não segue uma distribuição normal. De acordo com os autores, rejeita-se H_0 se o valor prova (p -valor) for inferior ou igual ao nível de significância. Neste caso, considerou-se o nível de significância de $\alpha=0.05$, estando a testar-se $H_0: X \sim N(\mu, \sigma)$ vs. $H_1: X \neq N(\mu, \sigma)$. Se valor $p < \alpha$ então rejeita-se H_0 , sendo $\alpha=0.05$. Para este caso, apresenta-se de seguida a tabela relativa aos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilk* para o teste de normalidade da variável dependente “*Subescala de Depressão*” da Questão de Estudo 1 (Tabela 11).

Tabela 11: Teste de Normalidade para a variável dependente “*Subescala de Depressão*”

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sub-Escala Depressão	,174	60	,000	,906	60	,000

a. Com correcção de Lilliefors

Considerando o nível de significância de $\alpha=0.05$, e uma vez que se está a testar $H_0: X \sim N(\mu, \sigma)$ vs. $H_1: X \neq N(\mu, \sigma)$, tem-se, usando o *Teste de Shapiro-Wilk*, um valor prova (*p*-valor) inferior a 0.001. Portanto, atendendo a que valor $-p < \alpha$, rejeita-se a hipótese nula (H_0). O mesmo se decide usando o *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, podendo igualmente observar-se o *p*-valor inferior a 0.001, inferior também ele ao nível de significância. Assim, analisando os respectivos *valor -p* de ambos os testes, pode concluir-se que a variável *Subescala Depressão* não apresenta distribuição normal na população estudada, para $\alpha=0.05$. Recorremos também a uma análise gráfica, através da análise do histograma e por recurso aos gráficos *Q-Q Plot*, sugeridos por diversos autores, e que indicaram conclusões no mesmo sentido. São apresentados em anexo as estatísticas descritivas da variável dependente “*Subescala de Depressão*” (Anexo 10A), e a sua descrição gráfica, através dos gráficos relativos ao Histograma e dos gráficos *Normal Q-Q Plot*. (Anexo 10B e Anexo 10C)

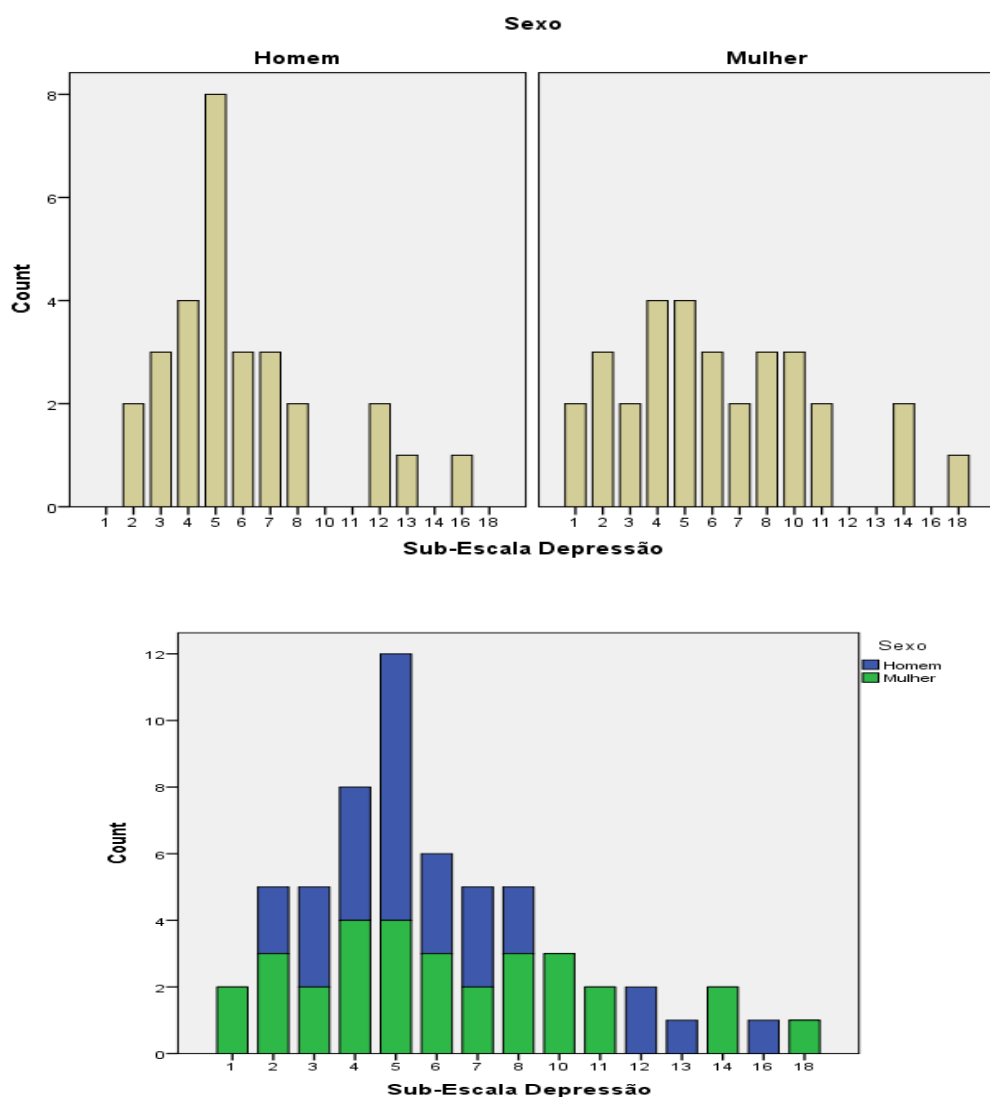
Estatística de Teste

Observou-se que a variável dependente “*Subescala Depressão*” não apresenta distribuição normal na população estudada, para o nível de significância utilizado ($\alpha=0.05$). Uma vez que não eram satisfeitas as condições relativas a distribuição normal da variável “*Subescala Depressão*” na população de onde a amostra foi extraída, optou-se por uma estatística de teste não paramétrica, alternativa ao teste paramétrico *Teste t-Student* utilizado anteriormente. Como referem Coelho, Cunha e Martins (2008) (P.221), o teste não paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney* permite “*averiguar se a distribuição de uma variável de nível pelo menos ordinal coincide em duas populações, a partir de um design de amostras independentes*”. Este teste surge, assim, como alternativa não paramétrica ao *Teste t-Student* de comparação de dois valores médios populacionais em *design* de amostras independentes, apesar de representar um teste menos potente (Coelho, Cunha e Martins, 2008). Apesar de se tratar de um teste não paramétrico, uma das suposições para utilização do *Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney* envolve determinar se a distribuição de pontuações para os dois grupos (Grupo de Homens e Grupo de Mulheres) possuem a mesma forma de distribuição ou uma forma diferente de distribuição nesses grupos, isto é, pretendia-se, em primeiro

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

lugar, averiguar se as pontuações dos homens e das mulheres relativamente à “Subescala de Depressão” se apresentavam similares entre si ou se um dos sexos apresentava valores dessas pontuações mais baixos ou mais elevados que o outro sexo. Realizou-se, para esse efeito, um histograma que permite a comparação gráfica das pontuações médias obtidas pelos dois grupos de indivíduos (Grupo de Homens e Grupo de Mulheres) relativamente aos itens da “Subescala de Depressão” da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), que é apresentado de seguida (Figura 2):

Figura 2: Histogramas relativos à distribuição das pontuações médias nos dois grupos independentes, relativamente à variável “Subescala de Depressão”, visualizados separados ou de forma empilhada.



Pela análise dos histogramas acima, conclui-se que os dois gráficos demonstram distribuições não-idênticas, com formas diferentes (formas não-sobrepostas) e com localizações também

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

diferentes (isto é, as pontuações médias dos Homens encontram-se, de forma geral, mais deslocadas para o lado esquerdo do respectivo gráfico). Uma vez que, através do *teste de Wilcoxon-Mann-Whitney*, para poderem ser comparadas as *medianas das pontuações* dos dois grupos independentes (Homens e Mulheres) é necessário que se verifique a mesma forma de distribuição das pontuações obtidas, e tal não se observava neste caso, recorreu-se à comparação das *médias de pontuações* entre os dois grupos (Homens e Mulheres). São apresentadas a seguir as tabelas (Tabela 12 e Tabela 13) relativas aos resultados do *Teste de Mann-Whitney* para o grupo de homens e grupo de mulheres relativamente à distribuição da variável “*Subescala de Depressão*” em estudo:

Tabela 12: *Rankings* entre Homens e Mulheres.

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
<i>Sub-Escala Depressão</i>	Homem	29	29,78	863,50
	Mulher	31	31,18	966,50
	Total	60		

Tabela 13 - Resultados do *Teste Wilcoxon-Mann-Whitney* (Variável de Agrupamento: *Sexo*).

	<i>Sub-Escala Depressão</i>
Mann-Whitney U	428,500
Wilcoxon W	863,500
Z	-,313
Asymp. Sig. (2-tailed)	,754

No caso aqui apresentado, a hipótese nula (H_0) seria a de que a distribuição de pontuações para os dois grupos são iguais e a hipótese alternativa (H_1) seria a de que a distribuição de pontuações para os dois grupos não é igual. A rejeição da hipótese nula ocorre se o valor prova for inferior ao nível de significância (valor $-p \leq 0.05$). Neste caso, o nível de significância utilizado foi o de $\alpha=0.05$. A estatística de teste não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de homens e o grupo de mulheres ($U=428.500$; $W=863.500$; $p=0.754$). Assim, o valor prova ($-p$) não se observou inferior ao nível de significância de $\alpha=0.05$, valor $-p = 0.754 > 0.05 = \alpha$. O diagrama de extremos e quartis em anexo (Anexo 11) ilustra a distribuição dos scores nos dois grupos independentes. Não sendo rejeitada a hipótese nula (H_0) do teste, não se estima que a média de pontuações do grupo dos homens seja diferente da média de pontuações do grupo das mulheres relativamente à “*Subescala de Depressão*” da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS), na amostra em estudo e recorrendo ao *Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney*.

5.3. Questão de Estudo 2

“Existirá alguma associação entre percepção de apoio social e sintomatologia ansiosa e depressiva nas pessoas diabéticas?”

Inferência Estatística

De acordo com Coelho, Cunha e Martins (2008), uma condicionante dos testes paramétricos é de que a variável dependente (a variável em estudo) seja quantitativa e possua distribuição normal, ou aproximadamente normal, na população, e, de acordo com os mesmos autores (p. 73), perante os dados de uma amostra importa averiguar se tal é plausível recorrendo-se aos *testes de normalidade* para “*estudar o ajustamento de uma distribuição empírica a uma distribuição normal*”.

Estudo da distribuição amostral da variável contínua “Subescala de Ansiedade”

Como referido e apontado na questão de estudo anterior, confirmava-se a normalidade da distribuição amostral da variável dependente “*Subescala de Ansiedade*” na população estudada, para o nível de significância considerado, obtendo-se uma média de 6.92 pontos numa escala de 0 a 21, com desvio padrão de 3.784. (Anexo 8A). Recorremos também a uma análise gráfica dos dados da variável, através da análise de Histograma e por recurso aos gráficos *Normal Q-Q Plot*, aconselhados por diversos autores e que se apresentam em anexo (Anexo 8B e Anexo 8C).

Estatística de Teste

De forma a proceder ao estudo acerca das possíveis relações existentes entre a “*Subescala de Ansiedade*” da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) e as dimensões de apoio social da *Escala de Apoio Social* (EAS), optou-se por uma estatística de teste não paramétrica, as *Correlações de Spearman*, como alternativa ao *Teste de Correlações de Pearson* (teste

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

paramétrico), e apesar da distribuição normal da variável “*Subescala de Ansiedade*” na população estudada, dada a) a existência de valores atípicos, ou *outliers*; e dado b) não se observarem relações lineares entre essa variável e as variáveis representativas das várias dimensões do apoio social o que se confirmou, primeiramente, através da análise dos gráficos de dispersão construídos para as várias relações entre variáveis.

Apresenta-se, de seguida, uma análise preliminar das *correlações de Spearman* entre as pontuações obtidas na “*Subescala de Ansiedade*” da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) e as várias dimensões da *Escala de Apoio Social* (EAS), para sessenta observações (N=60) (Tabela 14):

Tabela 14 - Correlações entre a “*Subescala de Ansiedade*” e as dimensões da *Escala de Apoio Social* (EAS).

		<i>Subescala Ansiedade</i>	<i>AS- PGlobal (%)</i>	<i>AS-INST (%)</i>	<i>AS-EMO (%)</i>	<i>AS-INF (%)</i>
<i>Subescala Ansiedade</i>	Coeficiente de Correlação	1.000	-0.346 **	-0.171	-0.266 *	-0.394 **
	<i>Sig. (2 - Tailed)</i>	-	0.007	0.191	0.040	0.002
<i>AS - PGlobal (%)</i>	Coeficiente de Correlação	-0.346 **	1.000	0.766 **	0.760 **	0.845 **
	<i>Sig. (2 - Tailed)</i>	0.007	-	0.000	0.000	0.000
<i>AS - INST (%)</i>	Coeficiente de Correlação	- 0.171	0.766 **	1.000	0.375 **	0.455 **
	<i>Sig. (2 - Tailed)</i>	0.191	0.000	-	0.003	0.000
<i>AS - EMO (%)</i>	Coeficiente de Correlação	-0.266 *	0.760 **	0.375 **	1.000	0.555 **
	<i>Sig. (2 - Tailed)</i>	0.040	0.000	0.003	-	0.000
<i>AS - INF (%)</i>	Coeficiente de Correlação	-0.394 **	0.845 **	0.455 **	0.555 **	1.000
	<i>Sig. (2 - Tailed)</i>	0.002	0.000	0.000	0.000	-

* - *Correlação significativa para $\alpha=0.05$*

** - *Correlation significativa para $\alpha= 0.01$*

Como forma de analisar os dados relativos às correlações de *Spearman* entre as pontuações da *Escala de Apoio Social* (EAS) (e suas dimensões) e as pontuações da “*Subescala de*

Ansiedade”, guiou-se a análise através das orientações de Cohen (1988; cit. in Coelho, Cunha e Martins, 2008), segundo as quais as correlações (positivas ou negativas) se consideram: como correlações fracas para $0.1 < |r| < 0.3$; como correlações moderadas para $0.3 < |r| < 0.5$; e como correlações fortes para $0.5 < |r| < 1$.

Através do teste de correlações de *Spearman* observou-se, em primeiro lugar, a correlação não-significativa entre a “*Subescala de Ansiedade*” e a dimensão Instrumental do Apoio Social (*AS-INST (%)*), ($r_s = -0.171$, $p = 0.191$). Observou-se, também, que as correlações entre a “*Subescala de Ansiedade*” e as outras dimensões do Apoio Social se apresentaram como estatisticamente significativas; e que a direcção dessas correlações se apresenta como negativa (isto é, que as pontuações obtidas na “*Subescala de Ansiedade*” e as pontuações obtidas nas outras dimensões de Apoio Social se correlacionam negativamente), significando que estas variáveis assumem uma relação decrescente entre si (isto é, quando as pontuações obtidas “*Subescala de Ansiedade*” tendem a aumentar as pontuações obtidas nessas dimensões de Apoio Social tendem a diminuir).

Analisando a magnitude, ou a força, das associações que se apresentaram como significativas entre a “*Subescala de Ansiedade*” e essas dimensões do Apoio Social, a relação entre si foi diferente, e considerada significativa para diferentes níveis de significância (de $\alpha=0.01$ e de $\alpha=0.05$, respectivamente). Para um nível de significância de 0.05, demonstrou-se significativas a correlação negativa fraca (r_s) entre a “*Subescala de Ansiedade*” e a dimensão *Apoio Social Emocional (AS-EMO (%))*, ($r_s = -0.266$, $p = 0.040$). Para um nível de significância de $\alpha=0.01$, demonstraram-se estatisticamente significativas: a correlação negativa moderada (r_s) entre a “*Subescala de Ansiedade*” e a dimensão *Apoio Social Informacional (AS-INF (%))*, ($r_s = -0.394$, $p = 0.002$); e a correlação negativa moderada (r_s) entre a “*Subescala de Ansiedade*” e a *pontuação global na Escala de Apoio Social (AS-PGlobal (%))*, ($r_s = -0.346$, $p = 0.007$).

Estudo da distribuição amostral da variável contínua “*Subescala de Depressão*”

Como referido e apontado na questão de estudo anterior, confirmava-se a distribuição não-normal da variável dependente “*Subescala de Depressão*” na população estudada, para o nível de significância considerado, obtendo-se uma média de pontos de 6.35., com desvio padrão de 3.745 (Anexo 10A). Recorremos também a uma análise gráfica dos dados da variável,

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

através da análise de Histograma e por recurso aos gráficos *Normal Q-Q Plot*, aconselhados por diversos autores, os quais se apresentam em anexo, e que apontaram no mesmo sentido. (Anexo 10B e Anexo 10C).

Estatística de Teste

Através da observação das características de distribuição da variável dependente “*Subescala Depressão*” na população em estudo, cuja distribuição se demonstrava não-normal, optou-se por um teste não-paramétrico como forma de procurar estudar as possíveis relações entre a sintomatologia depressiva e as diferentes dimensões do apoio social. Apresenta-se, de seguida, uma análise preliminar das *correlações de Spearman* entre as pontuações obtidas na *Subescala de Depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)* e as dimensões da *Escala de Apoio Social (EAS)*, para sessenta observações (N=60) (Tabela 15):

Tabela 15: Correlações entre a “*Subescala de Depressão*” e as dimensões da *Escala de Apoio Social (EAS)*.

		<i>Subescala Depressão</i>	<i>AS - PGlobal (%)</i>	<i>AS - INST (%)</i>	<i>AS - EMO (%)</i>	<i>AS - INF (%)</i>
<i>Subescala Depressão</i>	Coeficiente de Correlação <i>Sig. (2 - Tailed)</i>	1.000 -	- 0.399 ** 0.002	- 0.272 * 0.035	-0.309 * 0.016	-0.413 ** 0.001
<i>AS - PGlobal (%)</i>	Coeficiente de Correlação <i>Sig. (2 - Tailed)</i>	- 0.399 ** 0.002	1.000 -	0.766 ** 0.000	0.760 ** 0.000	0.845 ** 0.000
<i>AS - INST (%)</i>	Coeficiente de Correlação <i>Sig. (2 - Tailed)</i>	- 0.272 * 0.035	0.766 ** 0.000	1.000 -	0.375 ** 0.003	0.455 ** 0.000
<i>AS - EMO (%)</i>	Coeficiente de Correlação <i>Sig. (2 - Tailed)</i>	- 0.309 * 0.016	0.760 ** 0.000	0.375 ** 0.003	1.000 -	0.555 ** 0.000
<i>AS - INF (%)</i>	Coeficiente de Correlação <i>Sig. (2 - Tailed)</i>	- 0.413 ** 0.001	0.845 ** 0.000	0.455 ** 0.000	0.555 ** 0.000	1.000 -

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

* - Correlação significativa para $\alpha = 0.05$

** - Correlação significativa para $\alpha = 0.01$

Como forma de analisar os dados relativos às correlações de *Spearman* entre as pontuações da *Escala de Apoio Social* (EAS) (e suas dimensões) e as pontuações da “*Subescala de Depressão*”, guiou-se a análise através das orientações de Cohen (1988; cit. in Coelho, Cunha e Martins, 2008), segundo as quais as correlações (positivas ou negativas) se consideram: como correlações fracas para $0.1 < |r| < 0.3$; como correlações moderadas para $0.3 < |r| < 0.5$; e como correlações fortes para $0.5 < |r| < 1$.

Através do teste de correlações de *Spearman* observaram-se, em antes mais, uma direcção das relações que é negativa (isto é, que as pontuações obtidas na “*Subescala de Depressão*” e as pontuações obtidas nas várias dimensões de Apoio Social se correlacionam negativamente), significando que estas variáveis assumem uma relação decrescente entre si (isto é, quando as pontuações obtidas “*Subescala de Depressão*” tendem a aumentar as pontuações obtidas nas dimensões de Apoio Social tendem a diminuir).

A magnitude, ou a força, dessas associações foi diferente entre si, e significativa para níveis de significância diferentes. Para um nível de significância de 0.05, demonstraram ser significativas: a correlação fraca negativa (r_s) entre a “*Subescala Depressão*” e a dimensão *Apoio Social Instrumental* (AS-INST (%)), ($r_s = -0.272$, $p = 0.035$); e a correlação negativa moderada (r_s) entre a “*Subescala Depressão*” e a dimensão *Apoio Social Emocional* (AS-EMO (%)), ($r_s = -0.309$, $p = 0.016$). Para um nível de significância de 0.01, demonstraram-se significativas: a correlação moderada negativa (r_s) entre a “*Subescala Depressão*” e a dimensão *Apoio Social Informacional* (AS-INF (%)), ($r_s = -0.413$, $p = 0.01$); e a correlação moderada negativa (r_s) entre a “*Subescala Depressão*” e a pontuação global na *Escala de Apoio Social* (AS-PGlobal (%)), ($r_s = -0.399$, $p = 0.02$).

Observando de forma conjunta os dados das correlações na sua relação com as duas subescalas (“*Subescala de Ansiedade*” e “*Subescala de Depressão*”, da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS)), parecem ser de particular interesse as associações entre as dimensões de Apoio Social (AS-PGlobal (%)) e de Apoio Social Informacional (AS-INF (%)) e as escalas de ansiedade e depressão na amostra estudada, tendo em conta que estas duas dimensões do Apoio Social, e para $\alpha = 0.001$, apresentaram ambas uma associação moderada negativa em relação à “*Subescala de Ansiedade*” (AS-PGlobal (%)), ($r_s = -0.346$, $p = 0.007$); (AS-INF (%)), ($r_s = -0.394$, $p = 0.002$)), e uma associação moderada negativa relativamente á

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

“Subescala de Depressão” (*AS-INF (%)*), ($r_s = -0.413$, $p = 0.01$); (*AS-PGlobal (%)*), ($r_s = -0.399$, $p = 0.02$). Em relação ao Apoio Social Emocional (*AS-EMO (%)*), e em ambas as condições para $\alpha=0.05$, observou-se uma associação fraca negativa ($r_s = -0.266$, $p = 0.040$) relativamente à “Subescala de Ansiedade” e uma associação moderada negativa ($r_s = -0.309$, $p = 0.016$) relativamente à “Subescala de Depressão”. Por fim, e em relação ao Apoio Social Instrumental (*AS-INST (%)*), observou-se, a associação não-significativa relativamente à “Subescala de Ansiedade” ($r_s = -0.171$, $p = 0.191$) e, para $\alpha=0.005$, a associação fraca negativa ($r_s = -0.272$, $p = 0.035$) relativamente à “Subescala de Depressão”.

5.4. Questão de Estudo 3

“Quais as condições desejáveis de trabalho e as dificuldades mais relevantes para as pessoas diabéticas no seu local de trabalho?”

Como forma de estudar estas duas questões procurou desenvolver-se uma análise exploratória e descritiva das *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* e também da *Escala de Problemas no Trabalho devida á Doença*, que se baseiam na escala original desenvolvida por Varekamp e van Dijk (2010), e que se encontram em processo de tradução e adaptação á população Portuguesa.

Da nossa amostra, constituída por 60 pessoas diabéticas (N = 60), as *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* e a *Escala de Problemas no Trabalho devido á Doença* foram respondidas por vinte e um indivíduos (N = 21), que compuseram o grupo de indivíduos que se encontravam a trabalhar (a tempo inteiro ou a tempo parcial) ou cuja actividade profissional tivesse cessado há menos de seis meses. Relativamente a estas pessoas, a sua distribuição em função do contrato de trabalho mantido era a seguinte: um indivíduo (N = 1) com contrato de trabalho a *Termo Certo ou Contrato a Prazo*; seis indivíduos (N = 6) com contrato de trabalho a *Termo Incerto ou Contrato sem Termo*; sete indivíduos (N = 7) com contrato de trabalho a *Tempo Indeterminado*; e sete indivíduos (N = 7) com *Outro* tipo de contrato de trabalho.

Aquilo que se procurou realizar, em primeiro lugar, foi proceder á análise das *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* (Anexo 7). São duas escalas, em forma de resposta tipo *Likert* (de 1 a 5 pontos), - onde o valor 1 corresponde á categoria de resposta *“Nada Importante”* e o valor 5 á categoria de resposta *“Extremamente Importante”* -, e que se referem, de forma consecutiva, aos mesmos itens: na primeira escala é dada a resposta ao item através da questão *“E importante?”* e na escala seguinte é dada a resposta ao mesmo item através da questão *“Acontece?”*.

Procurou realizar-se inicialmente uma análise dos itens da primeira escala (onde as respostas individuais são dadas á questão *“E Importante?”*) e seleccionar os itens em relação aos quais se observavam pontuações que eram, em média, superiores a 3 pontos. Na tabela seguinte (Tabela 16) são apresentados os itens da primeira das *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho*, e as suas médias e desvio-padrão respectivos:

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Tabela 16 - Médias e Desvios-Padrão dos itens da primeira escala, relativamente à questão “É importante?”.

Itens	Média de pontuação	Desvio- Padrão	Itens	Média de pontuação	Desvio- Padrão
1 - “Ver o meu horário de trabalho reduzido”	2.00	1.414	12 - “Realizar o meu trabalho num ambiente livre do fumo de tabaco”	4.00	1.581
2 - “Ter outro horário de trabalho”	2.19	1.569	13 - “Ter acesso a mais utensílios ou equipamentos que ajudem a sentir-me bem no meu local de trabalho”	3.24	1.546
3 - “Poder escolher as horas e durações das minhas pausas”	3.19	1.569	14 - “Trabalhar numa postura e posições confortáveis”	4.24	1.221
4 - “Ter o tempo suficiente para realizar o meu trabalho correctamente”	3.95	1.396	15 - “Ter melhores condições físicas de trabalho (luz, ruído, ventilação e temperatura”	3.86	1.621
5 - “Trabalhar com outras pessoas e não isoladamente”	4.00	1.18	16 - “Realizar tarefas que não exijam movimentos repetitivos e desconfortáveis”	3.57	1.248
6 - “Obter mais ajuda e apoio de outras pessoas que trabalham comigo”	3.81	1.209	17 - “Poder trocar de instalações de trabalho (sala, gabinete, armazém, por exemplo) ”	2.43	1.599
7 - “Poder optar por não fazer algumas tarefas”	1.90	1.261	18 - “Ter mais oportunidades de formação”	4.00	1.414
8 - “Trocar as minhas tarefas por outras”	1.67	1.065	19 - “Ter acesso a lanches e refeições saudáveis disponíveis nas instalações do meu trabalho”	4.33	1.155
9 - “Poder trabalhar em casa”	2.43	1.599	20 - “Poder realizar o trabalho sem levantar objectos pesados”	3.76	1.411

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

10 - “Ter a possibilidade de ser eu a planear as minhas tarefas”	3.71	1.309	21 - “Trabalhar num ambiente limpo”	4.71	.717
11 - “Trabalhar em cadeiras e secretárias adequadas”	3.48	1.721	-	-	-

O conjunto de itens em relação aos quais se observavam pontuações que eram, então, em média, superiores a 3 pontos revelou-se constituído pelos seguintes quinze (15) itens da escala: o Item 3 - “Poder escolher as horas e a duração das minhas pausas”; o Item 4 - “Ter o tempo suficiente para realizar o meu trabalho correctamente”; o Item 5 - “Trabalhar com outras pessoas e não isoladamente”; o Item 6 - “Obter mais ajuda e apoio de outras pessoas que trabalham comigo”; o Item 10 - “Ter a possibilidade de ser eu a planear as minhas tarefas”; o Item 11 - “Trabalhar em cadeiras e secretárias adequadas”; o Item 12 - “Realizar o meu trabalho num ambiente livre do fumo de tabaco”; o Item 13 - “Ter acesso a mais utensílios ou equipamentos que ajudem a sentir-me bem no meu local de trabalho”; o Item 14 - “Trabalhar numa postura e posições confortáveis”; Item 15 - “Ter melhores condições físicas de trabalho (luz, ruído, ventilação e temperatura) ”; Item 16 - “Realizar tarefas que não exijam movimentos repetitivos e desconfortáveis”; Item 18 - “Ter mais oportunidades de formação”; Item 19 - “Ter acesso a lanches e refeições saudáveis disponíveis nas instalações do meu trabalho”; Item 20 - “Poder realizar o trabalho sem levantar objectos pesados”; e, por final, o Item 21 - “Trabalhar num ambiente limpo”.

Procurando assinalar, entre este grupo de quinze (15) itens, aqueles que eram mais significativos, restringiu-se a análise aos itens para os quais a pontuação média havia sido de 4 pontos. Foi organizado assim um novo conjunto de itens, composto pelos seguintes seis (6) itens: Item 5 - “Trabalhar com outras pessoas e não isoladamente”; Item 12 - “Realizar o meu trabalho num ambiente livre de fumo de tabaco”; Item 14 - “Trabalhar numa postura e posição confortáveis”; Item 18 - “Ter mais oportunidades de formação”; Item 19 - “Ter acesso a lanches e refeições saudáveis disponíveis nas instalações do meu trabalho”; e o Item 21 “Trabalhar num ambiente limpo”. Depois de assinalados estes itens, procurou dispor-se esses seis (6) itens seleccionados da primeira escala das *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* comparativamente á sua resposta na segunda escala das *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho*.

Realizou-se, primeiro, o mesmo procedimento anterior relativamente aos itens da segunda escala das *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* (onde as respostas individuais são dadas á questão “Acontece?”). Na tabela seguinte (Tabela 17) são

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

apresentados os itens da segunda das *Escala de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho*, e as suas médias e desvio-padrão respectivos:

Tabela 17: Médias e Desvios-Padrão dos itens da segunda escala, relativamente à questão “Acontece?”.

Itens	Média de pontuação	Desvio-Padrão	Itens	Média de pontuação	Desvio-Padrão
1 - “Ver o meu horário de trabalho reduzido”	1.24	.700	12 - “Realizar o meu trabalho num ambiente livre do fumo de tabaco”	3.86	1.769
2 - “Ter outro horário de trabalho”	1.10	.301	13 - “Ter acesso a mais utensílios ou equipamentos que ajudem a sentir-me bem no meu local de trabalho”	2.10	.944
3 - “Ter outro horário de trabalho”	2.14	1.276	14 - “Trabalhar numa postura e posição confortáveis”	2.48	1.209
4 - “Ter o tempo suficiente para realizar o meu trabalho correctamente”	3.29	1.586	15 - “Ter melhores condições físicas de trabalho (luz, ruído, ventilação e temperatura) ”	2.81	1.537
5 - “Trabalhar com outras pessoas e não isoladamente”	3.33	1.494	16 - “Realizar tarefas que não exijam movimentos repetitivos e desconfortáveis”	2.19	1.365
6 - “Obter mais ajuda e apoio de outras pessoas que trabalham comigo”	2.33	1.111	17 - “Poder trocar de instalações de trabalho (sla, gabinete, armazém, por exemplo”	1.76	1.091
7 - “Poder optar por não fazer algumas tarefas”	1.76	1.221	18 - “Ter mais oportunidades de formação”	2.24	1.261
8 - “Trocar as minhas tarefas por outras”	1.43	.978	19 - “Ter acesso a lanches e refeições saudáveis disponíveis nas instalações do meu trabalho”	2.57	1.502
9 - “Poder trabalhar em			20 - “Poder realizar o		

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

<i>casa</i>	2.10	1.640	<i>trabalho sem levantar objectos pesados</i>	2.38	1.244
10 - <i>“Ter a possibilidade de ser eu a planear as minhas tarefas”</i>	3.38	1.465	21 - <i>“Trabalhar num ambiente limpo”</i>	3.05	1.532
11 - <i>“Trabalhar em cadeiras e secretárias adequadas”</i>	2.00	1.342	-	-	-

De uma forma geral, observou-se uma descida global da média de pontuações de resposta entre as duas *Escala de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho*. Apresentam-se em seguida os dados relativos á comparação das médias e dos desvios-padrão de resposta relativamente aos seis (6) itens seleccionados inicialmente, em ambas as escalas, isto é, entre a escala que continha a questão *“E Importante?”* e a escala que continha a questão *“Acontece?”*: em relação ao Item 5 - *“Trabalhar com outras pessoas e não isoladamente”*, foi observada na primeira escala uma média de pontuações de 4.00 pontos e na segunda escala de 3.33 pontos; em relação ao Item 12 - *“Realizar o meu trabalho num ambiente livre de fumo de tabaco”* observou se na primeira escala uma média de pontuações de 4.00 pontos e na segunda escala de 3.86 pontos; em relação ao Item 14 - *“Trabalhar numa postura e posição confortáveis”*, observou-se na primeira escala uma média de pontuações de 4.24 pontos e na segunda escala de 2.48 pontos; em relação ao Item 18 - *“Ter mais oportunidades de formação”* observou-se na primeira escala uma média de pontuações de 4.00 pontos e na segunda escala de 2.24 pontos; em relação ao Item 19 - *“Ter acesso a lanches e refeições saudáveis disponíveis nas instalações do meu trabalho”*, observou-se na primeira escala uma média de pontuações de 4.33 pontos e na segunda escala de 2.57; e, por fim, em relação ao Item 21 - *“Trabalhar num ambiente limpo”* observou-se, na primeira escala, uma média de pontuações de 4.71 pontos e, na segunda escala, de 3.05.

Procurou assinalar-se, desta maneira, o conjunto de itens mais relevantes (aqueles cujas pontuações-médias haviam sido iguais ou superiores a 4 pontos) observando-se, de forma global, a redução das pontuações médias de resposta obtidas a esses itens entre a primeira escala (Questão: *“E Importante?”*) e a segunda escala (Questão: *“Acontece?”*), tomando em conta o número de pessoas (N=21) que responderam às *Escala de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho*.

Procurou depois também analisar-se os resultados obtidos aos itens da *Escala de Problemas no Trabalho devido á Doença* (Anexo 7), os quais se apresentam a seguir (Tabela 18):

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Tabela 18 - Médias e Desvios-Padrão dos itens da *Escala de Problemas no Trabalho devido á Doença*.

Itens	Média de Pontuação	Desvio-Padrão
1 - <i>“Com o modo como o espaço e os equipamentos estão dispostos e organizados no local de trabalho”</i>	1.52	1.209
2 - <i>“Com as deslocações exigidas dentro e/ou fora das instalações do meu trabalho”</i>	1.67	1.155
3 - <i>“No relacionamento com o meu supervisor/superior”</i>	1.29	0.902
4 - <i>“No relacionamento com os meus colegas”</i>	1.38	1.071
5 - <i>“Porque não consigo finalizar as tarefas”</i>	1.00	0.00
6 - <i>“Porque não consigo realizar correctamente as tarefas no local de trabalho”</i>	1.10	0.436
7 - <i>“Devido á falta de aceitação de que tenho uma doença por parte dos que trabalham comigo”</i>	1.38	0.973
8 - <i>“Porque não consigo conciliar o meu trabalho com a vida em casa”</i>	1.43	0.978
9 - <i>“Porque não consigo ter tempo para actividades de lazer (actividade física, por exemplo) ”</i>	2.24	1.411
10 - <i>“Porque não tenho condições para ter um estilo de vida saudável durante o horário de trabalho”</i>	2.57	1.287
11 - <i>“Porque receio perder o emprego por não renovação do contrato/despedimento pelo facto de ter a doença”</i>	1.52	1.250

Observou-se, desta maneira, e tendo em conta as pessoas (N=21) que responderam á *Escala de Problemas no Trabalho devido á Doença*, que dois (2) itens agrupavam pontuações médias de resposta mais elevadas: o Item 9 - *“Porque não consigo ter tempo para actividades de lazer (actividade física, por exemplo).”*, e o Item 10 - *“Porque não tenho condições para ter um estilo de vida saudável durante o horário de trabalho.”* Estes itens obtiveram uma média de pontuação de resposta de 2.24 pontos (com desvio-padrão de 1.411 pontos), e de 2.57 pontos (com desvio-padrão de 1.287), respectivamente.

6 - Discussão dos Resultados

Tomando em consideração as intenções e os objectivos desta investigação, na qual se pretendia estudar a influência de variáveis psicossociais no processo de ajustamento de pessoas diabéticas à sua doença crónica, serão apresentados e discutidos os resultados a que se chegou a partir de cada uma das Questões de Estudo suscitadas através da pesquisa teórica relativamente a várias temáticas relacionadas. Como sugerido por diversos autores (Barnard e Loyd, 2012; Silva, 2010; Snoek e Skinner, 2005), a Diabetes representa uma doença de cariz crónico, e sobre o processo de ajustamento dos indivíduos à sua condição de saúde poderá recair a influência de vários factores psicossociais, nomeadamente factores representativos da relação que a pessoa estabelece com o meio em seu redor. A Diabetes representa, para diversos autores, uma condição de saúde considerada bastante particular, pois para o controlo da doença é necessário que os indivíduos desenvolvam e mantenham (em grande medida, por si próprios) uma ampla gama de comportamentos de autocuidado associados ao controlo da doença (medição dos níveis de glicose sanguínea, toma de antidiabéticos orais específicos ou administração de insulina, programação e controlo sobre a dieta alimentar, prática de exercício físico, entre outros), e onde se revela elevado o nível de informação e de conhecimentos práticos exigidos para que esse controlo da doença ocorra adequadamente. É sugerida por diversos autores a importância que pode exercer a ansiedade sobre o controlo da doença, de uma forma global, ou então, mais particularmente, sobre a capacidade de alguém medir adequadamente os níveis de glicose sanguínea quando desenvolva, por exemplo, uma fobia simples a sangue-agulhas-ferimentos. Paralelamente, também vários autores apontam no sentido de que alguns dos comportamentos mais importantes para o controlo da doença (por exemplo, a dieta alimentar ou a própria prática de exercício físico) se relacionem com uma forte componente social, abertos à influência das relações interpessoais estabelecidas com os outros significativos (por exemplo, em termos de isolamento social, ou em termos de apoio instrumental disponível à realização de determinadas operações comportamentais). Foram utilizados como instrumentos de avaliação psicológica a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) e a *Escala de Apoio Social* (EAS), que foram aplicados a uma amostra de sessenta pacientes diabéticos (N=60). As *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* e a *Escala de Problemas no Trabalho devido à Doença* foram aplicadas a vinte e um desses pacientes, pois eram aqueles indivíduos que mantinham um vínculo de contrato de trabalho (a Tempo Inteiro ou Parcial) ou uma relação de contrato de trabalho mantida até há pouco tempo.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

Através da *Questão de Estudo 1*, procurou analisar-se a possível influência de género sobre a experiência de sintomatologia ansiosa e depressiva, isto é, possíveis diferenças entre pacientes diabéticos do sexo masculino e pacientes diabéticos do sexo feminino relativamente aos sintomas de ansiedade e depressão, tópico levantado por alguns autores (Andreoulakis et al., 2012; Barnard e Lloyd, 2012; Snoek e Skinner, 2005), que sugerem também usualmente a sua maior expressividade no sexo feminino (Britneff e Winkley, 2013; Barnard e Lloyd, 2012; Silva, 2010; Snoek e Skinner, 2005). Alguns autores, como Grisby et al. (2002) ou Mitsonis et al. (2009), referem-se, ainda mais especificamente, e como poderá fazer sentido no caso da Diabetes, à ansiedade relacionada com a medição dos níveis de glicose sanguínea ou às fobias simples de sangue-agulhas-ferimentos, não sendo no entanto possível estudar especificamente essas formas de ansiedade. Usaram-se como referência as *Subescalas de Ansiedade e Depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*, aplicadas a uma amostra de sessenta pessoas diabéticas (N=60). Foi utilizado um teste paramétrico, o *Teste t-student* para amostras independentes, como forma de analisar as diferenças entre homens (N=29) e mulheres (N=31) relativamente à ansiedade, dada a distribuição normal da variável na população em estudo. Os dados da estatística de teste indicaram um valor $t(58) = -2,619$, $p = 0.011$, para um nível de significância de 95%, conduzindo à rejeição da hipótese nula (H_0) do teste (*“As pontuações na escala de ansiedade são iguais para homens e mulheres”*). O teste indicou, assim, diferenças consideradas estatisticamente significativas entre as pontuações de ambos os sexos (na amostra estudada), com o grupo das mulheres (N=31) a obter, em média, pontuações superiores ao grupo dos homens (N=29) na *“Subescala de Ansiedade”*, da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*. O grupo dos homens (5.66 ± 3.394) apresentou, em média, pontuações inferiores àquelas observadas no grupo das mulheres (8.10 ± 3.798), ($t(58) = -2,619$, $p = 0.011$), para $\alpha=0.005$.

Como forma de analisar as diferenças entre homens (N=29) e mulheres (N=31) relativamente aos sintomas de depressão, dada a distribuição não-normal da variável *“Subescala de Depressão”* na população em estudo, recorreu-se a um teste não paramétrico, o *Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney*. Os dados da estatística de teste indicaram um valor ($U=428.500$; $W=863.500$; $p=0.754$), que não conduziu à rejeição da hipótese nula (H_0) do teste (*“A média de pontuações na escala de depressão é, em média, igual entre o grupo de homens e o grupo de mulheres”*), não se demonstrando, assim, estatisticamente significativa a diferença de pontuações na *“Subescala de Depressão”* para os dois sexos (grupo de homens e grupo de mulheres). Observou-se, assim, e neste caso, diferente expressividade relativamente aos sintomas de ansiedade e de depressão entre os dois grupos (Grupo de Homens e Grupo de Mulheres).

Em relação ao Apoio Social e à sua possível influência psicossocial procurou-se, ao nível da *Questão de Estudo 2*, e relativamente a uma amostra de sessenta pacientes diabéticos

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

(N=60), procurar estudar as relações que se poderiam observar entre o apoio social (e suas dimensões) e os sintomas de ansiedade e de depressão, através da utilização da *Escala de Apoio Social* (EAS) e das escalas de ansiedade e depressão da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS). Como referido anteriormente, o apoio social representa uma variável psicossocial analisada de formas diferentes ao longo dos últimos anos (por exemplo, sob um ponto de vista mais quantitativo ou qualitativo das relações sociais que os sujeitos estabelecem), variando também em função de certas abordagens metodológicas. Neste caso, e através da *Escala de Apoio Social* (EAS) de Matos e Ferreira (2000), a aproximação ao construto de apoio social (*AS-PGlobal*) parte de uma perspectiva de integração de três dimensões distintas do apoio social - o apoio emocional (*AS-EMO*), o apoio informacional (*AS-INF*) e o apoio instrumental (*AS-INST*) -, sob o ponto-de-vista do grau em que é percebido pela pessoa como podendo estar disponível em caso de ela necessitar. Através da escala é obtida a pontuação global da escala e pontuações nessas três dimensões de apoio social. A análise das possíveis relações entre as dimensões de apoio social e as dimensões de ansiedade e depressão da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) foi realizada através do teste não paramétrico de *Correlações de Spearman*, para um conjunto de sessenta observações (N=60) e para um nível de significância de 95%.

Apresentam-se os dados separadamente, primeiro. Em relação à associação entre a “*Subescala de Ansiedade*” e as dimensões do apoio social, observaram-se, para um nível de significância de 0.05, a correlação negativa fraca (*rs*) entre a “*Subescala Ansiedade*” e a dimensão Apoio Social Emocional (*AS-EMO (%)*), (*rs* = - 0.266, *p* = 0.040), e para um nível de significância de $\alpha=0.01$, demonstraram-se estatisticamente significativas a correlação negativa moderada (*rs*) entre a “*Subescala Ansiedade*” e a dimensão Apoio Social Informacional (*AS-INF (%)*), (*rs* = - 0.394, *p* = 0.002), e a correlação negativa moderada (*rs*) entre a “*Subescala Ansiedade*” e a pontuação global na Escala de Apoio Social (*AS-PGlobal (%)*), (*rs* = - 0.346, *p* = 0.007). Verificou-se também a relação não-significativa entre a “*Subescala Ansiedade*” e a dimensão Apoio Social Instrumental (*AS-INST (%)*). Em relação à associação entre a “*Subescala de Depressão*” e as dimensões de apoio social, foram consideradas significativas, para um nível de significância de 0.05, a correlação negativa fraca (*rs*) entre a “*Subescala Depressão*” e a dimensão Apoio Social Instrumental (*AS-INST (%)*), (*rs* = - 0.272, *p* = 0.035) e a correlação negativa moderada (*rs*) entre a “*Subescala Depressão*” e a dimensão Apoio Social Emocional (*AS-EMO (%)*), (*rs* = - 0.309, *p* = 0.016), e, para um nível de significância de 0.01, consideradas significativas a correlação negativa moderada (*rs*) entre a “*Subescala Depressão*” e a dimensão Apoio Social Informacional (*AS-INF (%)*), (*rs* = - 0.413, *p* = 0.01); e a correlação negativa moderada (*rs*) entre a “*Subescala Depressão*” e a pontuação global na Escala de Apoio Social (*AS-PGlobal (%)*), (*rs* = - 0.399, *p* = 0.02). Observando de forma conjunta os dados, parecem ser de interesse as associações entre

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

as dimensões de Apoio Social (*AS-PGlobal (%)*) e de Apoio Social Informacional (*AS-INF (%)*) e as escalas de ansiedade e depressão, na amostra estudada, tendo em conta que estas duas dimensões, e para $\alpha=0.001$, apresentaram ambas uma associação negativa moderada em relação à “*Subescala de Ansiedade*” (*AS-PGlobal (%)*), ($r_s = -0.346$, $p = 0.007$); (*AS-INF (%)*), ($r_s = -0.394$, $p = 0.002$) e uma associação negativa moderada relativamente à “*Subescala de Depressão*” (*AS-INF (%)*), ($r_s = -0.413$, $p = 0.01$); (*AS-PGlobal (%)*), ($r_s = -0.399$, $p = 0.02$).

Como sugerem Coelho e Ribeiro (2000, cit. in Santos, Pais Ribeiro e Lopes (2003), a satisfação com o apoio social poderá desempenhar um papel com alguma importância no ajustamento psicológico do indivíduo à doença, através da percepção subjectiva de bem-estar. Atendendo às pontuações globais do grau de apoio social percebido (*AS-PGlobal (%)*) observou-se a sua correlação moderada negativa relativamente aos sintomas de ansiedade (“*Subescala de Ansiedade*”) e também relativamente aos sintomas de depressão (“*Subescala de Depressão*”), isto é, parece existir um sentido inverso entre estas dimensões onde o grau de apoio social percebido parece ser mais elevado quando os sintomas de ansiedade e depressão são menos expressivos. Por outro lado, e não se partindo de uma preconcepção acerca do impacto relativo de cada uma das dimensões de apoio social avaliadas através da *Escala de Apoio Social (EAS)*, observou-se a correlação negativa moderada do Apoio Social Informacional (*AS-INF(%)*) relativamente aos sintomas de ansiedade (“*Subescala de Ansiedade*”) e também relativamente aos sintomas de depressão (“*Subescala de Depressão*”). A dimensão informacional do apoio social pode ser importante no caso da Diabetes, onde as pessoas devem gerir, entre outras coisas, informação que é variada e que pode por vezes possuir carácter complexo ou natureza técnico-científica.

Ao nível da *Questão de Estudo 3*, e relativamente às condições de trabalho e problemas experienciados em contexto laboral devido à doença, foram aplicadas as *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho* e a *Escala de Problemas no Trabalho devida à Doença* a vinte e um pacientes diabéticos ($N=21$). Nas primeiras escalas, nas *Escalas de Percepção de Condições Desejáveis de Trabalho*, de entre os itens que foram considerados pelas pessoas como mais importantes parece relevante destacar os seguintes seis (6) itens, por neles se terem observado pontuações-médias iguais ou superiores a 4 pontos: Item 5 - “*Trabalhar com outras pessoas e não isoladamente*”; Item 12 - “*Realizar o meu trabalho num ambiente livre de fumo de tabaco*”; Item 14 - “*Trabalhar numa postura e posição confortáveis*”; Item 18 - “*Ter mais oportunidades de formação*”; Item 19 - “*Ter acesso a lanches e refeições saudáveis disponíveis nas instalações do meu trabalho*”; e o Item 21 “*Trabalhar num ambiente limpo*”.

Relativamente às respostas obtidas ao nível da *Escala de Problemas no Trabalho devida à Doença* foram destacados os itens: Item 9 - “*Porque não consigo ter tempo para actividades de lazer (actividade física, por exemplo)*”; e o Item 10 - “*Porque não tenho condições para*

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

ter um estilo de vida saudável durante o horário de trabalho". De uma forma global, estes itens destacados através das respostas individuais (N=21) pareceram traduzir aspectos que parecem ser simultaneamente importantes na perceção das pessoas diabéticas que se observaram e que podem ter alguma importância em termos de investigação metodológica sobre a temática.

Conclusão

Como refere Perez (2003, cit. in Hattori-Hara e Gonzalez-Ceis, 2013), a relação entre o plano terapêutico de controlo de uma doença crónica como a Diabetes pode depender, em grande medida, dos próprios indivíduos, da sua capacidade de modificação comportamental e de adopção de um estilo de vida diferente. Hattori-Hara e Gonzalez-Celis (2013) referem ainda que é frequentemente aceite que comportamentos que orientem as pessoas no sentido de controlar e gerir a doença, como a procura de soluções aos problemas, o acesso a informação relevante, ou a mobilização de apoio social, podem estabelecer alguma associação com o ajustamento psicossocial dos indivíduos á doença. Este estudo procurou ser uma abordagem modesta a alguns desses aspectos e dimensões psicossociais que se pensaram de possível interesse.

Limitações

Tratando-se de uma amostra relativamente pequena e com demarcação regional as possibilidades de replicabilidade do estudo tenderão a ser mais diminutas. Por outro lado, também a variedade de instrumentos de recolha de informação, e o estilo de resposta aos itens das *Escala de Perceção das Condições Desejáveis de Trabalho*, tornaram a aplicação global dos instrumentos de avaliação um pouco mais demorada mas permitiu, por outro lado, um contato mais próximo com as pessoas e uma perceção (pensamos nós) mais adequada de certas temáticas e constrangimentos envolvidos ao nível da gestão da doença no dia-a-dia.

Sugestões

No caso da amostra aqui em estudo, as pessoas tinham recebido o diagnóstico de Diabetes, em média, há cerca de onze (11) anos. Não se desenvolveu o estudo acerca da possível influência do tempo de diagnóstico da doença em relação á experiência dos sintomas de ansiedade e depressão, sugerido por alguns autores como uma importante variável no processo de ajustamento individual á Diabetes.

Referencias Bibliográficas

- . American Diabetes Association. (2009). Diabetes and Employment. *Diabetes Care*, 32 (1).
- . American Diabetes Association. (2000). Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care*, 25 (1), 94-98.
- . Anderson, R. J. , Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- . Andrade, G. R. B. & Vaitsman, J. (2002). Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde colectiva*, 7 (4), 925-934.
- . Andreoulakis, E., Hyphantis, T., Kandylis, D. & Iacovides, A. (2012). Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia*, 16 (3), 205-214.
- . Araújo, Â. F., Souza, M. E. A. & Menezes, C. A. (2008). Qualidade de Vida e Aspectos socioeconómicos em Diabéticos Tipo 1. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, 52(7).
- . Barbas, J. (2002). Nefropatia Diabética. In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (277-295). Lisboa: LIDEL.
- . Barbosa, A. P. (2002). Avanços no diagnóstico e terapêutica da neuropatia das pessoas com Diabetes: fisiopatologia da neuropatia diabética. *Arquivos de Medicina*, 16(2): 15-16.
- . Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- . Barnard, K. D. & Lloyd, C. E. (2012). *Psychology and Diabetes Care: A Practical Guide*. Londres: Springer-Verlag.
- . Beckman, J. A., Creager, M. A. & Libby, P. (2002). Diabetes and Atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology and management. *The Journal of the American Medical Association*. 287 (19), 2570-2581.
- . Belchetz, P. & Hammond, P. (2003). *Diabetes and Endocrinology*. Ed: Mosby INC.
- . Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em Inglês *Introduction to Clinical Health Psychology*; Buckingham: Open University Press).

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Biderman, A., Rosenblatt, I., Rosen, S., Zangwill, L., Shalev, R., Friger, M. & Weitzman, S. (2000). Sex Differentials in Predictors of Mortality for Patients With Adult-Onset Diabetes. *Diabetes Care*, 23 (5).
- . Bonita, R.; Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2006). *Basic Epidemiology Second Edition*. WHO Press: World Health Organization.
- . Boakerts, M., Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-Regulation Across Domains of Applied Psychology: Is there an Emerging Consensus?. *Applied Psychology: An International Review*, 54 (2), 149-154.
- . Brawley, L. R. & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying Adherence to Therapeutic Regimens. *Controlled Clinical Trials*. 21 (5), 156-163.
- . Britneff, E. & Winkley, K. (2013). The role of psychological interventions for people with diabetes and mental health issues. *Journal of Diabetes Nursing*, 17, 305-10.
- . Brun, E., Zoppini, G., Nelson, R. G., Verlato, G., Bennett, P. H. & Muggeo, M. (2000). Diabetes duration and cause-specific mortality in the Verona Diabetes Study. *Diabetes Care*, 23 (8), 1119-1128.
- . Butler, K., Schatz, D. & Hathaway, K. (2014). Workplace Checkup: Keeping Patients with Diabetes Employed and Safe on the Job. *Clinical Diabetes*. 32 (1).
- . Castela, A. O. & Oliveira, R. (2004). Feridas na Diabetes. *Arquivos de Medicina*, 18 (1), 40.
- . Carvalho, M. & Duarte, R. (2002). Neuropatia diabética; In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (pp.345-352). Lisboa: LIDEL.
- . Chapman, Z., Shuttleworth, C. M. J. & Huber, J. W. (2014). High levels of anxiety and depression in diabetic patients with Charcot foot. *Journal of Foot and Ankle Research*. 7(22).
- . Chew, D., Shariff-Ghazali, S. & Fernandez, A. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World Journal of Diabetes*, 5(6), 796-808.
- . Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S. & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*. 17(4), 625-634.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Ciechanowski, P. S., Katon, W.J., Russo, J.E. & Hirsch, I. B. (2003). The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 25, 246-252.
- . Collins, M. M.; Corcoran, P. & Perry, I. J. (2009). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*. 26, 153-161.
- . Coelho, J. P., Cunha, L. M. & Martins, I. L. (2008). *Inferência Estatística - Com Utilização do SPSS e do G* Power*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- . Culos-Reed, N. S., Rejeski, W. J., McAuley, E., Ockene, J. K. & Roter, D. L. (2000). Predictors of Adherence to Behavior Change Interventions in the Elderly. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), 200-205.
- . Cunha, M., Chibante, R. & André, S. (2014). Suporte Social, Empowerment e Doença Crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Especial 1 (Abril).
- . De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K, Clouse, R. & Lustman, P. (2001). Association of Depression and Diabetes Complications: A metaanalysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.
- . De Ridder, D. & Schreurs, K. (2001). Developing Interventions For Chronically Ill Patients: Is Coping A Helpful Concept?. *Clinical Psychology Review*, 21 (2), 205-240.
- . Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40: 201-219.
- . Direção Geral de Saúde; 2002; Atualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus; N° 09/DGCG; Data: 04/07/02.
- . Duarte, R. & Caldeira, J. (2002). Terapêutica da Diabetes Tipo 2. In. R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (pp. 119-147). Lisboa: LIDEL.
- . Duarte, R. & Van Zeller, P. (2002). Alterações oculares na Diabetes. In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (263-276). Lisboa: LIDEL.
- . Eaton, W. (2002). Epidemiologic evidence on the comorbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 903-906.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Egede, L. E. & Zheng, D. (2003). Independent factors associated with Major Depressive Disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 26, 104-111.
- . Egede, L. E.; Zheng, D. & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with Diabetes. *Diabetes Care*. 25, 464-470.
- . Enzlin, P., Mathieu, C. & Demmyttenaere, K. (2002). Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: An explorative study. *Patient Education and Counseling*, 48 (2), 139-145.
- . Falavigna, A., Righesso, O., Roberto-Teles, A., Baseggio, N., Velho, M. C., Ruschel, L. G., Abruzzi, F. & Guarise da Sil, P. (2012). Depression Subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale applied preoperatively in spinal surgery. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 70(5), 352-356.
- . Falco, G., Pirro, P. S., Castellano, E., Anfossi, M., Borretta, G. & Gianotti, L. (2015). The Relationship between Stress and Diabetes Mellitus. *Journal of Neurology and Psychology*, 3(1), 7.
- . Falcão, I., Pinto, C., Santos, J., Fernandes, M., Ramalho, L., Paixão, E. & Falcão, J. (2008). Estudo da prevalência da Diabetes e das suas complicações num coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos - Sentinela. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 679-692.
- . Figuerola, D. (2003). Aspectos Psicossociales en Diabetes; In: D. Figuerola (Ed.); Diabetes (pp. : 267-283). Barcelona: Masson.
- . Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise; Annual Review of Psychology, 55, 745-74.
- . Froguel, P. (2004). Genetics of Type 2 Diabetes. *Arquivos de Medicina*, 18(1), 58.
- . Gæde, P., Vedel, P., Larsen, N., Jensen, G., V.H.; Parving, H. & Pedersen, O. (2003). Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 348, 383-393.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Gary, T. L., Crum, R. M., Cooper-Patrick, L., Ford, D. & Brancati, F. L. (2000). Depressive symptoms and metabolic control in African-Americans with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 23 (1), 23-29.
- . Gan, Y., Zhang, Y., Wang, X., Wang, S. & Shen, X. (2006). The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. In. *Personality and Individual Differences* (40, pp. 859-871). Elsevier Science Ltd.
- . Garay-Sevilla, M. E., Porrás, J. S. & Jalacara, J. M. (2011). Coping strategies and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista de Investigación Clínica*, 63 (2), 155-161.
- . GEIR - Grupo de Estudo da Insulinorresistência da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia. (2009). *Diabetes e Metabolismo: Manual Sobre Insulino-resistência* (3ª Edição); Lisboa: Edição da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia.
- . Ghasemi, A. & Zahedias, S. (2012). Normality Testes for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *International Journal Endocrinology Metabolic*, 10(2), 486-489.
- . Glasgow, R. E., McCaul, K. D. & Schafer, L. C. (1987). Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Type 1 Diabetes. *Journal of Chronic Disease*. 40 (5), 399-412.
- . Glasgow, R. E., Toobert, D. J. & Gillette, C. D. (2001). Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum*. 14, 33-41.
- . Goodall, T. & Halfrod, W. K. (1997). Diet and Diabetes: Assessing Dietary Self-Care in Patients with Insulin Dependent Diabetes. *Psychology and Health*. 12, 183-195.
- . Góis, C. (2004). Adaptação psicológica e controlo metabólico. *Arquivos de Medicina*, 18(1), 54-55.
- . Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J. & Ritterband, L. M. (2002). Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 70(3), 611-625.
- . Gonzalez, J. S., Esbitt, S. A., Schneider, H. E., Osborne, P. J. & Kupperman, E. G. (2011). Psychological Issues in Adults with Type 2 Diabetes; S. Pagoto (ed.), *Psychological Comorbidities of Physical Illness: A Behavioral Medicine Perspective*. DOI 10.1007/978-1-4419-0029-6_2.
- . Green, L., Feher, M. & Catalan, J. (2000). Fears and phobias in people with diabetes. *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews*, 16(4), 287-293.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L. & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o Português no estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- . Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1053-1060.
- . Harris, M. D. (2003). Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Current Diabetes Reports*, 3 (1), 49-55.
- . Hattori-Hara, M. & González-Celis, A. L. (2013). Coping Strategies and Self-Efficacy for Diabetes Management in Older Mexican Adults. *Psychology*, 4(6), 39-44.
- . Heitman, L. K. (2004). Social support and cardiovascular health promotion in families. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 19(1), 86-91.
- . Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R. & Rijken, M. (2015). *Patient Education and Counseling*, 98, 41-48.
- . Henriques, A. M. P. & Lima, M. L. (2003;). Estados afetivos, percepção do risco e do suporte social: a familiaridade e a relevância como moderadores das respostas de congruência com o estado de espírito. *Análise Psicológica*, 3 (21), 375-392.
- . Henry, R. R. (2001). Preventing Cardiovascular Complications of Type 2 Diabetes: Focus on Lipid Management. *Clinical Diabetes*. 19 (3), 113-120.
- . Hoff, A., Wagner, J., Mullins, L. & Chaney, J. (2003). Behavioral management of Type 2 Diabetes. In Cohen-McChangue, D., Collins, F. (Eds.). *The Health Psychology Handbook: Practical issues for the Behavioral Medicine Specialist* (pp. 303-319). Sage Publications.
- . Horne, R. (2000). Compliance, Adherence and Concordance. In P. Gard. (Ed.). *Behavioural Approach to Pharmacy Practice* (pp. 166-183). London: Blackwell.
- . House, J. S. (2001). Social Isolation kills, but how and why? . *Psychosomatic Medicine*, 63, 273-274.
- . Kidd, K. E. & Altman, D. G. (2000). Adherence in Social Context. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), 184-187.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Krajinak, K. M. (2014). Potential Contribution of Work-Related Psychosocial Stress to the Development of Cardiovascular Disease and Type II Diabetes: A Brief Review. *Environmental Health Insights*, 8(1), 41-45.
- . Kruse J., Schmitz, N. & Thefeld, W. (2003). On the association between diabetes and mental disorders in a community sample. Results from the German National Health Interview and Examination Survey. *Diabetes Care*. 26, 1841-1846.
- . Lakey, B. & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In Sheldon Cohen, L. G. U., Gottlieb, B. H. (Eds). *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
- . Lloy, C. E., Dyer, P. H. & Barnett, A. H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*. 17(3), 198-202.
- . Lloyd, C. (2002). Depression, diabetes and the impact on *HRQoL*: An Epidemiological perspective. *Scientific Report: Training session on health-related quality of life assessment and depression on Diabetes*, 7-8. Budapest: MAPI research Institute.
- . Lustman, P. J., Anderson, R.J., Freedland, K.E., De Groot, M., Carney, R.M. & Clouse, R.E. (2000). Depression and poor glycemic control: A metaanalytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934-942.
- . Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social. *Psiquiatria Clínica*, 23 (1), 243-253.
- . Macrodimitris, S. D. & Endler, N. S. (2001). Coping, control, and adjustment in Type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 20 (3), 208-216.
- . Maes, S., Leventhal, H. R. & Ridder, D. T. D. (1996). Coping with chronic diseases. In Zeidner, M. e Endler, N.S. (Eds.). *Handbook of coping: theory, research and application* (pp. 221-251). New York: Wiley.
- . Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage Publications.
- . Miguel, M. C. T. & Borges, L. (2002). Aspectos psicológicos da doença crónica. *Boletim Hospital Polido Valente*, 15(3), 101-106.
- . Mitsonis, C., Dimopoulous, N. & Psarra, V. (2009). Clinical implications of anxiety in diabetes: A critical review of the evidence base. *European Psychiatry*, 24(1), 526.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Mollema, E. D., Snoek, F. J., Heine, R. J. & van der Ploeg, H. M. (2001). Phobia of self-injecting and self-testing in insulin treated diabetes patients: opportunities for screening.
- . Moreira, R. O., Papelbaum, M., Appolinario, J. C., Matos, A., Coutinho, W. F., Meireles, R. M. R., Ellinger, V. C. M. & Zagury, L. (2003). Diabetes mellitus e depressão: uma revista sistemática. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 47(1), 19-29.
- . Morgan, C., Currie, C. & Peters, J. (2000). Relationship between Diabetes and Mortality. *Diabetes Care*, 23, 1103-1107.
- . Murussia, M., Coester, A., Gross, J. L. & Silveiro, S. P. (2003). Nefropatia Diabética no Diabete Melito Tipo 2: Fatores de Risco e Prevenção. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 47(3).
- . Mykletun, A., Stordal, E. & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179, 540-544.
- . Neves, C. F. S. (2004). Qualidade de Vida de pessoas com Diabetes Tipo 1. *Referencia*, 4, 47-52.
- . Nichols, G. A. & Brown, J. B. (2003). Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26 (3), 744-749.
- . Nolte, E. & McKee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. European Observatory on Health Systems and Policies Systems. Open University Press.
- . Nouwen, A. (2002). Understanding and assessing depression and HRQoL in diabetes: A goal systems approach. *Scientific Report: Training session on health-related quality of life assesment and depression in diabetes*, 10-12. Budapest: MAPI Research Institute.
- . Nunes, M. (2005). Apoio Social na Diabetes. *Millenium: Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 9(31), 135-149.
- . Nurullah, A. S. (2012). Received and Provided Social Support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3).
- . Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- . Paúl, C. & Fonseca, A. M., (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Peralta, G. (2003). Aspectos psicosociales en Diabetes. In Figuerola, D. (Ed), Diabetes, 4ª Ed. Barcelona: Masson.
- . Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Hirsch, A., Kulzer, B. & Kruse, J. (2005). Psychosocial factors and diabetes mellitus: Evidence-based treatment guidelines. *Current Diabetes Reviews*, 1(3), 255-270.
- . Peyrot, M. (2001). Understanding psychological issues that affect self-care - Reconizing emotional responses to Diabetes; In: R. Anderson e M. M. Funnell (Eds.), Practical Psychology for Diabetes Clinicians (pp. 211-218). American Diabetes Association.
- . Pinheiro, M. R.M. & Ferreira, J. A. G. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psycologica*, 30, 315-333.
- . Polonsky, W. (2002). Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management; *Current Diabetes Reports*, 2(2), 153-159.
- . Rajala, U., Pajunpaa, H., Koskela, P. & Keinanen-Kiukaaniemi, A. (2000). High Cardiovascular Disease Mortality in Subjects With Visual Impairment Caused by Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care*, 23, 957-961.
- . Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. (2013). Diabetes: Factos e Números, Portugal 2013. Lisboa: Observatório da Diabetes.
- . Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2014) Diabetes: factos e Números, Portugal 2014. Lisboa: Observatório da Diabetes.
- . Reynals, E. (2003). *Homeostasis de la glucose*. In D. Figuerola (Ed). Diabetes, 4ª Ed. (pp. 25-36). Barcelona: Masson.
- . Reynals, E. & Figuerola, D. (2003;). Complicaciones crónicas. In: D. Figuerola (Ed). Diabetes, 4ª Ed (pp. 227-243). Barcelona: Masson.
- . Roupá, Z., Koulouri, A., Sotiropoulou, P., Makrinika, E., Marneras, X., Lahana, I. & Gourni, M. (2009). Anxiety and Depression in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, depending on Sex and Body Mass Index. *Health Science Journal*, 3(1).
- . Ruas, M. M. A. (1997). Diagnóstico e classificação da Diabetes; *Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição*, 6(4), 163-164.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Rubin, R. R. & Peyrot, M. (1999) Quality of life and Diabetes. *Diabetes Metabolism Research Review*, 15:3, 205-218.
- . Rubin, R. R. & Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 457-478.
- . Santos, C., Pais Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica; *Psicologia, Saúde e Doenças*. 4 (2), 185-204.
- . Santos, M. A., Ceretta, L. B., Réus, G., Abelaira, H., Jornada, L., Schwalm, M., Neotti, M., Tomazzi, C., Gulbis, K. G., Ceretta, R. & Quevedo, J. (2014). Anxiety disorders are associated with quality of life impairment in patients with insulin-dependent type 2 diabetes: a case-control study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36,298-304.
- . Sarafino, E. P. & Caltabiano, M. L. (2008). *Health Psychology: Biopsychological interactions (3ª Ed.)*. John Wiley & Sons, Inc.
- . Senecal, C., Nouwen, A. & White, D. (2000). Motivation and Dietary Self-Care in Adults With Diabetes: Are Self-Efficacy and Autonomous Self-Regulation Complementary or Competing Constructs?. *Health Psychology*, 19(5), 452-457.
- . Sherman, A. M., Bowen, D. J., Vitolins, M., Perri, M. G., Rosal, M. C., Ann, M. & Ockene, J. K. (2000). Dietary Adherence Characteristics and Interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), 206-211.
- . Shirom, A., Toker, S., Melamed, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2012). Life and Job Satisfaction as Predictors of the Incidence of Diabetes. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4 (1), 31-48.
- . Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006);. Adesão ao tratamento da *diabetes Mellitus*: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referencia*, 2(2).
- . Silva, I. L. (2010). *Psicologia da Diabetes*. 2ª Edição. Lisboa: Placebo Editora.
- . Silva, I. L. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia apresentada a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Silva, C., Ribeiro, A., Ferreira, D. & Veiga, F. (2003). Administração oral de peptídeos e proteínas: III: Aplicação à insulina. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 39(1).
- . Silveira, F. (2002). Avanços no diagnóstico e terapêutica da neuropatia nas pessoas com Diabetes: expressividade e métodos no diagnóstico da neuropatia periférica. *Arquivos de Medicina*, 16(2), 17-18.
- . Skinner, T. C., Hampson, S. E. & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, Personal Model Beliefs, and Self-Care in Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes. *Health Psychology*, 21(1), 61-70.
- . Snoek, F. J. & Skinner, T. C. (2005). *Psychology in Diabetes Care, Second Edition*. John Wiley & Sons, Ltd.
- . Sousa, C. & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade Psicológica e representações de doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)”. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 283-298.
- . Stratton, I., Adler, A., Neil, A., Matthews, D., Manley, S., Cull, C., Hadden, D., Turner, R. & Holman, R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes: prospective observational study; *British Journal of Medicine*, 321.
- . Tabasi, H. K., Madarshahian, F. N., Mohsen, K. H. & Mohsen, M. G. (2014). Impact of family support improvement behaviors on anti-diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13, 113.
- . Talbot, F., Noewen, A., Gingras, J., Bélanger, A. & Audet, J. (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 18(5), 537-542.
- . The International Expert Committee. (2000). International Expert Committee Report on the Role of the A1C Assay in the Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 32(7).
- . The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2003). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 26(1).

Doença crónica e ajustamento psicológico: O apoio social e as condições de trabalho numa amostra de doentes com diabetes

- . Trindade, I. & Teixeira, J. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença - Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1(18), 3-14.
- . Weijman, I. R., Wynand, J.G.; Rutten, G. M., Schaufeli, W. B., Schabracq, M. J. & Winnubst, J. M. (2005). The role of work-related and personal factors in diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 59, 87-96.
- . Weinger, K. & Lee, J. (2006). Psychosocial and psychiatric challenges of diabetes mellitus. *The Nursing Clinics of North America*, 41(4), 667-680.
- . Wild, D., Maltzahn, R., Brohan, E., Christensen, T., Clauson, P. & Gonder-Frederick, L. (2007). A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Education and Counseling*, 68, 10-15.
- . Woodman, J. (1999). Coping with diabetes in adolescence: a critical literature review. *Journal of Diabetes Nursing*, 3 (6).
- . Underwood, P. W. (2000). Social Support: the promise and the reality. In *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice*. Virginia: Sage Publications.
- . Valla, V. V. (1999) Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 7-14.
- . Van Tilburg, M. A. L., McCaskill, C.C., Lane, J.D., Edwards, C.L., Bethel, A., Feinglos, M.N. & et al. (2001). Depressed mood is a factor in glycemic control in Type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 551-555.
- . Varekamp, I. & van Dijk, F. J. H. (2010). Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occupational Medicine*, 60, 287-293.
- . Vinha, E. (2002). O Pé Diabético: novos conceitos, novas terapêuticas. *Arquivos de Medicina*, 16(2), 20.
- . Zgibor, J. & Simmons, D. (2002). Barriers to Blood Glucose Monitoring in a Multiethnic Community. *Diabetes Care*, 25, 1772-1777.