



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Perceção do Estado de Saúde e Adesão
Terapêutica na Diabetes
Estudo com população jovem portuguesa**

Fábia Carolina Martins Machado Alves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Henrique Pereira

Covilhã, Outubro de 2012

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Doutor Henrique Pereira apresentada à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registada na DGES sob o 9463.

Dedicatória

A todos aqueles que me acompanharam ao longo desta etapa.

A todos aqueles que me apoiaram incondicionalmente.

A todos aqueles que acreditam em mim.

Aos meus pais que proporcionaram a realização deste sonho.

Resumo

A diabetes é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, tendo a sua incidência em crianças e jovens vindo a aumentar significativamente. Para além disso, esta é uma doença que acarreta complicações graves para a saúde, podendo mesmo conduzir à morte. Neste sentido, a adesão ao tratamento da diabetes revela-se de extrema importância. Contudo, este tratamento reveste-se de uma grande complexidade, implicando várias mudanças nos estilos de vida dos sujeitos.

Nos adolescentes, o aparecimento da diabetes constitui-se como uma fonte adicional de *stress*, podendo comprometer a adesão ao tratamento da mesma.

O principal objetivo deste estudo é analisar a relação entre a percepção do estado geral de saúde e a adesão ao tratamento da diabetes em jovens, tendo como objetivos específicos avaliar os níveis de adesão às diferentes dimensões da terapêutica da diabetes em função de algumas variáveis sociodemográficas. Para tal, utilizaram-se o *36-Item Short-form Health Survey* e o Questionário SDSCA - Resumo de atividades de autocuidados na diabetes, que foram aplicados a 68 participantes (31 do sexo masculino e 37 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 11 e os 28 anos.

Os resultados indicaram que no geral os participantes do estudo revelaram níveis elevados de adesão à terapêutica da diabetes, nomeadamente à terapêutica medicamentosa (administração de insulina), sendo que a prática de exercício físico foi a dimensão em que os jovens apresentaram piores níveis de adesão. Os resultados também permitiram observar uma relação positiva entre a percepção que os jovens têm acerca do seu estado geral de saúde e os níveis de adesão à terapêutica da diabetes. Deste modo, salienta-se a necessidade de mais estudos que incidam sobre esta temática em jovens.

Palavras-chave: diabetes; percepção do estado de saúde; adesão terapêutica; jovens diabéticos.

Abstract

Diabetes is a chronic disease increasingly common in our society, with the incidence in children and young people increased significantly. Besides all that, this is an illness that causes serious health complications and can even lead to death. In this sense the adherence to treatment for diabetes proves extremely important. In all, this treatment is of great complexity, involving many changes in the lifestyles of individuals.

In adolescents, the onset of diabetes is as a source of additional stress and may pledged adherence to treatment the same.

The main objective of this study is to analyze the relationship between the perception of the general state of health and adherence to the treatment for diabetes in youth, aiming to assess the levels of specific adhesion of the different dimensions of the therapeutic function of diabetes in some socio-demographic variables. For this study, we used the 36-item Short-form Health Survey Questionnaire and SDSCA - Summary of activities of self-care in diabetes, which were applied to 68 participants (31 males and 37 females), aged between 11 and 28 years.

The results indicated that in general the study participants revealed high levels of adherence to diabetes therapeutics, including drug therapeutic (administration of insulin), and the practice of physical exercise was the dimension where young people had worse levels of adherence. The results also allowed to observe a positive relationship between the perception that young people have about their general state of health and levels of adherence to therapeutic diabetes. Thus emphasizes the need for more studies that focus on this thematic in youth.

Key-words: diabetes; perception of health status; therapeutic adherence; young diabetics.

Agradecimentos

*“Não é por as coisas serem difíceis que nós não ousamos,
Mas é porque não ousamos que elas são difíceis” (Séneca).*

Na conclusão de mais uma etapa importante da minha vida quero demonstrar o meu sentimento de gratidão a todas as pessoas que estiveram ao meu lado nesta etapa e que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Assim quero deixar o primeiro e mais importante agradecimento aos meus pais que permitiram a realização deste sonho, nunca deixando de acreditar em mim e nos meus objetivos. São as pessoas mais importantes na minha vida, aqueles que me apoiam incondicionalmente e especialmente nesta fase desempenharam um papel muito importante, dando-me a força e o apoio para continuar. Pelo suporte proporcionado, pela amizade e pelo apoio incondicional quero deixar o meu maior agradecimento.

De seguida, quero agradecer às minhas irmãs e irmão, pelos bons conselhos, pelo apoio e pela amizade.

A todas as minhas amigas pela paciência, pela compreensão, pelos bons momentos que proporcionaram e por estarem sempre do meu lado. À Tânia e à Leticia, companheiras nesta etapa, pela amizade, pelo apoio, pelas conversas e por todos os bons momentos que proporcionaram ao longo deste tempo.

Quero dedicar um especial agradecimento à Milene, à Catarina, amigas fantásticas que tive a sorte de ter conhecido. Têm revelado ser umas excelentes amigas, e porque é em alturas que mais precisamos que vemos quem são as nossas verdadeiras amigas, hoje eu posso afirmar com toda a certeza que elas são sem dúvida as minhas duas verdadeiras amigas. Sem o apoio delas este trabalho não seria possível. Não irei jamais perder-me de vós, muito obrigado por tudo.

Ao Professor Doutor Henrique Pereira, por todo o conhecimento, ajuda, disponibilidade e acima de tudo muita paciência.

Por fim, mas não menos importante, quero também agradecer aquele que tem estado sempre do meu lado e me tem apoiado incondicionalmente, aquele que ouve os meus problemas e as minhas descargas emocionais, nunca me voltando as costas e dando-me sempre força para seguir em frente. Pelo marido fantástico que revelou ser nesta fase, pela sua paciência e compreensão nos meus momentos de desespero. Agradeço a ele todo o amor, todo o carinho, todo o apoio que me tem dado, obrigado Miguel!

Quero ainda agradecer a todos aqueles a quem não me referi mas que de alguma maneira contribuíram para a realização deste sonho e para aquilo que sou.

Índice

Dedicatória.....	V
Resumo	vii
Abstract.....	ix
Agradecimentos	xi
Lista de figuras	xv
Lista de tabelas	xvii
Lista de anexos	xix
Introdução	1
Parte I - Corpo teórico.....	3
Capítulo 1- A Diabetes.....	5
1.1. Classificação e diagnóstico.....	5
1.2. Tratamento da diabetes	7
1.2.1. Insulinoterapia.....	8
1.2.2. Alimentação	8
1.2.3. Exercício Físico.....	9
1.2.4. Monitorização da Glicose.....	9
1.3. Prevalência da diabetes	9
Capítulo 2 - A adolescência e a diabetes.....	11
2.1. A adolescência.....	11
2.2. O adolescente diabético – implicações psicológicas da diabetes nos jovens	12
Capítulo 3 - Adesão Terapêutica.....	15
3.1. Modelos e Teorias da Adesão Terapêutica	16
3.1.1. Modelo de Auto-regulação de Leventhal	16
3.1.2. Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley	16
3.2. Fatores associados à adesão	17
3.2.1. Características do sujeito	17
3.2.2. Características da Doença e Aspetos do Tratamento.....	18
3.2.3. Fatores Interpessoais.....	18
3.2.4. Contexto Social e Organizacional	19
Capítulo 4 - Importância da Psicologia da Saúde na diabetes	21
4.1. Modelos teóricos.....	22
4.1.1. Modelo de Crenças de Saúde	22
4.1.2. Teoria da Ação Racional.....	23
4.1.3. Teoria da Ação Planeada.....	24
4.1.4. Abordagem do Processo de Ação para a Saúde	25

4.2. Locus de Controlo de Saúde.....	25
4.3. Autoeficácia.....	26
4.4. Estratégias de <i>Coping</i>	27
4.5. Percepção de saúde.....	29
Parte II - Corpo empírico	31
Capítulo 5 - Metodologia.....	33
5.1 – Apresentação do Estudo	33
5.1.1 – Objetivos	34
5.1.2. – Variáveis.....	34
5.1.3. – Tipo de estudo	35
5.2 – Método.....	35
5.2.1 – Participantes.....	35
5.2.2 – Instrumentos	39
5.2.2.1 - Questionário sociodemográfico	39
5.2.2.2 – <i>36 Item Short-form Health Survey</i>	40
5.2.2.3 – SDSCA - Resumo de atividades de autocuidados na diabetes.....	40
5.2.2.4. Fiabilidade dos Instrumentos.....	41
5.2.3 – Procedimentos	42
Capítulo 6 - Resultados	45
Introdução	45
6.1. Resultados.....	45
Capítulo 7 - Discussão	59
7.1. Análise e discussão dos resultados.....	59
7.2. Limitações e propostas futuras	69
Capítulo 8 - Conclusão	71
Referências bibliográficas	73
Anexos	81
Anexo 1	83
Anexo 2	99

Lista de figuras

Figura 1. Modelo de adesão de Ley	17
Figura 2. Modelo biopsicossocial de saúde e doença	21
Figura 3. Princípios básicos do Modelo de crenças de saúde	23
Figura 4. Bases da Teoria do comportamento planeado	24

Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra em função da faixa etária	36
Tabela 2. Caracterização da amostra em função do grau de escolaridade	36
Tabela 3. Caracterização da amostra em função do estatuto socioeconómico	36
Tabela 4. Caracterização da amostra em função da representação acerca da origem da diabetes	38
Tabela 5. Caracterização da amostra em função da representação acerca das práticas de prevenção da diabetes	39
Tabela 6. Fiabilidade das dimensões do SDSCA	41
Tabela 7. Fiabilidade das dimensões do SF-36	42
Tabela 8. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da faixa etária	46
Tabela 9. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função do género	47
Tabela 10. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função do grau de escolaridade	47
Tabela 11. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função do estatuto socioeconómico	48
Tabela 12. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função das dificuldades sentidas com a alimentação	49
Tabela 13. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função das dificuldades sentidas com o exercício físico	49
Tabela 14. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função das dificuldades sentidas com a medicação	50
Tabela 15. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da ausência de dificuldades	51
Tabela 16. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da perceção de apoio por parte dos pais	51
Tabela 17. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da perceção de apoio por parte dos amigos	52

Tabela 18. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da percepção de apoio por parte do psicólogo	53
Tabela 19. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da percepção de apoio por parte dos irmãos	53
Tabela 20. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da percepção de apoio por parte dos professores	54
Tabela 21. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da percepção de apoio por parte do médico	54
Tabela 22. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da representação acerca da origem da diabetes	55
Tabela 23. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da representação acerca das práticas de prevenção da diabetes	56
Tabela 24. Análise correlacional entre as dimensões do SF-36 e as do SDSCA	57

Lista de anexos

Anexo 1. Questionário distribuído aos participantes	83
Anexo 2. Formulário de consentimento informado	99

Introdução

A diabetes é uma doença metabólica que se caracteriza essencialmente por hiperglicemia, isto é, por uma elevação dos níveis de glicose (açúcar) no sangue acima do normal, acompanhada também por alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, das proteínas e dos lípidos. Estas alterações surgem como resultado de uma produção insuficiente de insulina pelo pâncreas, da incapacidade da ação da insulina, ou ambas, que por sua vez conduz a um mau aproveitamento dos açúcares, das gorduras e das proteínas, principais fontes de energia do nosso organismo, dado que é a insulina que tem como função disponibilizar a glicose às células (Zagury, Zagury & Guidacci, 2000; cit. por Marcelino & Carvalho, 2005; Gallego, 2001; Silva, 2006; WHO, 1999; Kaufman, 1997).

O número de pessoas que sofre de diabetes tem vindo a aumentar ao longo dos anos, aumentando igualmente a taxa de mortalidade associada a esta doença. Deste modo, a diabetes constitui-se como um grave e crescente problema de saúde pública, não só pela sua elevada prevalência mas também, pelos seus elevados índices de morbilidade e mortalidade e ainda, pelas repercussões económicas e sociais que as complicações clínicas resultantes da doença podem provocar (Duarte, 2002; Fowler, 2007). Em Portugal a prevalência da diabetes no ano de 2010 era de 12,4% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos de idade, o que equivale a um total de cerca de 991 mil diabéticos (Boavida et al., 2012). A incidência da diabetes tipo 1 nas crianças e jovens portugueses tem vindo a aumentar significativamente nos últimos dez anos, sendo que no ano de 2010 foram diagnosticados 18 novos casos por cada 100000 jovens com idades entre os 0 e os 14 anos (idem).

A diabetes é uma das doenças crónicas mais frequente durante a adolescência, podendo influenciar de forma negativa os aspetos fundamentais desta fase (Grane, Wentzel-Larsen, Hanestad, Batsvick & Savick, 2003; Almeida, 2003). Neste sentido, implica mais alterações no estilo de vida do jovem, uma vez que este deve implementar uma rotina de cuidados rigorosos para o tratamento da diabetes (Damião, Dias & Fabri, 2010), o que pode colocar em causa a adesão a este mesmo regime de tratamento. O tratamento da diabetes, por sua vez, revela-se bastante complexo implicando uma série de mudanças nos estilos e hábitos de vida dos sujeitos, isto é, exige que o paciente adote comportamentos com algum grau de complexidade, que têm que ser integrados na sua rotina diária (Assunção, Santos & Costa, 2002; Cox & Gonder-Frederick, 1992), o que associado à cronicidade da doença pode contribuir para a baixa adesão a este mesmo regime (Cox & Gonder-Frederick, 1992).

Existem vários fatores que influenciam a adesão ao tratamento por parte dos pacientes, podendo salientar-se os fatores psicológicos e sociais como, as características da pessoa, as características da doença e dos aspetos do tratamento, os fatores interpessoais e ainda o contexto social e organizacional do paciente (Sousa, 2003).

Este trabalho tem como principal objetivo analisar a relação entre a perceção do estado de saúde e a adesão ao tratamento da diabetes nos jovens. Através de objetivos

específicos este estudo ainda pretende avaliar os níveis de adesão às diferentes dimensões da terapêutica da diabetes em função de algumas variáveis sociodemográficas.

A presente dissertação encontra-se organizada em duas partes, em que a primeira se refere à parte teórica, apresentando a bibliografia realizada. Esta parte encontra-se subdividida em 4 capítulos, em que o primeiro diz respeito à definição e caracterização da diabetes, bem como ao seu tratamento. O segundo capítulo, refere-se à caracterização do período da adolescência. Por sua vez, o terceiro capítulo aborda a temática da adesão terapêutica, bem como os modelos explicativos da adesão. Por fim, o quarto capítulo faz referência à psicologia da saúde e à sua importância na diabetes.

A segunda parte deste trabalho, diz respeito à parte empírica desenvolvida, na qual se procede à apresentação do estudo e à sua caracterização, definindo os objetivos, apresentando as variáveis em estudo, descrevendo os instrumentos utilizados, caracterizando os participantes e descrevendo os procedimentos utilizados para a realização do estudo. De seguida, são apresentados os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, apresentando também as limitações encontradas durante a realização deste trabalho e ainda as possíveis propostas para futuras investigações. Por último, são apresentadas as principais conclusões e resultados obtidos.

Parte I - Corpo teórico

Capítulo 1- A Diabetes

1.1. Classificação e diagnóstico

A diabetes é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, afetando um grande número de pessoas em todo o mundo, constituindo-se como um grave e crescente problema de saúde pública devido à sua cronicidade e morbilidade elevadas (Duarte, 2002; Fowler, 2007).

É uma doença metabólica que se caracteriza essencialmente por hiperglicemia, isto é, por uma elevação dos níveis de glicose (açúcar) no sangue acima do normal, acompanhada também por alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, das proteínas e dos lípidos. Estas alterações surgem como resultado de uma produção insuficiente de insulina pelo pâncreas, da incapacidade da ação da insulina, ou ambas, que por sua vez conduz a um mau aproveitamento dos açúcares, das gorduras e das proteínas, principais fontes de energia do nosso organismo, dado que é a insulina que tem como função disponibilizar a glicose às células. A hiperglicemia, característica principal da diabetes, pode conduzir à deterioração, disfunção e falência de vários órgãos como os olhos, os rins, o coração e dos sistemas circulatório e nervoso (Zagury, Zagury & Guidacci, 2000; cit. por Marcelino & Carvalho, 2005; Gallego, 2001; Silva, 2006; WHO, 1999; Kaufman, 1997).

Quanto à sua sintomatologia, a diabetes é caracterizada sobretudo por polidipsia (sede constante), poliúria, isto é, urinar frequentemente e em grande quantidade, perda de peso de forma abrupta, polifagia, ou seja, estar constantemente com fome sendo esta difícil de saciar, fadiga, dores generalizadas, formigueiros e dormências, cainbras e ainda visão enevoada (Duarte, 2002; WHO, 1999; Zagury, Zagury & Guidacci, 2000; cit. por Marcelino & Carvalho, 2005; Gallego, 2001; Leite, 2005). Estes sintomas surgem como consequências da deficiência de insulina, isto é, a carência de insulina leva a um aumento da glicose na corrente sanguínea ultrapassando consequentemente a capacidade funcional dos rins, o que por sua vez origina diurese abundante acompanhada de alterações eletrolíticas e ainda perda de fluídos e de calorías, emergindo assim a necessidade do sujeito aumentar a ingestão de líquidos e alimentos e continuar paralelamente a perder peso (Sperling, 1995; cit. por Almeida, 2003).

A diabetes apresenta ainda efeitos a longo prazo, sobretudo quando não existe um controlo adequado da doença, resultando assim em complicações crónicas. Este tipo de complicações surge principalmente ao nível macrovascular (lesões dos grandes vasos sanguíneos), microvascular (lesões dos pequenos vasos sanguíneos) e neurológico. Assim, ao nível macrovascular existe o risco de sofrer de doença cardíaca coronária e ainda hipertensão arterial, o que por sua vez, pode conduzir a um enfarte do miocárdio ou a um acidente vascular cerebral. Para além disso, existe ainda o risco de desenvolver o pé diabético (Alvarenga, 2005; WHO, 1999; APDP, 2001). As complicações que podem surgir ao nível

microvascular passam essencialmente por retinopatia com potencial perda de visão a ainda por nefropatia, podendo mesmo levar à falência renal (WHO, 1999; APDP, 2001; Fowler, 2008; Younis, Broadbent, Harding & Vora, 2002; Adler, Stevens, Mauley, Bilons, Cull & Holman, 2003; Ossman, 2006). Por último, ao nível neurológico existe o risco de surgir neuropatia do sistema periférico autónomo, como consequência de alterações nos nervos periféricos (Huizinga & Peltier, 2007). Para além das complicações referidas, as pessoas com diabetes correm ainda o risco de sofrerem de disfunções ao nível sexual e ficam também mais vulneráveis ao aparecimento de infeções de vários tipos (APDP, 2001; WHO, 1999).

A diabetes pode ser classificada em quatro categorias etiopatogénicas, a diabetes de tipo 1, a diabetes de tipo 2, a diabetes gestacional e ainda outros tipos específicos de diabetes (Gallego, 2001; Alcantara, Zanetti & Oliveira, 2008; ADA, 2002).

A diabetes de tipo 1 constitui-se como a forma mais grave da diabetes e manifesta-se frequentemente na infância e na adolescência. Caracteriza-se pela destruição das células pancreáticas produtoras de insulina, as células beta, e consequente ausência de produção de insulina. Esta destruição das células beta surge como consequência de uma alteração no sistema imunitário do doente, desencadeando uma reação autoimune com destruição das suas próprias células produtoras de insulina (Marcelino & Carvalho, 2005; Maia & Araújo, 2002; ADA, 2000; Duarte, 2002; Boavida et al., 2012). Este tipo de diabetes surge normalmente de forma repentina e dramática, manifestando-se através de sintomas como a poliúria, a polidipsia, polifagia, perda de peso de forma abrupta, cansaço ou falta de energia, feridas de cura morosa, infeções recorrentes e ainda visão turva (Boavida et al., 2012). Os doentes com este tipo de diabetes estão sujeitos a um tratamento obrigatório com insulina durante toda a vida, ou seja, estes doentes necessitam de injeções de insulina diariamente para controlar os seus níveis de glicose no sangue, de forma a compensar a insulina fisiológica que o pâncreas não produz e evitando assim os riscos de complicações crónicas ou a longo prazo (APDP, 2001; Boavida et al., 2012).

A diabetes de tipo 2 constitui-se como o tipo de diabetes mais frequente na população, representando cerca de 90% dos casos de diabetes, ocorrendo também com maior frequência em adultos. Caracteriza-se por insulinoresistência e por um défice de insulina, isto é, a diabetes tipo 2 ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou ainda quando há resistência por parte do organismo na utilização da mesma (Boavida et al., 2012; ADA, 2011; Lisboa & Duarte, 2002; APDP, 2001; ADA, 2000; ADA, 2002). O aparecimento deste tipo de diabetes está relacionado particularmente com uma predisposição genética, isto é, é frequente ocorrer em indivíduos que tem familiares próximos com a doença, e ainda com hábitos de vida pouco saudáveis dos quais se pode salientar o sedentarismo, uma alimentação inadequada e a obesidade, sendo esta última o principal fator de risco para o desenvolvimento da diabetes tipo 2. Para além destes, também a hipertensão, a hiperlipidémia, as doenças pancreáticas e as doenças endócrinas constituem-se como fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de diabetes (ADA, 2002; APDP, 2001; Nesto, 2008). Neste sentido, Persson e Hjalmarson (2006) e Sherman (2005) acrescentam ainda os

hábitos tabágicos também como o um fator de risco para o desenvolvimento da diabetes tipo 2. Este tipo de diabetes é frequentemente assintomático, ou seja, normalmente aparece de forma silenciosa não evidenciando quaisquer sinais ou sintomas, pelo que pode passar despercebida durante vários anos. Deste modo, é frequentemente diagnosticada através de análises de rotina ou através das manifestações de complicações associadas (Lisboa & Duarte, 2002; Boavida et al., 2012; ADA, 2002; APDP, 2001). As pessoas que sofrem deste tipo de diabetes não necessitam de insulina exógena para sobreviver, pelo que podem controlar a hiperglicemia através da administração de antidiabéticos orais associados a um padrão de alimentação saudável e à prática regular de exercício físico. No entanto, quando estes cuidados não se revelam suficientes torna-se necessário recorrer à administração de insulina com a finalidade de controlar a hiperglicemia (Boavida et al., 2012).

A diabetes gestacional constitui-se como um tipo de diabetes que ocorre em grávidas que não sofriam de qualquer tipo de diabetes antes de engravidar, desaparecendo normalmente após o parto (APDP, 2001; Setji, Brown & Feinglos, 2005; Boavida et al., 2012). Caracteriza-se principalmente por uma anormalidade no metabolismo da glicose que conduz a uma intolerância à glicose, podendo esta anormalidade estar relacionada com a obesidade e com a história familiar de diabetes, uma vez que estes constituem os principais fatores de risco no desenvolvimento deste tipo de diabetes (Queirós, Magalhães, Monteiro, Ferreira, Namora, Mesquita & Montenegro, 2007; cit. por Vazão, 2008). De acordo com Boavida e colaboradores (2012) as mulheres que sofreram deste tipo de diabetes apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de diabetes tipo 2 em anos subsequentes.

Para além dos tipos de diabetes expostos anteriormente ainda existem outros tipos específicos de diabetes que surgem como consequência de outras causas, nomeadamente deficiências genéticas no funcionamento das células pancreáticas produtoras de insulina, e doenças do pâncreas. Nestes tipos específicos de diabetes é de salientar a diabetes tipo MODY (Maturity-onset Diabetes of the Young) que ocorre normalmente em adultos jovens, adolescentes e crianças como consequência de uma alteração genética que por sua vez conduz a uma alteração da tolerância à glicose, sendo esta a principal característica deste tipo de diabetes (APDP, 2001).

1.2. Tratamento da diabetes

O tratamento da diabetes faz-se essencialmente ao nível da alimentação, do exercício físico e da medicação, estas três vertentes integram a tríada terapêutica na diabetes. Deste modo, o tratamento da diabetes exige o equilíbrio entre a alimentação, o exercício físico e a medicação uma vez que a instabilidade numa destas vertentes se reflete diretamente nas outras, dificultando assim a eficácia do tratamento, pelo que o indivíduo diabético deve ser educado ao nível destas três vertentes (APDP, 2001; Caldeira, 2002; Silva, 2006; Marcelino & Carvalho, 2005).

Para além dos cuidados atrás mencionados, o tratamento da diabetes exige também outro tipo de cuidados, nomeadamente o autocontrolo da glicémica, ou seja, a monitorização dos níveis de glicose no sangue, e ainda os cuidados com os pés, o que por sua vez implica uma higiene diária adequada e também uma observação diária no sentido de verificar e prevenir a existência de lesões (Silva, 2006; Marcelino & Carvalho, 2005; Gallego, 2005; Peeples, Koshinsky & McWilliams, 2007). Todos estes cuidados fazem com que o tratamento da diabetes seja bastante complexo e rigoroso, exigindo muita responsabilidade por parte do doente, pelo que a educação terapêutica se constitui como um método de grande importância no sentido de ajudar o indivíduo na adaptação à nova situação de doença e na sua capacitação para ser o principal responsável pelo tratamento da mesma (Silva, 2006; Marcelino & Carvalho, 2005; Heleno & Antónia, 2004; Emerson, 2006).

Embora possam salientar-se objetivos genéricos no tratamento da diabetes, a complexidade do tratamento depende sempre do tipo de diabetes e varia de doente para doente, pelo que o plano de tratamento para cada doente tem que ser forçosamente individualizado.

1.2.1. Insulinoterapia

A administração de insulina tem como principal finalidade compensar a insuficiente produção desta pelo pâncreas, no sentido de obter níveis de insulina o mais próximos possíveis dos níveis existentes no organismo saudável. Para tal, é frequente o recurso à combinação de diversos tipos de insulina que são administrados várias vezes ao longo do dia. A administração de insulina deve ser executada 30 minutos antes das refeições principais de forma a evitar a elevação rápida das glicémias e a hipoglicémia secundária (Almeida, 2003). Realiza-se normalmente através de uma injeção subcutânea, sendo que atualmente a grande maioria dos pacientes utiliza um dispositivo idêntico a uma caneta que tem uma carga de insulina para as diversas administrações, simplificando assim o cálculo da dose e reduzindo o desconforto provocado por este tipo de tratamento (Almeida, 2003).

No entanto, torna-se necessário ter alguns cuidados relativamente às doses de insulina a administrar, uma vez que a administração excessiva desta hormona pode originar hipoglicémia, situação clínica grave que pode por sua vez conduzir à perda de consciência, provocar convulsões e até mesmo a morte (Kaufman, 1997).

1.2.2. Alimentação

O planeamento alimentar constitui-se como um elemento fundamental do tratamento da diabetes, pelo que é aconselhável seguir um padrão alimentar adequado e estável, no qual as refeições devem ser feitas a horas estabelecidas e em sincronia com os tempos de ação da insulina administrada. Os sujeitos com diabetes devem ainda fazer a monitorização do nível

de glicémia no sentido de adaptar a quantidade e tipo de alimentos que vão ingerir, bem como as doses de insulina a administrar (Almeida, 2003).

De acordo com a ADA (2000) a ingestão calórica deve ser sempre de acordo com a massa corporal do doente, recomendando que do total de calorias ingeridas, cerca de 55% sejam hidratos de carbono, 30% sejam lípidos e 15% sejam proteínas. Neste sentido, é ainda aconselhável a ingestão de alimentos ricos em fibras nomeadamente vegetais, legumes, frutos, pão e massas integrais, uma vez que são vantajosos para o controlo glicémico devido ao facto de terem uma digestão mais morosa evitando assim as elevadas concentrações de glicose no sangue.

1.2.3. Exercício Físico

O exercício físico é fundamental no tratamento da diabetes, contribuindo para o equilíbrio metabólico da mesma, uma vez que fomenta a utilização da glicose que está em circulação ou que se encontra armazenada nos músculos e estimula os recetores de insulina, enquanto diminui a resistência à sua ação. Deste modo, a prática regular de exercício físico revela-se muito vantajosa uma vez que contribui para a diminuição dos valores da hemoglobina glicosídea, da hipertensão e da hiperglicemia, pelo que deve ser vista como um auxiliar importante na regulação metabólica (ADA, 2002).

1.2.4. Monitorização da Glicose

A monitorização da glicose permite ao sujeito diabético assumir diariamente a responsabilidade autónoma pela adequação das doses de insulina em função da alimentação, da atividade física e das rotinas quotidianas (ADA, 2000). Esta monitorização diz respeito à análise quotidiana dos níveis de glicémia sanguínea, que é executada através de recolha de uma gota de sangue. Deste modo, os doentes utilizam um dispositivo automático que efetua uma picada quase que indolor na extremidade de um dedo da mão, recolhendo uma gota de sangue para uma “tira teste” que posteriormente é analisada de forma numérica num dispositivo aferido, fornecendo assim os valores de glicose sanguínea. Nos doentes com diabetes de tipo 1 é aconselhável que façam a monitorização dos níveis de glicose sanguínea três a quatro vezes ao dia, geralmente antes e após as refeições (ADA, 2000).

1.3. Prevalência da diabetes

A diabetes é uma doença crónica típica dos países desenvolvidos e dos países em vias de desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2002).

O número de pessoas que sofre de diabetes tem vindo a aumentar ao longo dos anos, este aumento pode dever-se às alterações dos estilos de vida (Gallego, 2001), pois o número de pessoas que tem diabetes tem vindo a aumentar de forma paralela com o

desenvolvimento, com o envelhecimento e com o aumento da prevalência da obesidade e da inatividade física (Wild, Roglic & Green, 2004).

Em Portugal no ano de 2000 existiam cerca de 662000 pessoas com diabetes, e estima-se que em 2030 possam existir cerca de 882000 pessoas com esta doença, aumentando assim a sua prevalência em 33,2% (APDP, 2001). A Associação Protectora dos Diabéticos Portugueses, ainda estima que em 2025 possam existir 300 milhões de diabéticos em todo o mundo, sendo que apenas na Europa o número de pessoas com diabetes ronda os 30 milhões (APDP, 2001).

Em Portugal os números revelam-se similarmente preocupantes, as taxas de mortalidade devido à diabetes tem vindo a aumentar e colocam Portugal na liderança dos países da comunidade. Segundo Boavida e colaboradores (2012), a prevalência da diabetes no ano de 2010 era de 12,4% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos de idade, o que equivale a um total de cerca de 991 mil diabéticos. Registou-se ainda um maior número de casos diabéticos do sexo masculino (14,7%) comparativamente com o sexo feminino (10,2%) e constatou-se também que o maior número de diabéticos se encontra em pessoas com um nível educacional baixo, existindo assim uma relação entre o nível educacional e a prevalência da diabetes, sendo que quanto mais elevado for o nível educacional menor será a prevalência da diabetes (Boavida et al., 2012). Para além disso, aproximadamente 90% das pessoas com diabetes apresentam excesso de peso ou obesidade, sendo que uma pessoa obesa apresenta igualmente uma vulnerabilidade três vezes mais elevada ao desenvolvimento da diabetes do que uma pessoa sem excesso de peso (Boavida et al., 2012).

Relativamente à prevalência da diabetes tipo 1 nas crianças e jovens em Portugal, em 2010 este tipo de diabetes afetava mais de 2800 crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 19 anos, o que equivale a 0,1% da população portuguesa nesta faixa etária, evidenciando assim um ligeiro aumento nos últimos anos. A incidência da diabetes tipo 1 nas crianças e jovens portugueses tem vindo a aumentar significativamente nos últimos dez anos, sendo que no ano de 2010 foram diagnosticados 18 novos casos por cada 100000 jovens com idades entre os 0 e os 14 anos (Boavida et al., 2012).

A diabetes representa assim um papel significativo nas causas de morte em Portugal, tendo a sua relevância vindo a aumentar ao longo dos últimos anos. É possível constatar um aumento de novos casos de diabetes em Portugal, pelo que apenas no ano de 2010 foram diagnosticados 623 novos casos da diabetes por cada 100000 habitantes (idem).

Capítulo 2 - A adolescência e a diabetes

2.1. A adolescência

A palavra adolescência provém do latim “*adolescere*” que significa amadurecer (Muuss, 1976; cit. por Ferreira & Nelas, 2006) e corresponde ao período de crescimento que se situa entre a infância e a fase adulta.

A adolescência constitui-se como um período biopsicossocial marcado por grandes alterações a nível físico, psicológico e social, durante o qual ocorrem modificações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais. A percepção das modificações corporais por parte do adolescente suscita um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico e conseqüentemente complicações inerentes à dificuldade em compreender a crise de identidade (Ferreira & Nelas, 2006).

O início da adolescência é marcado essencialmente pela puberdade, em que o corpo sofre imensas transformações, das quais se destacam as transformações ao nível sexual, como o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, mas ocorrem também alterações ao nível hormonal o que por sua vez desencadeia alterações na massa gorda e nas proporções corporais do adolescente. Estas alterações no corpo do jovem despoletam duas tarefas desenvolvimentais muito importantes, por um lado a necessidade de reconstruir a imagem corporal sexuada e de assumir a identidade de género e por outro, o alcance progressivo da sexualidade genital adulta (Almeida, 2003).

No decorrer do período da adolescência verificam-se também alterações em termos de socialização que se caracterizam essencialmente por uma maior aproximação ao grupo de pares e um afastamento dos pais e dos valores familiares, isto é, o grupo de pares passa a ser o agente preferencial de socialização. Neste sentido, ocorre ainda uma autonomia progressiva da tutela parental dando lugar à autonomia individual no grupo de pares (Almeida, 2003).

Apesar de todas as modificações características do período da adolescência, a tarefa mais importante neste período é a construção da identidade pessoal. A identidade diz respeito à conceção de si mesmo e é constituída pelos valores, as crenças e os objetivos do indivíduo. Neste sentido, a construção da identidade consiste na definição de pessoa, dos seus valores de referência e das suas ambições (Ferreira & Nelas, 2006). Segundo Erickson (1987), a identidade é um constructo próprio que enfrenta na adolescência uma crise que apenas pode ser resolvida em novas identificações com os colegas da mesma faixa etária e com figuras líderes fora do seio familiar.

Em termos psicológicos, a adolescência é caracterizada como um período em que ocorre uma reestruturação da personalidade produzindo mudanças no comportamento e adaptação familiar e social do adolescente (Alcântara, Zanetti & Oliveira, 2008). Assim, a adolescência é uma fase de intenso trabalho psíquico no qual os indivíduos definem vários

aspectos pessoais, profissionais e sociais da sua identidade, podendo assim ser considerado um período crítico (Leonard, Jang, Savick & Plumbo, 2005).

2.2. O adolescente diabético - implicações psicológicas da diabetes nos jovens

A doença crónica caracteriza-se como uma patologia de longa duração, que compromete o funcionamento normal do individuo alterando o seu quotidiano por um período superior a três meses (Bizarro, 2001; Vieira & Lima, 2002).

Durante o período da adolescência, as doenças crónicas representam um factor adicional de *stress*, aumentando assim as tensões próprias desta fase (Leonard, Jang, Savick & Plumbo, 2005) uma vez que a doença crónica altera o quotidiano do adolescente o que por sua vez exige readaptações constantes por parte deste (Vieira & Lima, 2002).

A diabetes é uma das doenças crónicas mais frequente durante a adolescência, podendo influenciar de forma negativa os aspetos fundamentais desta fase (Grane, Wentzel-Larsen, Hanestad, Batsvick & Savick, 2003; Almeida, 2003). O facto de ser diferente numa altura em que ser igual ao grupo de pares é essencial, associado às alterações no quotidiano do adolescente e às exigências que o tratamento requer como, a necessidade de autocuidados constantes, de se sujeitar a procedimentos de controlo em lugares públicos e ainda o risco de ocorrerem episódios de hipoglicémia, pode originar no adolescente sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, influenciando a sua qualidade de vida e diminuindo a adesão ao tratamento, uma vez que estes evitam sentir-se diferentes dos pares (Grane, Wentzel-Larsen, Hanestad, Batsvick & Savick, 2003; Almeida, 2003; Guttman-Bauman, Flaherty, Strugger & Mc Evoy, 1998; Minanni, Ferreira, Sant'Anna & Coates, 2010). Carrol & Marrero (2006) referem ainda que o facto de os adolescentes diabéticos estarem sujeitos a preconceitos por parte dos colegas, namorados e outras pessoas influencia de forma negativa a sua autoestima.

A diabetes na adolescência influencia também a autonomia e independência do adolescente, que é uma das tarefas psíquicas essencial nesta fase. Normalmente os pais de adolescentes diabéticos tendem a ser mais hipervigilantes e a dar menos autonomia aos filhos, facto que compromete o desenvolvimento normal do adolescente e aumenta o seu nível de *stress* (Carrol & Marrero, 2006).

A Diabetes é suscetível de originar estados emocionais debilitantes, dor, ansiedade e ainda outras condições que influenciam negativamente a qualidade de vida dos doentes (Aguar & Fonte, 2007). Neste sentido, alguns autores como Delamater, Jacobson, Anderson, Cox, Fischer, Lustman, Rubin & Wysocki (2001), sugerem que os adolescentes com diabetes apresentam maior suscetibilidade para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos. Marcelino e Carvalho (2005) acrescentam ainda que a diabetes pode originar nos adolescentes sentimentos de inferioridade e de negação da doença, baixa autoestima, medo, revolta, raiva, ansiedade, regressões, sentimentos de desesperança, incapacidade de amar,

dificuldades de relacionamento, ideação suicida e depressão, sendo que a presença destes sentimentos depende sempre dos recursos internos e da personalidade de cada adolescente bem como, do apoio que tem por parte das pessoas significativas.

Capítulo 3 - Adesão Terapêutica

A problemática da adesão do doente ao tratamento da sua doença e aos cuidados que esta exige constitui um tema de crescente investigação na área da psicologia da saúde, uma vez que a não adesão aos tratamentos e recomendações no contexto da saúde é um problema cada vez mais frequente nas doenças crónicas (Myers & Midence, 1998; cit. por Almeida, 2003).

A adesão pode ser definida como uma opção do paciente para adotar e manter comportamentos que promovam a sua saúde (Schechter & Walker, 2002), este conceito atribui uma grande relevância ao papel do paciente na tomada de decisão e execução do tratamento. Neste sentido, a adesão é muito mais que meramente cumprir determinações dos profissionais de saúde, pelo que no processo de adesão os doentes possuem autonomia e capacidade para aceitar ou não os conselhos dos profissionais, bem como, para seguir os tratamentos recomendados (Luftey & Wisner, 1999).

A adesão no domínio da saúde compreende a adesão comportamental que reflete os comportamentos relativos à saúde, ou seja, a alteração de estilos de vida em prol da saúde e ainda a adesão médica que se relaciona essencialmente com a medicação, ou seja, a adesão ao tratamento medicamentoso (Dunbar-Jacob & Schlenk, 1996; cit. por Sousa, 2003).

Kristteller e Rodin (cit. por Ribeiro, 1998), sugeriram um modelo de desenvolvimento de adesão terapêutica que é constituído por três etapas. A primeira é a fase de concordância e diz respeito à aceitação do tratamento recomendado por parte do indivíduo, seguindo essas mesmas recomendações. A segunda etapa é a fase de adesão, constituindo-se como uma fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e os autocuidados. A terceira e última etapa é a fase de manutenção, que corresponde à integração plena do tratamento no estilo de vida do doente. No decorrer destas etapas, o paciente vai adquirindo o controlo e a autonomia que o permitem permanecer no terceiro estágio, o de manutenção. Segundo Silva e Ribeiro (2000), o tratamento da diabetes implica que o paciente passe por todas estas fases e permaneça na fase de manutenção.

A adesão quando referente ao tratamento da diabetes diz respeito à frequência com que o doente realiza o objetivo estabelecido durante o processo de educação terapêutica (Sprague, Shultz & Branen, 2006). Neste sentido, para gerirem a diabetes com êxito os pacientes têm que ser capazes de estabelecer objetivos e tomar decisões diariamente tendo em atenção os valores, os estilos de vida e ainda uma multiplicidade de fatores fisiológicos e psicológicos (Funnell & Anderson, 2004).

3.1. Modelos e Teorias da Adesão Terapêutica

3.1.1. Modelo de Auto-regulação de Leventhal

O Modelo de Auto-regulação de Leventhal enfatiza a importância das representações cognitivas que o sujeito possui acerca da doença no processo de adaptação psicológica do paciente a essa mesma doença (Sousa, 2003). Neste sentido, o doente é encarado como um agente ativo na resolução dos seus próprios problemas, reagindo à doença de acordo com a avaliação e interpretação que faz da mesma e adotando os comportamentos de saúde adequados com a finalidade de atingir o estado de saúde que deseja (Horne & Weinman, 1998; cit. por Sousa, 2003). Nesta perspectiva, Horne (1997; cit. por Sousa, 2003) considera que as crenças do paciente acerca do tratamento influenciam as decisões deste aderir ou não a este mesmo tratamento.

Este modelo é composto por três estádios de resposta à doença, o primeiro diz respeito à representação cognitiva da ameaça, o segundo é referente ao desenvolvimento e execução do plano de ação para lidar com a ameaça e por fim, o terceiro diz respeito à satisfação relativa aos resultados do plano de ação implementado. Estas três etapas decorrem de forma simultânea com um nível emocional e cognitivo, existindo assim uma interação entre a representação da doença, as estratégias de confronto e a satisfação (Horne & Weinman, 1998; cit. por Sousa, 2003).

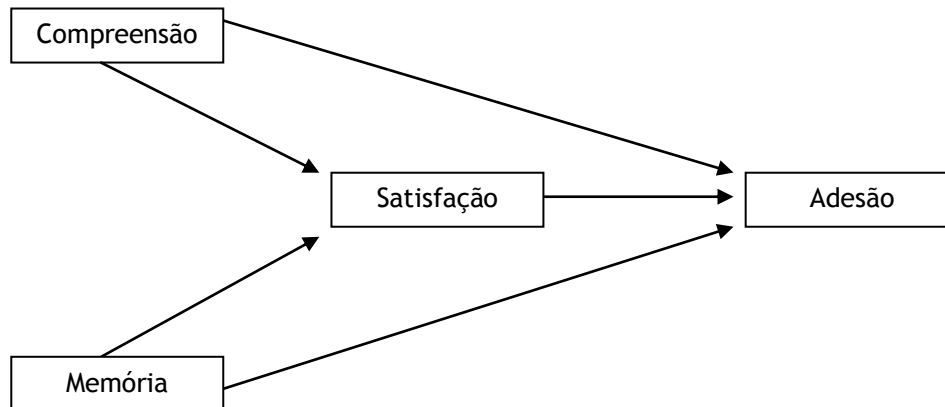
Autores como Horne e Weinman (1998; cit. por Sousa, 2003) consideram que este modelo é de grande utilidade para explicar os comportamentos de adesão ao tratamento da diabetes.

3.1.2. Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley

De acordo com o modelo da hipótese cognitiva da adesão de Ley (figura 1), a adesão à terapêutica pode ser prevista através da combinação do fator satisfação do paciente relativamente à consulta, com os fatores compreensão da informação transmitida na consulta e a memorização dessa mesma informação, isto é, a satisfação do doente com a consulta, nomeadamente se este compreendeu e memorizou as informações dadas pelos profissionais de saúde, são determinantes para predizer adesão à terapêutica (Ogden, 2004).

Nesta perspectiva, a satisfação com a consulta refere-se essencialmente a fatores afetivos como o apoio emocional e a compreensão dados ao doente, a fatores comportamentais como as prescrições e explicações apropriadas e ainda a fatores relacionados com as competências do profissional de saúde (Ogden, 2004). Para além disso, a ausência de compreensão das recomendações por parte do doente e a não memorização destas mesmas recomendações são ainda fatores que contribuem para a satisfação com a consulta, influenciando igualmente a adesão ao tratamento (idem).

Figura 1. Modelo de adesão de Ley (fonte: Ogden, 2004)



3.1.3. Modelo da Adesão

O modelo de adesão foi desenvolvido por Stanton e considera que uma comunicação adequada por parte dos profissionais de saúde com o doente proporciona um aumento dos seus conhecimentos, da satisfação e conseqüentemente da adesão ao tratamento aconselhado. Este modelo atribui uma grande importância aos fatores pessoais do doente, isto é, às crenças que este possui acerca da mudança do estilo de vida que a adesão à terapêutica implica, ao seu locus de controlo e ao apoio social sentido, valorizando igualmente a interação do doente com os profissionais de saúde. Em suma, este modelo considera que os profissionais de saúde devem ser objetivos nas recomendações que fornecem, não se deixando influenciar pelas próprias crenças sendo as suas opiniões completamente profissionais e que os doentes são encarados como aprendizes com perspetivas e crenças que necessitam de ser trabalhadas relativamente ao conteúdo da comunicação (Ogden, 2004).

3.2. Fatores associados à adesão

Existem vários fatores que influenciam a adesão ao tratamento por parte dos pacientes, podendo salientar-se os fatores psicológicos e sociais como, as características da pessoa, as características da doença e dos aspetos do tratamento, os fatores interpessoais e ainda o contexto social e organizacional do paciente (Sousa, 2003).

3.2.1. Características do sujeito

As características pessoais e sociais do indivíduo tem uma influência importante na adesão ao tratamento, no entanto, é igualmente importante perceber o papel das crenças de saúde na adesão à terapêutica, uma vez que as pessoas apresentam maiores níveis de adesão

ao tratamento quando têm um sentido de responsabilidade pela sua saúde, acreditando também que os comportamentos de adesão acarretam benefícios (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000). Assim, as crenças de saúde acerca da percepção dos sintomas, da vulnerabilidade e gravidade da doença, das suas consequências, benefícios e custos e ainda da autoeficácia têm uma grande influência na adesão à terapêutica (Figueiras, 1999; cit. por Sousa, 2003).

A adesão ao tratamento pode ainda ser influenciada por fatores cognitivos e emocionais (Sousa, 2003) e por fatores sociodemográficos como a idade, o género, o estado civil, o estatuto socioeconómico, entre outros. O conhecimento acerca da doença e as estratégias de *coping*, são ainda fatores de relevância na adesão ao tratamento (Horne, 2000; cit. por Sousa, 2003).

3.2.2. Características da Doença e Aspetos do Tratamento

As características da própria doença constituem-se como um aspeto importante na adesão terapêutica, sendo que a gravidade da doença e evidência dos sintomas são as características que tem uma maior influência neste sentido (Marks et al., 2000). Deste modo, quando os sintomas da doença se tornam evidentes e incómodos para o doente, este tende a aderir melhor ao tratamento, no sentido de diminuir ou eliminar esses sintomas (Sousa, 2003).

A percepção da gravidade da doença, bem como dos benefícios do tratamento são importantes preditores da adesão, assim, os pacientes que se sentem ameaçados pela gravidade da sua doença e que, para além disso creem nos benefícios que o tratamento pode trazer aderem com maior facilidade ao tratamento recomendado (Sarafino, 2002; cit. por Sousa, 2003).

A duração e complexidade do tratamento têm também influência na adesão terapêutica, pelo que quanto mais complexo for o tratamento menor será a adesão por parte do doente (Bennett, 2002), verificando-se o mesmo com as terapias de longa duração. Para além disso, quando o tratamento influencia claramente o quotidiano das pessoas a adesão tende igualmente a ser menor (Sousa, 2003).

3.2.3. Fatores Interpessoais

O tipo de comportamentos que os profissionais da saúde adotam para com os pacientes têm influência na adesão à terapêutica por parte destes mesmos doentes (Amaral, 1997). Neste sentido, o carácter da informação bem como, a adequação da mesma ao nível cognitivo, cultural e das crenças de saúde do doente constituem-se como aspetos de extrema relevância na adesão terapêutica (Trindade & Teixeira, 2000). A adesão ao tratamento pode ainda ser influenciada pelo modo como o profissional de saúde encara o paciente e pela interação que se estabelece entre ambos. Esta interação pode ser centrada no sujeito, tentando desenvolver uma relação positiva fundamentada na amizade e na empatia, ou pode

ser autoritária, sendo o profissional de saúde que mantém o controlo. Os doentes apresentam maior satisfação quando estabelecem uma relação centrada no sujeito, evidenciando consequentemente níveis de adesão mais elevados (Marks et al., 2000).

3.2.4. Contexto Social e Organizacional

Um dos fatores psicossociais que revela uma maior influência na adesão terapêutica é o apoio social (Bennett, 2002;), dado que o apoio social ajuda o doente a orientar o seu equilíbrio emocional mantendo assim o seu funcionamento em situação de crise (Navalhas, 1998). A família constitui-se assim como o elemento fundamental na promoção dos comportamentos de adesão, destacando-se neste contexto o companheiro do doente. Neste sentido, os homens que recebem apoio das esposas tendem a revelar maior adesão ao tratamento (Bennett, 2002; Marks et al., 2000).

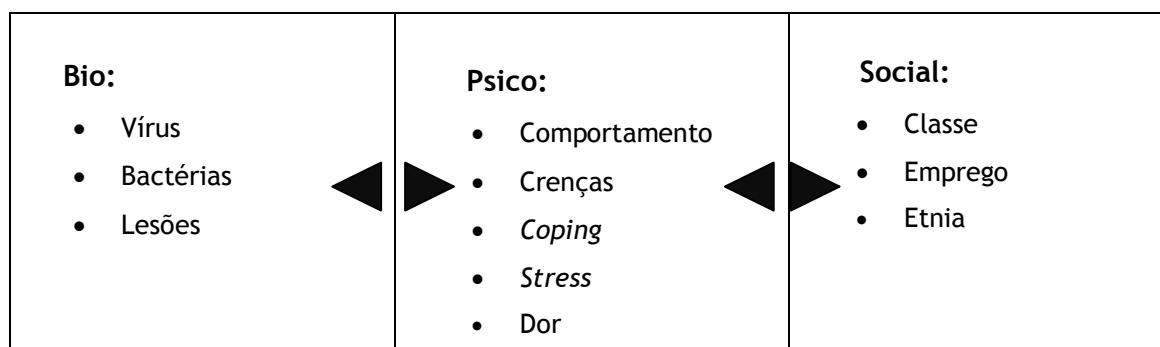
As pessoas que possuem uma ampla rede de relações interpessoais evidenciam maiores níveis de envolvimento nos seus regimes terapêuticos (Sousa, 2003).

Capítulo 4 - Importância da Psicologia da Saúde na diabetes

A Psicologia da Saúde constitui-se como uma área da psicologia que analisa os processos psicológicos e comportamentais na saúde, aplicando os conhecimentos e as práticas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde (Johnston & Kennedy, 1998; Marks, Muray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2000). Segundo Matarazzo (1982; cit. por Ribeiro, 1998) a psicologia da saúde visa a promoção e proteção da saúde, a prevenção e tratamento da doença e a identificação da etiologia e do diagnóstico referentes à saúde, à doença ou disfunções associadas, conjugando os conhecimentos oriundos das distintas áreas da psicologia, como a clínica, a comunitária, a social e ainda a psicobiologia.

Esta área da psicologia baseia-se no modelo biopsicossocial da saúde e doença ao considerar que a doença pode ser originada por uma combinação de agentes biológicos, psicológicos e sociais (figura 2). Os fatores biológicos compreendem a genética, as bactérias, os vírus e ainda os defeitos estruturais; os fatores psicológicos, por sua vez, envolvem as cognições (expectativas sobre a saúde), as emoções e os comportamentos e por último, os fatores sociais compreendem as normas sociais de comportamento, as tensões para a mudança de comportamentos e os valores sociais respeitantes à saúde. Nesta perspetiva os fatores psicológicos não são apenas possíveis consequências da doença mas também um contributo para a sua etiologia (Ogden, 2004).

Figura 2. O modelo biopsicossocial de saúde e doença (segundo Engel, 1977 e 1980; cit. por Ogden, 2004)



Os objetivos da psicologia da saúde passam por compreender como as pessoas ficam doentes, as suas percepções, condutas e experiências referentes à saúde e às consequências da doença (Bowling, 2002). Assim, a psicologia da saúde avalia a influência do comportamento no surgimento da doença, prognostica os comportamentos prejudiciais para a saúde, analisa o papel da psicologia na vivência da doença e também no tratamento da mesma e ainda promove comportamentos saudáveis no sentido de prevenir o aparecimento da doença

(Ogden, 2004). Em suma, a finalidade principal da psicologia da saúde, passa pela compreensão da forma como as intervenções de cariz psicológico podem contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Teixeira, 2004).

A aplicabilidade da psicologia da saúde passa essencialmente por três campos de ação, são eles, a gestão da doença crónica ou de longo tratamento, como a diabetes ou o cancro, o tratamento dos problemas psicofisiológicos e por último o cuidado com pacientes que sofrem de sintomas refratários com as morbilidades psicológicas ou doentes que devem ser submetidos a cirurgias ou outros procedimentos médicos stressantes (Nicassio, Meyerowitz & Kerns, 2004). Neste sentido, o psicólogo da saúde pode intervir no sentido de perceber melhor a influência da inter-relação entre o comportamento, o biológico e o meio no surgimento e desenvolvimento da doença crónica, bem como, na eficácia do tratamento da mesma, de analisar os processos que influenciam a motivação dos sujeitos para fazerem uso dos meios de deteção precoce e monitorização da doença crónica e por fim, no sentido de examinar a influência dos fatores psicossociais nos resultados do tratamento e na adesão terapêutica (McIntyre, 1997).

4.1. Modelos teóricos

No domínio da psicologia da saúde foram desenvolvidos diversos modelos teóricos com o intuito de explicar os comportamentos dos indivíduos relativamente à saúde, evidenciando que esta relação é influenciada por várias variáveis como, atributos psicológicos, estratégias de enfrentamento do *stress*, estratégias de *coping*, estados emocionais, crenças e atitudes, apoio social e normas subjetivas (Pitts & Phillips, 1998; cit. por António, 2011; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003; Trindade & Teixeira, 2000).

4.1.1. Modelo de Crenças de Saúde

O modelo de crenças de saúde (MCS) foi desenvolvido por Rosenstock em 1966 e avaliado por Becker e colaboradores na década de 70/80, constituindo-se como a primeira teoria desenvolvida para explicitar o comportamento da saúde e doença (Ogden, 2004; Ribeiro, 1998).

O termo crença é inerente à base teórica que sustenta o modelo de crenças de saúde, pelo que as crenças neste contexto podem ser definidas como conceções, convicções e atitudes relativas à saúde ou doença, adotadas pelos pacientes (Pedrosa, 1991).

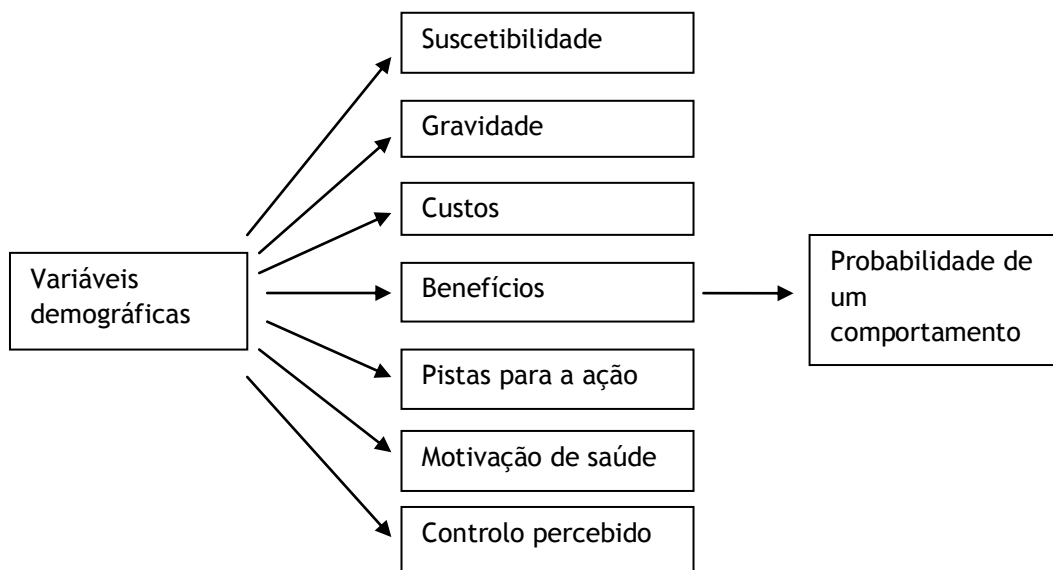
O modelo de crenças de saúde (figura 3) prediz que a conduta do indivíduo advém de um conjunto de crenças básicas, isto é, a motivação para o indivíduo adotar comportamentos de saúde é determinada por percepções individuais, nomeadamente, pela percepção de sofrer de uma doença específica (suscetibilidade) e pela percepção da gravidade dos efeitos dessa mesma doença, pelo que, perante tais percepções o sujeito avalia o seu procedimento em termos dos benefícios e dos custos envolvidos. Para tal, é essencial existir um estímulo

desencadeador (pistas para a ação) que leve o indivíduo a adotar o comportamento adequado, sendo que este estímulo pode ser interno, como um sintoma, ou externo, como um folheto de informação e educação para a saúde. Para além disso, é ainda essencial que o indivíduo se preocupe com as questões relativas à saúde (motivação para a saúde) e que possua expectativa de eficácia, isto é, convicção acerca da sua capacidade para executar a ação recomendada (controlo percebido) (Ribeiro, 1998; Ogden, 2004).

Segundo Becker e Rosenstock (1987; cit. por Ribeiro, 1998) os fatores que compõem o modelo de crenças de saúde passam pela existência de motivação para dar importância aos assuntos relacionados com a saúde e com a doença, pela crença de que cada é suscetível de sofrer de uma doença grave e ainda pela crença de que as modificações efetuadas no modo de vida serão benéficas para o próprio.

Este modelo parece funcionar melhor quando é utilizado como modelo para comportamentos preventivos (Horne & Weinman, 1998; cit. por Sousa, 2003).

Figura 3. Princípios básicos do modelo de crenças de saúde (fonte: Ogden, 2004)



4.1.2. Teoria da Ação Racional

A teoria da ação racional foi desenvolvida por Martin Fishbein em 1960 e constitui-se como o segundo modelo desenvolvido no domínio da prevenção das doenças (Ribeiro, 1998; Moutinho & Roazzi, 2010).

Esta teoria é constituída pelos seguintes elementos: comportamento (C), intenção de executar o comportamento (IC), atitude perante determinada ação (Aaç), crenças normativas (CN) e motivação para agir de acordo com as crenças (MC). Neste sentido, o comportamento de uma pessoa (C) advém da intenção dessa mesma pessoa para realizar esse comportamento, isto é, a intenção de executar um determinado comportamento constitui-se como o fator essencial para que ele seja executado, sendo que estas intenções provêm das atitudes da

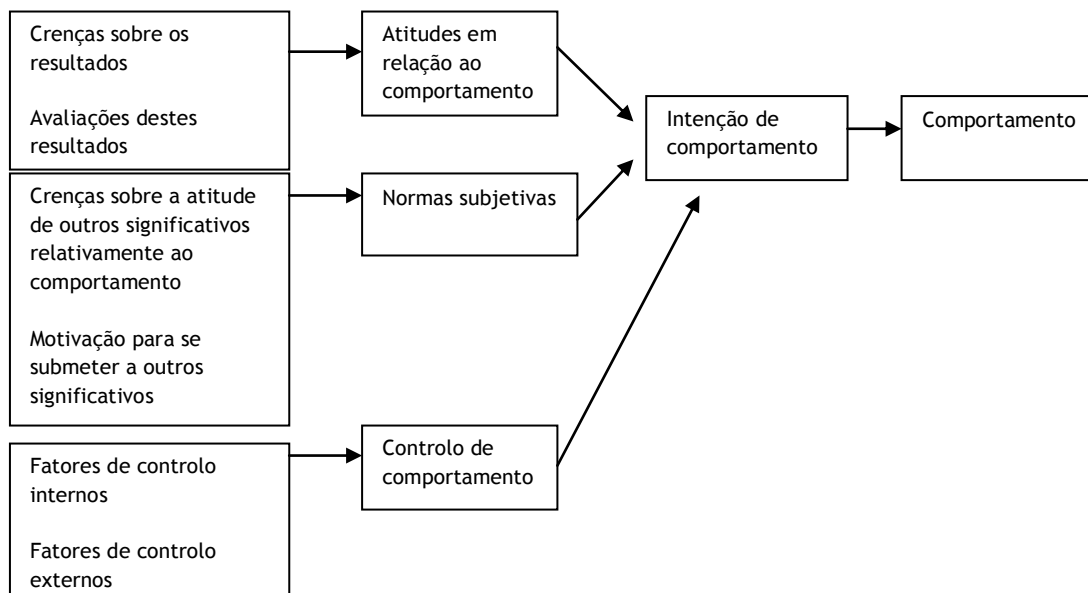
própria pessoa perante esse comportamento, das crenças normativas e ainda da motivação para efetuar essas expectativas (Bennett & Murphy, 1999).

4.1.3. Teoria da Ação Planeada

Esta teoria (figura 4) surge da necessidade de desenvolver melhor a teoria da ação racional, sendo adicionada a dimensão do controlo sobre o comportamento pretendido, ou seja, a capacidade percecionada pelo sujeito para executar um determinado comportamento (Bennett & Murphy, 1999). Deste modo, esta teoria defende que as intenções são vistas como planos de ação para alcançar objetivos comportamentais e resultam das seguintes crenças:

1. Atitudes relacionadas com os comportamentos e constituídas por avaliações positivas e negativas de um comportamento, bem como pelas crenças acerca do resultado desse mesmo comportamento;
2. Normas subjetivas, que são constituídas pela perceção das normas e pressões sociais acerca da realização de um comportamento e ainda pela avaliação da motivação do sujeito para se submeter a esta pressão;
3. Controlo comportamental percecionado, composto pela crença de que o sujeito consegue manter um dado comportamento baseando-se na ponderação dos fatores de controlo internos e externos (Ogden, 2004; Ribeiro, 1998).

Figura 4. Bases da teoria do comportamento planeado (fonte: Ogden, 2004)



4.1.4. Abordagem do Processo de Ação para a Saúde

A abordagem do processo de ação para a saúde foi desenvolvida por Schwarzer no ano de 1992, pela emergência da necessidade de incluir um fator temporal na compreensão das crenças e dos comportamentos de saúde (Ogden, 2004; Ribeiro, 1998).

Este modelo faz uma separação entre a fase motivacional e a fase de ação, acrescentando assim o fator temporal e processual a outros elementos já existentes noutros modelos na compreensão da relação entre as crenças e os comportamentos. Este elemento temporal decorre entre o momento em que o sujeito resolve alterar o comportamento (fase motivacional) e a execução do comportamento (fase de ação) (Ogden, 2004).

A fase motivacional é constituída pela autoeficácia, pelas expectativas relativamente aos resultados e pela avaliação da ameaça, que por sua vez é constituída por crenças acerca da gravidade de uma doença e pela percepção de vulnerabilidade, enquanto a fase de ação é composta por fatores cognitivos, situacionais e comportamentais. A integração de todos estes elementos determina até que ponto um dado comportamento é iniciado e suportado através dos procedimentos desta autorregulação (Ogden, 2004; Ribeiro, 1998).

4.2. Locus de Controlo de Saúde

O locus de controlo de saúde é um constructo que diz respeito à percepção do individuo acerca do controlo sobre a sua saúde (Sousa, 2003). Estas percepções constituem-se como um fator determinante das atitudes relacionadas com a saúde, permitindo assim procurar informações, efetuar escolhas, tomar decisões e promover comportamentos de saúde (Almeida, 2003).

Existem três dimensões do controlo capazes de influenciar o comportamento dos indivíduos são elas:

1. Locus de Controlo externo, no qual as pessoas atribuem a sua saúde ao acaso, à sorte, considerando que o seu estado de saúde não depende do seu próprio comportamento mas de regras exteriores a si mesmo.
2. Locus de controlo interno, no qual as pessoas com este tipo de controlo acreditam que a sua saúde é determinada pelos seus próprios comportamentos ou competências, isto é pelo seu próprio controlo.
3. Dimensão figuras de autoridade, as pessoas com este tipo de controlo consideram que o seu estado de saúde depende de terceiros, como profissionais de saúde ou outras pessoas (Bennett, 2002; Strickland, 1989; Rotter, 1990).

A ideia central deste modelo pressupõe que as pessoas com um maior sentido de controlo interno sobre a saúde (locus de controlo interno) apresentam maiores possibilidades de adotar comportamentos promotores da saúde, de manutenção do bem-estar, de prevenção

da doença e ainda do controlo da mesma, quando comparadas com aquelas pessoas que percecionam um locus de controlo externo (Almeida & Pereira, 2006; Bennett, 2002).

Alguns estudos afirmam não se poder estabelecer uma relação linear entre as expectativas de controlo interno e a adesão terapêutica. Neste sentido, investigações acerca das expectativas de controlo da diabetes demonstram que em dadas circunstâncias os doentes com locus de controlo interno, procuram mais informação, possuem mais conhecimentos acerca da doença e adotam mais comportamentos de adesão terapêutica conseguindo um melhor equilíbrio metabólico, no entanto isto nem sempre acontece, o que significa que a relação não é assim tão linear (Affleck, Tennen, Pfeiffer & Fifeild, 1987).

Strickland (1989) realizou uma análise da literatura acerca do locus de controlo, através da qual concluiu que nem sempre as pessoas com um locus de controlo interno são as que adotam mais comportamentos de adesão, em detrimento de utilizarem estratégias de confronto desajustadas, como negação e repressão, no tratamento da doença crónica. Por outro lado, este autor ainda concluiu que os doentes com um locus de controlo externo e com uma maior percepção de vulnerabilidade à doença tentam cumprir todas as orientações terapêuticas, adotando assim mais comportamentos de controlo da doença e aderindo melhor ao tratamento.

Edelstein e Linn (1987; cit. por Pereira & Almeida, 2006) afirmam que o locus de controlo se constitui como um fator de influência na adesão terapêutica e no controlo metabólico.

4.3. Autoeficácia

A autoeficácia refere-se à percepção de eficácia pessoal, isto é à percepção que o individuo possui de que pode mudar a sua realidade e lidar com as advertências (Almeida, 2003). Neste sentido, a teoria da autoeficácia considera que a adoção de um determinado comportamento por parte do sujeito é influenciada pelas suas crenças pessoais relativamente às suas capacidades para lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Lent & Maddux, 1997). Estas crenças de autoeficácia por sua vez, influenciam o grau de motivação do sujeito para alcançar determinado objetivo, sendo que quanto mais forte for a confiança do sujeito nas suas capacidades pessoais, maiores serão também os esforços que este aplica para conseguir atingir o objetivo. A percepção de autoeficácia está assim inserida no domínio do controlo pessoal das ações, referindo-se às expectativas que a pessoa tem acerca das suas competências para adotar o comportamento pretendido (Bandura, 1989).

Segundo Bandura (1989) existem quatro conjunturas que contribuem para o desenvolvimento da percepção de autoeficácia, são elas as experiências pessoais de prática eficaz, as experiências vicariantes, a persuasão social e as reações de *stress*. As experiências pessoais de prática eficaz referem-se às experiências de sucesso e são as mais influentes na formação do senso de eficácia. Por sua vez, as experiências vicariantes dizem respeito à observação do sucesso de outras pessoas, isto é, a observação da realização de outras pessoas

leva ao surgimento de percepções de ser igualmente capaz de realizar os mesmos comportamentos ou atingir os mesmos objetivos. A persuasão social diz respeito aos encorajamentos provenientes de outras pessoas significativas para o sujeito e têm um grande impacto no sujeito levando-o a confiar nas suas próprias potencialidades e a desenvolver esforços para conseguir alcançar os seus objetivos. Por último, as reações de *stress* são igualmente suscetíveis de influenciar a percepção de autoeficácia, uma vez que o desconforto originado pelas reações de *stress* pode ser percebido como uma evidência de vulnerabilidade e conseqüentemente influenciar de forma negativa a percepção de autoeficácia.

A autoeficácia é uma variável de grande influência na adoção de comportamentos relacionados com a saúde (Almeida, 2003). Assim, a percepção de autoeficácia relativamente à adesão terapêutica pode ser quanto ao resultado, ou seja, quanto à possibilidade de um determinado comportamento produzir o resultado pretendido, ou quanto à capacidade para executar um determinado comportamento (Horne & Weinman, 1998; cit. por Sousa, 2003). As percepções de autoeficácia quanto à capacidade dos sujeitos para desempenharem as ações aconselhadas revelam-se um fator determinante na adesão terapêutica (Almeida, 2003).

Alguns estudos acerca da influência da percepção de autoeficácia na diabetes tipo 1 evidenciam que quanto maior é a percepção de eficácia, melhor é também o controlo glicémico, diminuindo a percepção de barreiras à adesão, ou seja, melhor é a adesão ao tratamento (Howells, Wilson, Skinner, Newton, Morris & Greene, 2002). Nesta perspetiva, Grey, Boland, Yu, Sullivan-Bolyai & Tamborlance (1998) verificaram que os adolescentes com maior percepção de autoeficácia consideravam que as exigências para lidar com a doença eram menos perturbadoras do que os adolescentes com uma menor percepção de autoeficácia, apresentando assim uma maior adesão à terapêutica.

4.4. Estratégias de *Coping*

O termo *coping* diz respeito a ações ou estratégias comportamentais para lidar com situações de perigo ou com situações que se revelam ameaçadoras para o sujeito (Gimenes, 1997; cit. por Santos & Enumo, 2003; Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001), tendo como finalidade proteger a integridade física e psíquica deste perante este tipo de situações. Deste modo, as estratégias de *coping* visam prevenir ou controlar o *stress* emocional resultante de exigências internas ou externas que ultrapassam os recursos do individuo (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

O *coping* constitui-se assim como um fator estabilizador, ajudando os sujeitos a manter a adaptação psicológica durante períodos de grande *stress* (Lazarus & Folkman, 1984; cit. por Holahan & Moss, 1987). É um processo que implica a mediação cognitiva, que por sua vez exerce influência na percepção que o sujeito faz acerca de uma ameaça ao seu bem-estar

ou à sua integridade, influenciando ainda os recursos internos ou externos que este possui para lidar com as adversidades provenientes do contexto (Fleury, 2006).

As estratégias de *coping* desempenham um papel fundamental no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, nomeadamente quando este é confrontado com um acontecimento de vida negativo ou desencadeador de *stress* (Endler & Parter, 1990), podendo atenuar as condições ambientais adversas, aumentando assim as possibilidades de recuperação do indivíduo e facilitando a sua adaptação a este tipo de acontecimentos. Para além disso, as estratégias de *coping* ainda permitem ao sujeito a manutenção de uma autoimagem positiva perante as adversidades, contribuindo assim, para a manutenção do seu equilíbrio emocional (Gimenes, 1997; cit. por Santos & Enumo, 2003).

Existem duas estratégias de *coping* que se revestem de grande importância, nomeadamente, aquelas que se referem à ação direta sobre o sujeito ou sobre o seu contexto e que têm como finalidade lidar com o problema que origina mal-estar psicológico, são as chamadas estratégias de focalização no problema, e as que objetivam a regulação da resposta emocional, ou seja, as estratégias de focalização nas emoções (Antoniuzzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Neste sentido, as estratégias de focalização no problema, dizem respeito às capacidades cognitivas e comportamentais que o sujeito utiliza com a finalidade de modificar as circunstâncias negativas dos acontecimentos de vida, sendo que estas competências passam essencialmente por esforços para controlar as causas de *stress* e solucionar problemas, alterando as circunstâncias ambientais ou pessoais, pelo que, são utilizadas essencialmente em situações de ameaça. A regulação emocional, por sua vez, diz respeito aos esforços utilizados com o intuito de diminuir a ressonância emocional, mantendo assim um equilíbrio interno satisfatório para processar a informação e fomentar a ação (Lazarus & Folkman, 1984; cit. por Holahan & Moos, 1987).

As principais funções das estratégias de *coping* são assim, a modificação da situação adversa e da sua avaliação, permitindo um controlo emocional adequado perante esta mesma situação (Gimenes, 1997; cit. por Santos & Enumo, 2003).

No sentido de compreender a forma como os indivíduos lidam com o aparecimento de uma doença, Moos e Schaefer (1984; cit. por Ogden, 2004) descreveram três processos constituintes do processo de *coping* que é acionado quando o indivíduo é confrontado com uma situação de doença, nomeadamente os processos de avaliação cognitiva, de tarefas adaptativas e de competências de *coping*. Na fase de avaliação cognitiva, os sujeitos fazem uma avaliação acerca da gravidade e do significado da doença, pelo que fatores como informação, experiência prévia e apoio social são suscetíveis de influenciar este processo. Após esta fase, segue-se a fase de tarefas adaptativas que são utilizadas como parte do processo de *coping* e por último sucede-se a fase de competências de *coping* a utilizar para lidar com a doença, nomeadamente as estratégias de avaliação, que compreende as tentativas para entender a doença, as estratégias focalizadas no problema e as estratégias focalizadas nas emoções. Deste modo, as pessoas tentam lidar de forma adequada com a

situação de doença, através das fases de avaliação, do uso de tarefas adaptativas e da utilização das estratégias de *coping* (Ogden, 2004).

Relativamente às estratégias de *coping* na diabetes tipo 1, a educação é dirigida essencialmente para as estratégias com focalização no problema (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993). Este tipo de estratégias revelam-se fundamentais pelo facto de que as pessoas com diabetes necessitam de obter conhecimentos acerca da doença e do seu próprio organismo, necessitando também de desenvolver hábitos sociais que lhe permitam realizar atividades imprescindíveis ao tratamento em qualquer contexto (Fleury, 2006).

A utilização de estratégias de *coping* adequadas permite a adaptação necessária para o bem-estar dos pacientes com diabetes, pelo que estas estratégias são igualmente importantes para a adesão ao autocuidado desta doença (Fleury, 2006).

4.5. Perceção de saúde

O facto de o individuo se sentir doente corresponde a uma experiência pessoal idiossincrática e abrangente e não apenas ao conjunto de sinais e sintomas clinicamente reconhecíveis (Sousa, 2003). Nesta perspetiva o individuo é influenciado pelas suas cognições e emoções relacionadas com a saúde, que por sua vez influenciam a adoção de comportamentos de saúde (McIntyre, 1994; cit. por Sousa, 2003).

A perceção dos sintomas por parte do doente influencia a motivação deste e consequente adoção de comportamentos (Leventhal & Benyamini, 1997; cit. por Sousa, 2003). Assim, a representação dos sintomas constitui-se como um fator de grande influência na adesão ao tratamento da diabetes (Sousa, 2003; Petrie & Weinman, 1997; cit. por Sousa, 2003). Horne (1998; cit. por Vazão, 2008), ainda sugere que as representações acerca da doença influenciam a adoção de comportamentos de adesão, assim, doentes diabéticos que possuem melhor representação acerca da duração e consequências da doença apresentam uma melhor adesão ao tratamento.

Parte II - Corpo empírico

Capítulo 5 - Metodologia

Este capítulo refere-se à apresentação da metodologia utilizada no presente estudo. Deste modo, numa primeira fase será explicada qual a pertinência do estudo, seguindo-se a definição dos objetivos, bem como as variáveis definidas e o tipo de estudo. Seguidamente, serão descritos os participantes, os instrumentos utilizados e finalmente, proceder-se-á à descrição dos procedimentos utilizados.

5.1 - Apresentação do Estudo

O número de pessoas que sofre de diabetes tem vindo a aumentar ao longo dos anos, aumentando igualmente a taxa de mortalidade associada a esta doença. A incidência da diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens tem vindo também a aumentar significativamente. Deste modo, a diabetes constitui-se como um grave e crescente problema de saúde pública, não só pela sua elevada prevalência mas também, pelos seus elevados índices de morbilidade e mortalidade e ainda, pelas repercussões económicas e sociais que as complicações clínicas resultantes da doença podem provocar (Duarte, 2002; Fowler, 2007).

O tratamento da diabetes é bastante complexo implicando uma série de mudanças nos estilos e hábitos de vida dos sujeitos, isto é, exige que o paciente adote comportamentos com algum grau de complexidade, que têm que ser integrados na sua rotina diária (Assunção, Santos & Costa, 2002; Cox & Gonder-Frederick, 1992), o que associado à cronicidade da doença pode contribuir para a baixa adesão a este mesmo regime (Cox & Gonder-Frederick, 1992).

A diabetes na adolescência origina ainda mais problemas na vida do adolescente, sendo esta já uma fase caracterizada por diversas mudanças em termos biológicos, psicológico e social. Neste sentido, a diabetes implica mais alterações no estilo de vida do jovem, uma vez que este deve implementar uma rotina de cuidados rigorosos para o tratamento da diabetes (Damião, Dias & Fabri, 2010), o que pode colocar em causa a adesão a este mesmo regime de tratamento.

A promoção da adesão à terapêutica da diabetes em adolescentes deve ser realizada através da educação destes mesmos adolescentes para as alterações comportamentais necessárias à gestão adequada da diabetes, tendo sempre em atenção os fatores psicossociais capazes de influenciar este processo (Novato, 2009).

Assim, quando realizada a pesquisa bibliográfica acerca do tema em questão, foram poucos os estudos encontrados, que analisassem a influência da percepção do estado de saúde na adesão à terapêutica da diabetes na população jovem, facto que evidencia a necessidade e a pertinência da realização do presente estudo. Neste sentido, pretende-se com este estudo analisar a influência que a percepção acerca do estado de saúde pode ter na adesão à

terapêutica da diabetes em jovens, dado que a prevalência da diabetes neste tipo de população tem vindo a aumentar significativamente.

5.1.1 - Objetivos

A partir da revisão bibliográfica realizada, definiu-se como principal objetivo deste estudo, a relação entre a perceção do estado de saúde e a adesão ao tratamento da diabetes nos jovens. Deste modo, pretendeu-se verificar se uma melhor perceção de saúde leva ao aumento ou diminuição dos níveis de adesão aos tratamentos neste tipo de população.

De igual modo, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a relação entre a perceção do estado de saúde e os níveis de adesão ao tratamento;
2. Avaliar os níveis de adesão ao tratamento nos jovens diabéticos;
3. Identificar diferenças em função da idade, do género, do grau de escolaridade e do estatuto socioeconómico;
4. Avaliar a adesão terapêutica em função das dificuldades específicas sentidas com o tratamento;
5. Avaliar os níveis de adesão terapêutica em função da perceção de apoio de pessoas significativas;
6. Analisar a adesão terapêutica em função da representação que o jovem tem acerca da origem da doença e acerca das práticas de prevenção da mesma;

Dado que estamos perante um estudo de carácter exploratório, decidiu-se a não elaboração de hipóteses.

5.1.2. - Variáveis

Para a realização deste estudo torna-se necessário proceder à definição de variáveis. Neste sentido, definiram-se como variáveis independentes:

1. Perceção do estado de saúde;
2. Idade;
3. Género;
4. Grau de escolaridade;
5. Estatuto socioeconómico;
6. Dificuldades específicas sentidas com o tratamento;
7. Perceção de apoio por parte de pessoas significativas;
8. Representação acerca da origem da diabetes;

9. Representação acerca das práticas de prevenção da doença.

Por seu lado, definiu-se como variável dependente:

1. Adesão terapêutica;

5.1.3. - Tipo de estudo

O método delineado permite traçar um plano de investigação que servirá de linha orientadora para alcançar os objetivos propostos. Assim, a primeira etapa corresponde à formulação do objeto de estudo, sucedendo-se a tomada de decisões acerca dos procedimentos a adotar e por último quis os instrumentos a utilizar.

Deste modo, o presente estudo é de natureza transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num só momento. Tem um carácter quantitativo, dado que enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e a mensuração dos vários aspetos do comportamento humano, pelo que os dados são de natureza numérica. É ainda, um estudo descritivo, na medida em que se procede à recolha de dados que visam a descrição de uma amostra; e observacional, dado que as variáveis são estudadas mas manipuladas. Para além disso, possui ainda um carácter comparativo, uma vez que se procede à comparação entre grupos, e inferencial, pois através da análise das médias entre os grupos objetiva-se inferir considerações acerca dos objetivos. Por fim, este estudo é sustentado pela perspectiva ética e modelo nomotético de investigação, ao entender que a generalização e compreensão de padrões gerais de comportamento é, normalmente, o pretendível. No entanto, deve-se ter em consideração o carácter idiosincrático dos resultados obtidos.

5.2 - Método

5.2.1 - Participantes

A amostra diz respeito à população que se pretende estudar, isto é, refere-se à percentagem de indivíduos estudados numa dada população. Deste modo, selecionou-se para recolha da amostra e por conveniência, jovens portugueses com diabetes e com idades compreendidas entre os 11 e os 30 anos. Estamos assim perante uma amostra não probabilística, mais precisamente uma amostra por conveniência.

Neste estudo participaram 68 sujeitos, sendo que 31 deles são do sexo masculino (45,6%) e 37 são do sexo feminino (54,4%).

Quanto às idades dos participantes, verificou-se que a média é de 18,74 e o desvio padrão de 4,18. A mediana, por sua vez registou o valor de 18 anos e a moda é de 20. No que respeita aos valores mínimos e máximos, a idade mínima obtida foi 11 anos sendo que a máxima foi 28 anos. No sentido de uma melhor descrição dos participantes e posterior análise

Percepção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

dos resultados, a amostra foi dividida em dois grupos etários. Deste modo, foram incluídos no primeiro grupo os sujeitos com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos (adolescentes); e no segundo grupo os sujeitos com idades compreendidas entre os 19 e os 28 anos (Adultos jovens). A tabela que se segue indica os dados relativos à distribuição dos participantes pelos dois grupos etários constituídos (ver Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra em função da faixa etária

Faixa etária	Frequências	Percentagem
Adolescentes (11-18 anos)	35	51,5
Adultos jovens (19-28 anos)	33	48,5
Total	68	100

Relativamente ao grau de escolaridade, os resultados variaram entre o ensino básico, o ensino secundário e o ensino superior. Verificou-se também que todos os sujeitos que compõem a amostra possuem algum grau de ensino (ver Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra em função do grau de escolaridade

Grau de escolaridade	Frequências	Percentagem
Ensino Básico	28	41,2
Ensino Secundário	29	42,6
Ensino Superior	11	16,2
Total	68	100

Na tabela 3 são apresentados os dados relativos ao estatuto socioeconómico dos participantes do estudo, podendo verificar-se que a maioria dos adolescentes pertence ao estatuto socioeconómico médio (ver Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra em função do estatuto socioeconómico

Estatuto socioeconómico	Frequências	Percentagem
Médio-baixo	21	30,9
Médio	41	60,3
Médio-Alto	6	8,8
Total	68	100

No que concerne à prática de atividades extracurriculares, é possível verificar que 41 jovens (60,3%) não praticam qualquer tipo de atividade extracurricular e que apenas 27 dos participantes (39,3%) praticam atividades extracurriculares.

Relativamente ao tipo de diabetes, constata-se que a maioria dos participantes, 65 sujeitos (95,6%), sofre de diabetes tipo 1, pelo que apenas 3 dos participantes (4,4%) sofre de diabetes tipo 2.

A média de idade do diagnóstico da diabetes é de 13,24 e o desvio padrão 5,11, sendo que mediana registou o valor de 12,50 anos e a moda 11. Quanto aos valores mínimos e máximos, obteve-se como idade mínima do diagnóstico de diabetes 4 anos e máxima de 24 anos.

Os dados relativos à idade de início de tratamento foram semelhantes aos da idade de início do diagnóstico, sendo que a média de idade do início do tratamento da diabetes é de 13,21 e o desvio padrão 5,14. A mediana por sua vez, registou o valor de 12 anos e a moda 11. Quanto aos valores mínimos e máximos, obteve-se como idade mínima de início do tratamento 4 anos e máxima 24 anos.

Relativamente ao tratamento da diabetes, foi possível constatar que 65 dos jovens (95,6%) utiliza a insulina no tratamento da diabetes, sendo que apenas 2 (2,9%) faz o tratamento através de comprimidos e 1 deles (1,5%) apenas faz dieta.

No que respeita às dificuldades sentidas com o tratamento foi possível verificar que 40 dos jovens (58,8%) afirmam sentir dificuldades com a alimentação, ou seja, seguir o regime alimentar recomendado para a diabetes, contrariamente a 28 dos jovens (41,2%) que afirmam não sentir este tipo de dificuldade. Verificou-se ainda que apenas 17 dos jovens (25%) apresentam dificuldades na prática de exercício físico, pelo que a maioria, 51 dos participantes (75%) não apresenta este tipo de dificuldade. Nas dificuldades relacionadas com a medicação, a maioria dos participantes, 43 sujeitos (77,9%), afirma não sentir este tipo de dificuldades, sendo que apenas 25 dos participantes (36,8%) afirma sentir dificuldades relacionada com a medicação para a diabetes. Neste sentido a maioria dos participantes do estudo, 53 sujeitos (77,9%) afirmam sentir dificuldades com o tratamento da diabetes, pelo que apenas 15 dos participantes (22,1%) afirma não sentir quaisquer tipo de dificuldades relacionadas com o tratamento da diabetes. Para além disso, 2 dos sujeitos da amostra (3%) afirma sentir outro tipo de dificuldades com o tratamento da diabetes que não estava especificada no questionário, nomeadamente com o controlo glicémico (medição dos níveis de glicémia).

Quanto à percepção que os jovens têm acerca de apoio por parte de pessoas significativas, verificou-se que 62 dos participantes (91,2), ou seja, a maioria percebem qualquer tipo de apoio por parte dos pais, contrariamente a 6 dos sujeitos (8,8%) que não se sentem apoiados pelos pais. O apoio por parte dos amigos é percebido por 36 dos participantes (52,9%), sendo que 32 sujeitos (47,1) não percebem qualquer tipo de apoio por parte dos amigos. Relativamente ao apoio dado pelo psicólogo, apenas 18 sujeitos (26,5%) afirmam sentir esse tipo de apoio, sendo que a maioria dos indivíduos, 50 participantes

Percepção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes Universidade da Beira Interior

(73,5%), não percebe apoio por parte deste profissional de saúde. Quando se trata do apoio por parte do médico já não acontece o mesmo, sendo que a maioria dos jovens, 49 participantes (72,1%) percebe este tipo de apoio e apenas 19 jovens (27,9%) não se sentem apoiados por este profissional de saúde. No que diz respeito, ao apoio dado pelos irmãos, 30 dos participantes (44,1) afirmam ter este tipo de apoio, ao contrário de 38 jovens (55,9%) que afirmam não ter este tipo de apoio. Verificou-se ainda que apenas 14 dos participantes (20,6%) percebem qualquer tipo de apoio por parte dos professores, sendo que 54 destes jovens (79,4%), ou seja, a maioria, não tem percepção deste tipo de apoio. Por fim, no que respeita ao apoio por parte de outros familiares não especificados, apenas 22 dos inquiridos (32,4%) tem a percepção deste tipo de apoio, pelo que 46 dos jovens (67,6%) não se sentem apoiados por outros familiares. Foi possível constatar que todos os jovens que constituem a amostra do estudo tem a percepção de qualquer tipo de apoio por parte de pessoas significativas, não havendo assim nenhum participante que não perceba qualquer tipo de apoio.

No que concerne à representação acerca da origem da diabetes, as respostas dos sujeitos variaram entre a hereditariedade, a obesidade, o facto de não comerem bem e comerem muitas gorduras e ainda outras causas (alterações genéticas), sendo que a maioria considera que na origem da diabetes está a hereditariedade (ver Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da amostra em função da representação acerca da origem da diabetes

Origem da diabetes	Frequências	Percentagem
Hereditariedade	38	55,9
Obesidade	4	5,9
Não comer bem	4	5,9
Comer muitas gorduras	2	2,9
Outras causas	20	29,4
Total	68	100

A tabela 5 apresenta os dados relativos à representação acerca das práticas de prevenção da diabetes dos sujeitos em estudo (ver Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização da amostra em função da representação acerca das práticas de prevenção da diabetes

Práticas de prevenção da diabetes	Frequências	Porcentagem
Bons hábitos alimentares	37	54,4
Praticar atividade física	10	14,7
Controlar o peso	7	10,3
Nenhuma	14	20,6
Total	68	100

5.2.2 - Instrumentos

A recolha dos dados foi efetuada através da utilização de um questionário sociodemográfico, ao qual se adicionaram questões relativas à doença diabetes. Foi também utilizado o 36 - Item Short-form Health Survey validado para a população brasileira e ainda o Questionário SDSCA - Resumo de atividades de autocuidados na diabetes.

Seguidamente serão apresentados de forma mais detalhada todos os instrumentos utilizados, descrevendo-se as suas características psicométricas.

5.2.2.1 - Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico construído é constituído por uma parte introdutória que visa a caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo. Esta primeira parte teve como objetivo recolher informações essenciais para a realização do estudo, como a idade, o sexo, o grau de escolaridade, o estatuto socioeconómico e a prática de atividades extracurriculares.

A segunda parte deste questionário é composta por questões relativas à doença e inclui questões como, o tipo de diabetes, a idade do diagnóstico da diabetes, o tipo de tratamento, a idade de início do tratamento da diabetes, as dificuldades específicas sentidas com o tratamento e o apoio por parte de pessoas significativas.

Por fim, a terceira parte deste questionário é composta por questões relacionadas com a representação da doença, nomeadamente a representação acerca da origem da diabetes e acerca das práticas de prevenção eficazes da doença. Para tal foram formuladas duas questões em que os sujeitos eram solicitados a responder acerca dos fatores que consideram estar na origem da diabetes e que consideram importantes para prevenir a diabetes.

5.2.2.2 - 36 Item Short-form Health Survey

O 36 Item Short-form Health Survey (SF-36) é um instrumento de fácil administração e compreensão, que permite a avaliação genérica da qualidade de vida (Ware & Sherbourne, 1992).

Trata-se de um instrumento constituído por 36 itens agrupados em 8 dimensões: capacidade funcional (limitações nas atividades habituais devido aos problemas de saúde), aspetos físicos (limitações nas atividades físicas devido aos problemas de saúde), dor (dor a nível corporal), estado geral da saúde (perceção que o sujeito tem sobre a sua saúde a nível geral), vitalidade (energia e fadiga), aspetos sociais (limitações nas atividades habituais devido aos problemas físicos ou emocionais), aspetos emocionais (limitações nas atividades habituais devido a problemas emocionais) e saúde mental (sofrimento psicológico e bem-estar) (Ware & Sherbourne, 1992). A pontuação final das dimensões é obtida a partir da soma dos itens correspondentes e da transformação para percentagem, no qual 0% corresponde a pior estado geral da saúde e 100% a melhor estado de saúde (Ware & Sherbourne, 1992).

Quanto às características psicométricas, um estudo de validação para a população britânica obteve valores de consistência interna ótimos ($\alpha > 0,90$) para todas as dimensões, com exceção das dimensões aspetos sociais que obteve um valor considerado como aceitável ($\alpha = 0,73$) e dor, que apresenta um valor revelador de uma boa consistência interna ($\alpha = 0,85$) (Brazier, Harper, Jones, O' Cathain, Thomas, Usherwood & Westlake, 1992).

5.2.2.3 - SDSCA - Resumo de atividades de autocuidados na diabetes

O Resumo de atividades de autocuidados na diabetes (SDSCA) foi construído com o objetivo de avaliar, de forma sumariada, a aderência às atividades de autocuidado no doente diabético (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000), sendo o instrumento mais utilizado na investigação sobre a temática (Gonzalez, Delahanty, Safren, Meigs & Grant, 2008).

Na sua forma original, o SDSCA avalia cinco aspetos do autocuidado, sendo eles: dieta geral, dieta específica, atividade física, tratamento medicamentoso e controlo glicémico. Todavia, estudos mais recentes incluíram dois aspetos que correspondem ao cuidado com os pés e aos hábitos tabágicos (Toobert et al., 2000). No total, a escala é composta por 19 itens, sendo parametrizada em dias por semana, onde os participantes indicam a frequência semanal das várias atividades (Bastos, Severo & Lopes, 2007; Toobert et al., 2000). Desta forma, a pontuação varia de 0 a 7 para cada item, tendo em conta a frequência semanal indicada. De igual modo, a pontuação por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que constituem a dimensão (Bastos et al., 2007). Os itens são agrupados em seis dimensões, sendo elas: o regime alimentar, exercício físico, cuidado com os pés, controlo de glicémico, tratamento medicamentoso e hábitos tabágicos (Bastos et al., 2007). Estas

dimensões representam as atividades distintas do tratamento da diabetes, que podem ser realizadas de forma independente pelos doentes (Toobert et al., 2000).

No que respeita às características psicométricas do questionário, estas foram concretizadas pela medida de α de Cronbach calculada para cada dimensão e pela correlação inter-item. Tendo em consideração os resultados obtidos na adaptação para a população portuguesa, para a dimensão regime alimentar, o α de Cronbach obtido foi de 0,81, o que revela uma boa consistência interna, e uma correlação inter-item de 0,68. A dimensão atividade física apresenta uma menor consistência interna, onde o $\alpha = 0,63$ e uma correlação inter-item de 0,47. Quanto à dimensão cuidados com os pés, esta obteve um α de Cronbach de 0,57. No que respeita às outras dimensões do SDSCA, estas são constituídas por apenas um item, o que impossibilita a avaliação de qualquer das propriedades psicométricas referidas (Bastos et al., 2007).

5.2.2.4. Fiabilidade dos Instrumentos

Com o objetivo de avaliar a fiabilidade dos instrumentos utilizados, valeu-se da medida do Coeficiente de Alpha (α de Cronbach).

Relativamente ao SDSCA verificou-se uma boa consistência interna para todas as dimensões avaliadas (ver Tabela 6). Todavia para as dimensões hábitos tabágicos, controlo glicémico e administração de insulina, a medida α de Cronbach não permite a avaliação da consistência, uma vez que estas dimensões são avaliadas apenas através de um item.

Tabela 6. Fiabilidade das dimensões do SDSCA

Dimensão	α de Cronbach
Regime Alimentar	0,74
Exercício Físico	0,87
Cuidados com os pés	0,77

No que concerne ao coeficiente de fiabilidade obtido para as dimensões do SF-36, verificou-se uma boa consistência interna para a maioria das dimensões, com exceção da dimensão Aspectos Sociais e Saúde Mental (ver Tabela 7).

Tabela 7. Fiabilidade das dimensões do SF-36

Dimensão	α de Cronbach
Capacidade Funcional	0,87
Aspetos Físicos	0,77
Dor	0,78
Estado Geral da Saúde	0,81
Vitalidade	0,79
Aspetos Sociais	0,68
Aspetos Emocionais	0,78
Saúde Mental	0,42

5.2.3 - Procedimentos

Após a definição da temática em estudo, a partir de uma pesquisa da literatura, procedeu-se à delimitação da amostra, à definição dos critérios de inclusão e exclusão e à escolha dos instrumentos.

Dada a impossibilidade de se utilizarem escalas validadas para a população portuguesa relativamente à perceção do estado geral de saúde, foi elaborada uma adaptação semântica para a língua portuguesa da versão brasileira do 36 - Item Short-form Health Survey.

Após escolhidos os instrumentos de avaliação necessários, procedeu-se à elaboração do questionário sociodemográfico e construção do questionário (ver Anexo 1), posteriormente foi realizado um pré-teste com 10 sujeitos (5 de sexo feminino e 5 do sexo masculino) com o objetivo de verificar a existência de possíveis falhas, ambiguidades ou ainda questões incorretas. De forma paralela a este processo, foi efetuado um primeiro contacto com um Centro hospitalar, que não quer ver o seu nome mencionado na investigação, e com a Associação de jovens Diabéticos de Portugal, com a finalidade de obter autorização por parte do hospital para a recolha dos dados, e da contribuição da AJDP para a recolha dos mesmos. Seguidamente, procedeu-se à entrega dos mesmos no hospital e à sua disponibilização *online*, para os jovens que pertencem à associação efetuarem o preenchimento dos mesmos.

Deste modo, o preenchimento dos questionários pôde ser efetuado através da sua disponibilização *online*, sendo que a AJDP enviou um *e-mail* para os seus associados a solicitar o preenchimento dos mesmos, ou em formato impresso. Ambas as formas de recolha obedeceram às questões do anonimato e confidencialidade, explicando os objetivos do estudo e esclarecendo algumas dúvidas. Os questionários recolhidos no Centro Hospitalar foram entregues conjuntamente com o formulário de consentimento informado (ver Anexo 2) e o seu retorno realizado através de recurso a um envelope selado. Os questionários *online*

apresentavam igualmente, o formulário de consentimento informado no início. Além disto, garantiu-se aos jovens a utilização dos dados apenas para fins de investigação.

Posto isto, foram recolhidos 75 questionários, tendo sido eliminados 7 devido ao preenchimento incorreto dos mesmos.

Capítulo 6 - Resultados

Introdução

Com o intuito de analisar estatisticamente os dados, utilizou-se a versão 19.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

A primeira etapa do processo de análise dos dados recolhidos consistiu em verificar a existência de possíveis erros, como valores em falta ou que caíam fora do intervalo de valores possíveis, procedendo-se à sua correção.

Em primeiro lugar analisou-se os dados a partir da metodologia descritiva, através de frequências, médias, desvios-padrão e número mínimo e máximo.

Numa segunda fase, procedeu-se à análise da normalidade e da homogeneidade das variáveis. Tendo em conta o Teorema do Limite Central, a distribuição da média amostral tende para a normalidade à medida que aumenta a dimensão da amostra, assumindo-se assim a normalidade da mesma. Por sua vez, a análise da homogeneidade das variâncias, pretende verificar se as variâncias de cada grupo são iguais entre si (Maroco, 2010). Desta forma, verificou-se que na maior parte dos casos não foram assegurados estes dois pressupostos, pelo que se utilizaram os testes não paramétricos Mann-Whitney (comparação de dois grupos) e Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos). Para além disso, foram utilizadas correlações de *Pearson*, para determinar o grau de associação entre as variáveis.

6.1. Resultados

Primeiramente procedeu-se à análise de frequências referentes às dimensões do questionário SDSCA na amostra em estudo, tendo em consideração níveis baixos de ou níveis elevados de adesão à terapêutica da diabetes. Neste sentido, verifica-se que relativamente à adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes, 17 (25%) dos inquiridos revelam níveis baixos de adesão terapêutica comparativamente a 51 (75%) que revelam níveis elevados de adesão. Quanto à adesão ao exercício físico, 40 (58,8%) apresentam níveis inferiores de adesão a esta prática, contrariamente a 28 (41,2%) que apresentam níveis mais elevados de adesão à mesma. No que respeita aos cuidados com os pés, 31 (45,6%) dos participantes demonstram baixa adesão a este tipo de cuidados e 37 (54,4%) revelam níveis elevados de adesão. No que se refere à adesão ao controlo glicémico, verifica-se que a maior parte dos inquiridos 55 (80,9%), apresentam níveis elevados de adesão a esta prática ao contrário dos restantes 13 (19,1%) que revelam baixa adesão. Quanto aos hábitos tabágicos, os resultados indicam que 56 (82,4%) participantes da amostra não possuem tal hábito revelando desta forma níveis mais elevados de adesão terapêutica, contrariamente a 12 (17,6%) que fumam, apresentando assim baixa adesão. Por fim, no que concerne à adesão ao tratamento

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

medicamentoso (insulina) praticamente toda a amostra 65 (95,6%) revela uma boa adesão a esta terapêutica, sendo que apenas 3 (4,4%) apresenta baixa adesão.

Seguidamente procedeu-se a análise comparativa entre os grupos. Quanto à comparação entre os níveis de adesão terapêutica das diferentes dimensões e a variável idade, verifica-se, através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, que não existem diferenças estatisticamente significativas em cinco destas dimensões. Apenas na dimensão que diz respeito aos hábitos tabágicos, pode verificar-se que são os adolescentes que fumam menos, revelando assim níveis mais elevados de adesão terapêutica comparativamente aos adultos jovens, sendo tal diferença estatisticamente significativa ($U = 469$; $W = 1030$; $p = 0,05$) (ver Tabela 8).

Tabela 8. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da Faixa Etária

	Faixa etária e Adesão Terapêutica				Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
	Adolescentes Média	Adultos jovens Média	U	W	
Regime Alimentar	35,23	33,73	552	1113	0,68
Exercício Físico	32,16	36,98	495	1125	0,24
Controlo Glicémico	34,20	34,82	567	1197	0,85
Cuidados com os pés	33,49	35,58	542	1172	0,61
Hábitos Tabágicos	37,59	31,23	469	1030	0,05*
Tratamento medicamentoso (insulina)	36,00	32,91	525	1086	0,07

* $p \leq 0,05$

No que concerne à comparação entre os níveis de adesão terapêutica das diferentes dimensões e a variável género, não se verificaram, recorrendo-se ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney, diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das dimensões (ver Tabela 9).

Tabela 9. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função do Género

	Género e Adesão Terapêutica				Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
	Masculino Média	Feminino Média	U	W	
Regime Alimentar	33,13	35,65	531	1027	0,49
Exercício Físico	34,76	34,28	565	1268	0,90
Controlo Glicémico	33,32	35,49	537	1033	0,51
Cuidados com os pés	37,94	31,62	467	1170	0,13
Hábitos Tabágicos	32,82	35,91	521	1017	0,33
Tratamento medicamentoso (insulina)	36,00	33,24	527	1230	0,11

No que respeita aos dados relativos ao grau de escolaridade verifica-se, através do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, diferenças estatisticamente significativas na dimensão hábitos tabágicos. Desta forma, são os sujeitos que frequentam o ensino básico¹ os que fumam menos, revelando por sua vez uma melhor adesão à terapêutica, seguindo-se os alunos que frequentam o ensino superior, sendo que são os alunos do ensino secundário que apresentam níveis mais baixo de adesão, ou seja, que fumam mais [$X^2_{KW} (2) = 2,01; p = 0,05$]. Nas restantes dimensões as diferenças encontradas não revelaram ser estatisticamente significativas (ver Tabela 10).

Tabela 10. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função do grau de escolaridade

	Grau de escolaridade e Adesão Terapêutica			Teste de Kruskal-Wallis <i>p-value</i>
	Ensino Básico Média	Ensino Secundário Média	Ensino Superior Média	
Regime Alimentar	34,50	32,45	39,91	0,37
Exercício Físico	31,43	34,57	42,14	0,20
Controlo Glicémico	32,50	36,31	34,82	0,56
Cuidados com os pés	34,21	34,76	34,55	0,99
Hábitos Tabágicos	38,07	29,95	37,41	0,05*
Tratamento medicamentoso (insulina)	36,00	33,66	32,91	0,32

* $p \leq 0,05$

¹ Todos os sujeitos apresentam algum grau de ensino.

Aquando da comparação entre os níveis de adesão terapêutica das diferentes dimensões e a variável estatuto socioeconómico, constatou-se, através do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, diferenças estatisticamente significativas na dimensão regime alimentar. Neste sentido, os resultados indicam que os sujeitos que pertencem ao estatuto socioeconómico médio-alto revelam níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes, seguidos dos sujeitos pertencentes ao estatuto médio, sendo os que pertencem ao estatuto socioeconómico aqueles que apresentam níveis mais baixos de adesão ao regime alimentar [$\chi^2_{KW} (2) = 6,14; p = 0,05$]. Todas as outras dimensões não revelaram diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 11).

Tabela 11. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função do estatuto socioeconómico

Estatuto socioeconómico e Adesão Terapêutica				
	Médio baixo Média	Médio Média	Médio alto Média	Teste de Kruskal- Wallis <i>p-value</i>
Regime Alimentar	28,43	36,37	43,00	0,05*
Exercício Físico	31,83	34,60	43,17	0,35
Controlo Glicémico	31,29	36,85	29,67	0,20
Cuidados com os pés	30,57	35,07	44,33	0,21
Hábitos Tabágicos	35,64	33,04	40,50	0,38
Tratamento medicamentoso (insulina)	34,38	34,34	36,00	0,86

* $p \leq 0,05$

Para a comparação entre os níveis de adesão terapêutica das diferentes dimensões e a variável dificuldades sentidas com a alimentação, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão do regime alimentar recomendado para a diabetes, sendo que os sujeitos que referem não apresentar quaisquer dificuldades nesta, revelam maiores níveis de adesão ao mesmo, comparativamente aos que revelam alguma dificuldade ($U = 390; W = 1210; p = 0,01$) (ver Tabela 12).

Tabela 12. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função das dificuldades sentidas com a alimentação

Dificuldades sentidas com a alimentação e Adesão Terapêutica					
	Apresentam Média	Não apresentam Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	30,25	40,57	390	1210	0,01*
Exercício Físico	34,95	33,86	542	948	0,79
Controlo Glicémico	33,35	36,14	514	1334	0,40
Cuidados com os pés	31,30	39,07	432	1252	0,06
Hábitos Tabágicos	35,40	33,21	524	930	0,50
Tratamento medicamentoso (insulina)	34,30	34,79	552	1372	0,78

* $p \leq 0,05$

Relativamente à comparação entre os níveis de adesão terapêutica das diferentes dimensões e a variável dificuldades sentidas com o exercício físico verificaram-se, através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, diferenças estatisticamente significativas apenas nas dimensões exercício físico e hábitos tabágicos. No que respeita ao exercício físico, os resultados indicam que os jovens que não sentem dificuldades revelam uma maior adesão a esta prática ($U = 263$; $W = 416$; $p = 0,01$). Quanto à dimensão hábitos tabágicos, verifica-se que os jovens que não sentem dificuldades na dimensão exercício físico fumam menos, apresentando assim maior adesão à terapêutica ($U = 331$; $W = 484$; $p = 0,03$) (ver Tabela 13).

Tabela 13. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função das dificuldades sentidas com o exercício físico

Dificuldades sentidas com o exercício físico e Adesão Terapêutica					
	Apresentam Média	Não apresentam Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	33,00	35,00	408	561	0,63
Exercício Físico	24,50	37,83	263	416	0,01*
Controlo Glicémico	33,00	35,00	408	561	0,60
Cuidados com os pés	28,00	36,67	323	476	0,07
Hábitos Tabágicos	28,50	36,50	331	484	0,03*
Tratamento medicamentoso (insulina)	32,00	35,33	391	544	0,09

* $p < 0,05$

Quando comparados os níveis de adesão terapêutica das diferentes dimensões com as dificuldades sentidas com a medicação, verificam-se somente diferenças estatisticamente significativas na dimensão controlo glicémico, através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Assim, os sujeitos que não revelam dificuldades com a medicação apresentam níveis mais elevados de adesão ao controlo glicémico ($U = 428$; $W = 753$; $p = 0,04$) (ver Tabela 14).

Tabela 14. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função das dificuldades sentidas com a medicação

Dificuldades sentidas com a medicação e Adesão Terapêutica					
	Apresentam Média	Não apresentam Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	30,76	36,67	444	769	0,11
Exercício Físico	35,46	33,94	513	1459	0,72
Controlo Glicémico	30,12	37,05	428	753	0,04*
Cuidados com os pés	32,32	35,77	483	808	0,42
Hábitos Tabágicos	33,70	34,97	517	842	0,70
Tratamento medicamentoso (insulina)	36,00	33,63	500	1446	0,18

* $p < 0,05$

Com a ajuda da próxima tabela (ver Tabela 15) e recorrendo ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney, foi possível se analisar a comparação de médias entre os níveis de adesão terapêutica das distintas dimensões e a ausência de dificuldades. Os resultados indicam significância estatística nas dimensões controlo glicémico e cuidado com os pés. Deste modo, os jovens que não revelam quaisquer dificuldades são os que apresentam maiores níveis de adesão ao controlo glicémico ($U = 300$; $W = 1731$; $p = 0,03$) apresentando igualmente maior cuidado com os pés ($U = 199$; $W = 1630$; $p = 0,00$).

Tabela 15. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da ausência de dificuldades

Ausência de dificuldades e Adesão Terapêutica					
	Ausência Média	Presença Média	U	W	Teste de Mann- Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	40,73	32,74	304	1735	0,07
Exercício Físico	38,63	33,33	335	1766	0,28
Controlo Glicémico	41,00	32,66	300	1731	0,03*
Cuidados com os pés	40,73	30,73	199	1630	0,00*
Hábitos Tabágicos	35,97	34,08	375	1806	0,62
Tratamento medicamentoso (insulina)	33,73	34,72	386	506	0,63

* $p < 0,05$

No que concerne à comparação entre os níveis de adesão terapêutica e o apoio dos pais percecionado pelos jovens, através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, verifica-se que apenas na dimensão hábitos tabágicos se encontram diferenças estatisticamente significativas. Deste modo, são os jovens que percecionam um maior apoio por parte dos pais, os que fumam menos, revelando assim níveis mais elevados de adesão à terapêutica ($U = 120$; $W = 141$; $p = 0,03$) (ver Tabela 16).

Tabela 16. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da percepção de apoio por parte dos pais

Percepção de apoio dos pais e Adesão Terapêutica					
	Percecionam Média	Não percecionam Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	34,77	31,67	169	190	0,62
Exercício Físico	34,76	31,83	170	191	0,68
Controlo Glicémico	34,42	35,33	181	2134	0,87
Cuidados com os pés	34,65	33,00	177	198	0,82
Hábitos Tabágicos	35,56	23,50	120	141	0,03*
Tratamento medicamentoso (insulina)	34,35	36,00	177	2130	0,58

* $p < 0,05$

No que respeita à relação entre os níveis de adesão terapêutica e o apoio dos amigos percecionado pelos jovens, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. As

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
 Universidade da Beira Interior

diferenças encontradas apresentaram significância estatística em duas das dimensões, nomeadamente no exercício físico e nos hábitos tabágicos. Quanto ao exercício físico, os jovens que percebem apoio por parte dos amigos são os que apresentam níveis superiores de adesão a esta prática ($U = 366$; $W = 894$; $p = 0,00$), comparativamente aos que não percebem qualquer apoio por parte destes. Na dimensão hábitos tabágicos, os sujeitos que percebem tal apoio fumam menos, apresentando maior adesão à terapêutica ($U = 428$; $W = 956$; $p = 0,01$) (ver Tabela 17).

Tabela 17. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da perceção de apoio por parte dos amigos

Perceção de apoio dos amigos e Adesão Terapêutica					
	Percebem Média	Não percebem Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	36,39	32,38	508	1036	0,27
Exercício Físico	40,33	27,94	366	894	0,00*
Controlo Glicémico	34,39	34,63	572	1238	0,94
Cuidados com os pés	37,72	30,88	460	988	0,10
Hábitos Tabágicos	38,61	29,88	428	956	0,01*
Tratamento medicamentoso (insulina)	35,06	33,88	556	1084	0,50

* $p < 0,05$

Na análise comparativa entre os níveis de adesão terapêutica e o apoio do psicólogo percebido pelos jovens, recorreu-se ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das dimensões (ver Tabela 18).

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

Tabela 18. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da perceção de apoio por parte do psicólogo

Perceção de apoio do psicólogo e Adesão Terapêutica					
	Percecionam Média	Não percecionam Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	37,33	33,48	399	1670	0,35
Exercício Físico	39,39	32,74	362	1637	0,15
Controlo Glicémico	33,44	34,88	431	602	0,70
Cuidados com os pés	36,78	33,68	409	1684	0,51
Hábitos Tabágicos	38,61	33,02	376	1651	0,12
Tratamento medicamentoso (insulina)	34,11	34,64	443	614	0,78

Aquando da comparação entre os níveis de adesão terapêutica e o apoio dos irmãos percecionado pelos jovens, não se verificaram, através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões (ver Tabela 19).

Tabela 19. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da perceção de apoio por parte dos irmãos

Perceção de apoio dos irmãos e Adesão Terapêutica					
	Percecionam Média	Não percecionam Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	35,07	34,05	553	1294	0,78
Exercício Físico	38,63	31,24	446	1187	0,07
Controlo Glicémico	34,20	34,74	571	1026	0,87
Cuidados com os pés	31,87	36,58	491	956	0,26
Hábitos Tabágicos	35,97	33,34	526	1267	0,41
Tratamento medicamentoso (insulina)	34,87	34,21	559	1300	0,70

Para a comparação entre os níveis de adesão terapêutica e o apoio dos professores percecionado pelos jovens, verificaram-se através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão hábitos tabágicos. Os resultados indicam que os jovens que percecionam algum apoio por parte dos professores são os que fumam menos apresentando assim níveis mais elevados de adesão ($U = 294$; $W = 1779$; $p = 0,05$) (ver Tabela 20).

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

Tabela 20. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da perceção de apoio por parte dos professores

Perceção de apoio dos professores e Adesão Terapêutica					
	Percecionam Média	Não percecionam Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	30,86	35,44	327	432	0,30
Exercício Físico	37,50	33,72	336	1821	0,46
Controlo Glicémico	36,14	34,07	355	1840	0,61
Cuidados com os pés	33,00	34,89	357	462	0,71
Hábitos Tabágicos	40,50	32,94	294	1779	0,05*
Tratamento medicamentoso (insulina)	36,00	34,11	357	1842	0,37

* $p \leq 0,05$

No que se refere à análise comparativa entre níveis de adesão terapêutica e o apoio do médico percecionado pelos jovens e recorrendo-se ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão regime alimentar. Desta forma, os resultados revelam que aqueles não se sentem apoiados pelo médico são os que revelam maiores níveis de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes ($U = 338$; $W = 1563$; $p = 0,02$), contrariamente aos que revelam tal apoio (ver Tabela 21).

Tabela 21. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da perceção de apoio por parte do médico

Perceção de apoio do médico e Adesão Terapêutica					
	Percecionam Média	Não percecionam Média	U	W	Teste de Mann-Whitney <i>p-value</i>
Regime Alimentar	31,90	41,21	338	1563	0,02*
Exercício Físico	33,68	36,61	427	1650	0,52
Controlo Glicémico	33,37	37,42	410	1635	0,27
Cuidados com os pés	34,73	33,89	454	644	0,86
Hábitos Tabágicos	34,26	35,13	453	1678	0,80
Tratamento medicamentoso (insulina)	33,92	36,00	437	1662	0,27

* $p < 0,05$

Com a ajuda do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, realizou-se a análise comparativa entre os níveis de adesão terapêutica e a representação acerca da origem da diabetes. Contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões (ver Tabela 22).

Tabela 22. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da representação acerca da origem da diabetes

Representação acerca da origem da diabetes e Adesão Terapêutica						
	Hereditariedade Média	Obesidade Média	Não comer bem Média	Comer muitas gorduras Média	Outras Média	Teste de Kruskal-Wallis <i>p-value</i>
Regime Alimentar	34,95	34,50	17,50	26,00	37,90	0,14
Exercício Físico	33,03	54,50	29,00	20,50	35,80	0,10
Controlo Glicémico	34,74	32,50	24,00	24,00	37,60	0,31
Cuidados com os pés	35,68	50,00	24,50	16,00	33,00	0,12
Hábitos Tabágicos	35,13	40,50	32,00	40,50	32,00	0,69
Tratamento medicamentoso (insulina)	34,21	36,00	36,00	36,00	34,30	0,97

Para a comparação entre os níveis de adesão terapêutica e a representação acerca das práticas preventivas da doença diabetes, recorreu-se ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. No entanto não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões (ver Tabela 23).

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
 Universidade da Beira Interior

Tabela 23. Análise comparativa dos valores médios das dimensões do SDSCA em função da representação acerca das práticas de prevenção da diabetes

Práticas de Prevenção da diabetes e Adesão Terapêutica					
	Bons hábitos alimentares Média	Prática de atividade física Média	Controlo de peso Média	Nenhuma Média	Teste de Kruskal-Wallis <i>p-value</i>
Regime Alimentar	33,81	39,60	33,29	33,29	0,71
Exercício Físico	32,45	40,90	39,93	32,64	0,41
Controlo Glicémico	34,57	34,20	26,43	38,57	0,28
Cuidados com os pés	33,46	36,40	35,43	35,43	0,96
Hábitos Tabágicos	34,99	30,30	35,64	35,64	0,74
Tratamento medicamentoso (insulina)	33,24	36,00	36,00	36,00	0,46

A Tabela 24 demonstra a análise correlacional realizada, tendo como principal objetivo observar a adesão dos vários comportamentos de autocuidado na diabetes em função da perceção geral da saúde.

Desta forma, no que concerne à dimensão regime alimentar, verificam-se valores positivos e significativos para a capacidade funcional ($r = 0,24$; $p < 0,05$), estado geral da saúde ($r = 0,49$; $p < 0,01$), vitalidade ($r = 0,47$; $p < 0,01$), aspetos sociais ($r = 0,03$; $p < 0,05$), aspetos emocionais ($r = 0,25$; $p < 0,05$) e saúde mental ($r = 0,34$; $p < 0,01$). Assim, pode-se observar que à medida que aumentam os níveis da capacidade funcional, do estado geral da saúde, da vitalidade, do desempenho social e emocional e da saúde mental, aumenta também a adesão para a realização de regime alimentar recomendado para a diabetes.

Quanto ao exercício físico, foram verificados valores significativos para a capacidade funcional ($r = 0,25$; $p < 0,05$) e para a vitalidade ($r = 0,34$; $p < 0,01$). Sendo assim, a adesão para a realização de exercício físico aumenta quando do aumento da capacidade funcional e da vitalidade.

Considerando a análise da dimensão controlo glicémico, pode-se observar apenas um valor significativo para o domínio estado geral da saúde ($r = 0,27$; $p < 0,05$), o que significa que a adesão para o controlo glicémico é aumentado quando do aumento do estado geral da saúde.

Para a dimensão cuidados com os pés, podem-se verificar valores positivos e significativos para o estado geral da saúde ($r = 0,40$; $p < 0,01$), para a vitalidade ($r = 0,35$; $p < 0,01$) e para os aspetos sociais ($r = 0,26$; $p < 0,01$). Deste modo, pode-se observar que a adesão para os cuidados com os pés nos doentes diabéticos é aumentada quando uma

perceção maior do estado geral da saúde, uma maior sensação de vitalidade e um maior desempenho social.

Para as dimensões hábitos tabágicos e tratamento medicamentoso (insulina) não foram verificados valores significativos em função dos domínios da perceção da saúde.

Tabela 24. Análise correlacional entre as dimensões do SF-36 e as do SDSCA

	Perceção do Estado Geral de Saúde e Adesão Terapêutica					
	Regime Alimentar	Exercício Físico	Controlo Glicémico	Cuidados com os pés	Hábitos Tabágicos	Tratamento medicamentoso (insulina)
Capacidade funcional	0,24*	0,25*	-0,07	-0,07	-0,07	0,15
Dor corporal	0,10	-0,01	0,02	0,16	-0,01	0,09
Saúde geral	0,49**	0,23	0,27*	0,40**	-0,00	0,14
Vitalidade	0,47**	0,34**	-0,07	0,35**	0,06	0,17
Funcionamento social	0,33**	0,18	0,16	0,26*	-0,04	0,10
Saúde mental	0,34**	0,21	0,09	0,22	0,09	0,11
Desempenho Físico	0,18	0,02	-0,08	0,12	-0,14	-0,11
Desempenho emocional	0,25*	0,21	0,11	0,23	0,06	0,01

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Capítulo 7 - Discussão

Este capítulo é destinado à reflexão dos resultados obtidos no presente estudo. Neste sentido, constata-se que em algumas situações os resultados estão em conformidade com a literatura existente, enquanto noutras situações os resultados revelam-se contraditórios. Assim, torna-se pertinente a confrontação dos resultados deste estudo com a bibliografia existente, no sentido de uma melhor compreensão das conclusões encontradas.

A partir dos objetivos definidos e dos resultados apresentados foi possível concluir que os níveis de adesão ao tratamento da diabetes em jovens variam de acordo com a percepção acerca do estado de saúde que cada jovem tem e de acordo com as variáveis sociodemográficas.

7.1. Análise e discussão dos resultados

O tratamento da diabetes tem implícito um regime terapêutico complexo e exigente, pelo que os sujeitos com esta doença crónica devem executar um plano de cuidados diários durante toda a sua vida (Almeida, 2003). Estes cuidados compreendem mudanças nos estilos de vida, a medicação, a monitorização dos níveis de glicémia e os cuidados com os pés, sendo que os pacientes devem integrar todos estes cuidados nas suas rotinas (McNabb, 1997), tornando a adesão ao regime terapêutico da diabetes difícil.

A revisão da literatura permite constatar que existe uma fraca adesão à terapêutica quando se trata de pacientes diabéticos (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006). Neste sentido vários estudos têm demonstrado que no período da adolescência os níveis de adesão ao tratamento são mais baixos, sendo que o controlo metabólico também é pior (Iannotti et al., 2006; Danne, et al., 2001). Contudo, na presente investigação foi possível verificar-se que no geral, os jovens que constituem a amostra, apresentam níveis elevados de adesão à terapêutica da diabetes. Assim, no que respeita à adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes, dos 68 jovens que constituem a amostra 75% apresentam níveis mais elevados de adesão, o que corresponde a 51 jovens, comparativamente aos restantes 17 jovens (25%) que apresentam níveis mais baixos de adesão ao regime alimentar. O mesmo se pode verificar relativamente ao controlo glicémico, sendo que a maioria, ou seja, 55 jovens (89,9%) apresentam níveis elevados de adesão a esta prática, contrariamente a 13 jovens (19,1%) que apresentam baixa adesão. Na dimensão do tratamento medicamentoso, ou seja, administração de insulina, verificou-se que praticamente todos os jovens apresentam elevados índices de adesão a esta terapêutica, sendo que apenas 3 dos participantes (4,4%) apresentam baixa adesão a esta prática. Neste sentido, pressupõe-se que estes 3 participantes que apresentam baixos níveis de adesão a este tipo de tratamento são aqueles que não fazem o tratamento da diabetes através de insulina, mas sim através de comprimidos para controlar os níveis de glicémia.

Ainda se verificou que a maioria dos jovens, 56 (82,4%) não fumam, contribuindo assim para uma melhor adesão ao tratamento da diabetes, pelo que apenas 12 participantes (17,6%) apresentam hábitos tabágicos. Na dimensão relativa aos cuidados com os pés, 37 jovens (54,4%) revelam ter estes cuidados, contrariamente a 31 dos jovens (45,6%) que revelam níveis mais baixos de adesão a este tipo de cuidados. Apenas na prática de exercício físico se verificaram níveis mais baixos de adesão, pelo que são mais os jovens que não praticam exercício, 40 jovens (58,8%), contrariamente a 28 jovens (41,2%) que aderem a esta prática.

Deste modo, pode constatar-se que no geral a amostra apresenta níveis mais elevados de adesão ao tratamento medicamentoso (administração de insulina), seguindo-se a dimensão relacionada com os hábitos tabágicos, a dimensão do controlo glicémico, a dimensão da adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes e ainda a dimensão da adesão aos cuidados com os pés. Por fim, a dimensão da adesão ao exercício físico, sendo nesta que se encontraram níveis mais baixos de adesão, o que pode ser explicado pelo facto de que Portugal é dos países da União Europeia que exhibe níveis mais baixos de prática de exercício físico, pelo que o sedentarismo faz parte dos hábitos dos participantes (Carvalho, 2003; cit. por Correia, 2007). Estes elevados níveis de adesão à terapêutica podem dever-se ao facto de a maioria dos participantes pertencer à Associação de jovens diabéticos de Portugal, podendo ter um maior interesse e cuidado com a sua doença, promovidos por esta entidade o que pode levar a um maior empenho na adesão à terapêutica.

Tendo em consideração as variáveis sociodemográficas estudadas, verificou-se no que respeita à relação entre os níveis de adesão à terapêutica da diabetes e a idade, os resultados obtidos neste estudo apenas revelaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão referente aos hábitos tabágicos. Assim verificou-se que os adolescentes fumam menos que os adultos jovens, o que contribui para elevar os níveis de adesão à terapêutica neste grupo. Estas diferenças podem ser explicadas pelo facto do grupo dos adolescentes ser constituído por participantes com idades ainda pouco avançadas para possuírem já hábitos tabágicos. Apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas relativamente às restantes dimensões da adesão terapêutica, os resultados indicam que os adultos jovens apresentam níveis ligeiramente mais elevados de adesão nos cuidados com os pés, ao controlo glicémico e à prática de exercício físico, quando comparados com o grupo dos adolescentes. Por outro lado, os adolescentes revelam níveis mais elevados de adesão ao tratamento medicamentoso (administração de insulina) e na adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes que os adultos jovens, apesar destas diferenças não serem estatisticamente significativas. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que talvez ainda sejam os pais a assumir a responsabilidade pelo regime alimentar e pela administração da insulina dos adolescentes.

Estes resultados vão de encontro ao estudo de Garrett (s.d), que constatou que os adolescentes mais velhos referem seguir o tratamento da diabetes com menos frequência do que os adolescentes mais novos. Tais resultados podem ser explicados pela necessidade de

uma progressiva independência do sujeito relativamente aos pais, uma vez que eram estes que controlavam a dieta e administração de insulina.

Por outro lado, num estudo realizado por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) acerca da importância das características demográficas e clínicas na adesão ao tratamento da diabetes, também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a adesão aos autocuidados da diabetes. Um outro estudo de Griva, Myers e Newman (2000) não encontrou igualmente diferenças estatisticamente significativas entre adolescentes e adultos jovens relativamente à adesão ao tratamento da diabetes. Deste modo, enquanto a infância e a adolescência são duas fases de desenvolvimento claramente distintas, marcadas por diferentes capacidades cognitivas e sociais que podem ter influência na adesão ao tratamento da diabetes e no controlo metabólico, as mudanças desenvolvimentais que marcam o final da adolescência e a transição para a vida adulta podem não ser tão influentes na adesão à terapêutica da diabetes (Griva, Myers & Newman, 2000).

Quanto à relação existente entre os níveis de adesão terapêutica das diferentes dimensões e as diferenças de género pode afirmar-se que a adesão ao tratamento da diabetes pode ser experienciada de forma diferente pelo sexo masculino e pelo sexo feminino (Enzlin, Mathieu & Demyttenaere, 2002; Fitzgerald, Anderson & Davis, 1995; McCollum, Hansen, Lu & Sullivan, 2005; Únden, Elofsson, Andréasson, Hillered, Ericksson & Brismar, 2008). Por outro lado, vários estudos realizados verificaram que não existe qualquer relação entre a variável género e a adesão à terapêutica, não encontrando diferenças estatisticamente significativas entre doentes de ambos os sexos (Salvado, 2012; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006; Griva, Myers & Newman, 2000). Na presente amostra as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas, o que pode sugerir que o sexo não tem influência na adesão ao tratamento da diabetes. Contudo, analisando as ligeiras diferenças de médias pode constatar-se que o sexo feminino regista níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes e ao controlo glicémico. Verificou-se ainda que o sexo feminino apresenta menos hábitos tabágicos do que o sexo masculino, o que contribui para uma melhor adesão à terapêutica. Por outro lado, o sexo masculino regista níveis mais elevados de adesão à prática de exercício físico, aos cuidados com os pés e ao tratamento medicamentoso. Estes resultados vão de encontro a alguns estudos que verificaram maior adesão entre o sexo masculino comparativamente ao sexo feminino à terapia medicamentosa (Gimenes, Zanetti & Haas, 2009). Neste sentido, Jones, Lawson e Daneman (2000) observaram que um número significativo de adolescentes do sexo feminino omitiu de forma propositada as administrações de insulina com a finalidade de perder peso, facto que pode explicar a baixa adesão ao tratamento medicamentoso por parte do sexo feminino registada neste estudo. Outros autores acrescentam ainda que o sexo feminino se encontra mais suscetível ao *stress* e ao desenvolvimento de condições de saúde mental que podem estar relacionados com a fraca adesão à terapia medicamentosa (Ciechanowski, Katon, Russo & Walker, 2001) e que as mulheres com diabetes revelam menor nível de saúde e de funcionamento, o que influencia o

seu envolvimento em atividades de autocuidados relativamente à doença (McCollum, Hansen & Sullivan, 2005).

No que concerne à relação entre os níveis de adesão à terapêutica das diferentes dimensões e o grau de escolaridade, pode constatar-se que todos os participantes da amostra apresentam algum grau de ensino. Os resultados apontam existir diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão hábitos tabágicos, sendo que os jovens com grau de ensino básico são os que fumam menos, apresentando assim níveis mais elevados de adesão à terapêutica, uma vez que não fumar é uma recomendação no tratamento da diabetes, seguindo-se os jovens com grau de ensino superior e por último os jovens com grau de ensino secundário, sendo estes os que fumam mais, apresentando assim níveis mais baixo de adesão à terapêutica. Mais uma vez estes resultados podem ser explicados pelo facto de os jovens com grau de ensino básico terem normalmente idades pouco avançadas para apresentarem hábitos tabágicos. Nas restantes dimensões da adesão à terapêutica não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, podendo-se sugerir que o grau de escolaridade não tem influência nas restantes dimensões da adesão à terapêutica. Contudo, as ligeiras diferenças de médias indicam que relativamente à adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes e à prática de exercício físico são os jovens com grau de ensino superior que apresentam maiores níveis de adesão. No entanto, relativamente ao controlo glicémico e à prática de cuidados com os pés, parecem ser os jovens com grau de ensino secundário os que apresentam níveis mais elevados de adesão à terapêutica, seguindo-se os jovens com grau de ensino superior, sendo que os jovens com grau de ensino básico são aqueles que apresentam menores níveis de adesão a estas práticas. Por último, na adesão ao tratamento medicamentoso, as ligeiras diferenças de médias indicam que são os jovens com grau de ensino básico os que apresentam níveis mais elevados de adesão, seguindo-se os jovens com grau de ensino secundário e por último os jovens com grau de ensino superior, revelando piores níveis de adesão. Contudo estas diferenças não foram estatisticamente significativas, o que vai de encontro ao estudo de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) que também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e a adesão aos autocuidados da diabetes. Por outro lado, os resultados encontrados vão contra o estudo de Gimenes, Zanetti e Haas (2009) que afirmam que os pacientes com maior nível de escolaridade apresentavam níveis mais elevados de adesão ao tratamento medicamentoso, isto porque o tratamento medicamentoso da diabetes é bastante complexo, sendo que os doentes devem ter mais capacidades cognitivas para serem capazes de compreenderem a terapia medicamentosa prescrita e assim aderirem melhor ao tratamento.

Na presente amostra pode verificar-se relativamente à variável estatuto socioeconómico, através das diferenças de médias, que de uma forma geral são os sujeitos pertencentes ao estatuto socioeconómico médio-alto que revelam níveis superiores de adesão à terapêutica da diabetes. No entanto, a maior parte destas diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas na dimensão da adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes,

sendo os jovens que pertencem ao estatuto socioeconómico médio-alto aqueles que apresentam níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Delamater (2006) que afirma que o baixo nível socioeconómico tem sido associado a uma menor adesão à terapêutica da diabetes, bem como a uma maior morbilidade relacionada com a diabetes, e ao estudo de Almeida (2003) que encontrou níveis mais elevados de adesão terapêutica em classes sociais mais altas. Deste modo, o baixo nível socioeconómico coloca as pessoas numa posição em que tem que escolher as suas prioridades o que pode dificultar a adesão ao tratamento (OMS, 2003). Por outro lado as pessoas com um nível socioeconómico mais elevado têm mais recursos o que pode ser um facilitador para a adesão terapêutica da diabetes.

No que diz respeito à relação existente entre os níveis de adesão à terapêutica das diferentes dimensões e as dificuldades específicas sentidas com o tratamento, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as dificuldades com a alimentação e os níveis de adesão ao regime recomendado para a diabetes, sendo que os jovens que referem não apresentar dificuldades com a alimentação apresentam níveis mais elevados de adesão ao regime do que aqueles que apresentam dificuldades. Nas restantes dimensões da adesão terapêutica não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Na variável dificuldades sentidas com o exercício físico encontraram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão da adesão à prática de exercício físico e na dimensão dos hábitos tabágicos, assim os jovens que não sentem dificuldades com o exercício apresentam níveis mais elevados de adesão à prática de exercício físico e fumam menos, contribuindo deste modo para uma maior adesão à terapêutica. Contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões da adesão, sugerindo que as dificuldades sentidas com o tratamento não têm influência na adesão ao tratamento das restantes dimensões. Ainda no que respeita às dificuldades sentidas com a medicação, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão da adesão ao controlo glicémico, pelo que os sujeitos que não percecionam dificuldades com a medicação apresentam níveis mais elevados de adesão ao controlo glicémico, quando comparados com aqueles que percecionam dificuldades com a medicação. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente às restantes dimensões, sugerindo assim que as dificuldades sentidas com a medicação não têm qualquer influência nos níveis de adesão à terapêutica das restantes dimensões. Por fim, no que respeita à ausência de dificuldades sentidas com o tratamento, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas apenas nas dimensões controlo glicémico e cuidados com os pés, sendo que os jovens que referem não sentir quaisquer dificuldades com o tratamento, apresentam níveis mais elevados de adesão ao controlo glicémico e de cuidados com os pés, quando comparados com aqueles que afirmam sentir dificuldades com o tratamento da diabetes. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões da adesão terapêutica. Deste modo, é possível concluir que a menor percepção de obstáculos ao tratamento está associada a melhores níveis de adesão à terapêutica. Com base nestes

resultados poderíamos pressupor que os jovens que percebem menos dificuldades têm também uma maior percepção de autoeficácia e igualmente níveis mais elevados de adesão à terapêutica, uma vez que alguns estudos verificaram que os adolescentes com maior percepção de autoeficácia consideravam que as exigências para lidar com a doença eram menos perturbadoras do que os adolescentes com uma menor percepção de autoeficácia, apresentando assim uma maior adesão à terapêutica (Grey et al., 1998).

Uma outra variável estudada no presente estudo prende-se com a análise entre o apoio por parte de pessoas significativas e os níveis de adesão à terapêutica das diferentes dimensões. Assim, no que se refere ao apoio familiar, os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas apenas entre a percepção de apoio dos pais e a dimensão hábitos tabágicos, pelo que os jovens que percebem apoio por parte dos pais fumam menos do que aqueles que não percebem tal apoio, apresentando assim níveis mais elevados de adesão à terapêutica. Relativamente às restantes dimensões da adesão, os resultados não encontraram diferenças estatisticamente significativas, talvez devido à heterogeneidade dos grupos, onde existe uma distribuição percentual discrepante, pelo que apenas seis jovens referem não ter apoio por parte dos pais, enquanto a maioria, 62 jovens, percebe ter este apoio. Assim, através das ligeiras diferenças de médias, verificou-se que os jovens que têm a percepção de apoio por parte dos pais apresentam níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar, ao exercício físico, maiores cuidados com os pés e menos hábitos tabágicos do que aqueles que não percebem tal apoio. Contudo, os jovens que não se sentem apoiados pelos pais revelam níveis mais elevados de adesão ao controlo glicémico e à administração de insulina (tratamento medicamentoso) quando comparados com os jovens que percebem este apoio por parte dos pais. Estes últimos resultados podem sugerir que o apoio que os jovens percebem por parte dos pais é um apoio negativo, sendo que o apoio positivo está associado a um melhor controlo metabólico (McKelvey, Waller, North, Marks, Schreiner, Travis & Murphy, 1993), enquanto o suporte negativo está associado a pior controlo metabólico (Schoefer, et al., 1986; Miller & Drotar, 2007). Para além disso, os adolescentes que têm apoio negativo dos pais possivelmente tem mais medo de críticas, o que torna mais improvável que estes solicitem ajuda no tratamento da diabetes (Pianta & Harbers, 1996), pelo que o resultado final tende a ser níveis baixos de adesão ao tratamento. Estes resultados podem ainda sugerir que aqueles jovens que não percebem apoio por parte dos pais têm uma maior autonomia e responsabilidade com o tratamento. Os resultados obtidos não vão de encontro ao que postula Mórán e Romero (1997) e Silva et al., (2003) que afirmam que a percepção de apoio familiar influencia positivamente o controlo glicémico, tendo um papel significativo neste controlo. Também vão contra ao postulado por Góis (2002) que afirma que a família é importante na adesão à administração de insulina e à monitorização da glicémia.

Relativamente aos níveis de adesão à dieta, ao exercício físico e ao cuidado com os pés, os resultados indicam que são os jovens que percebem mais apoio dos pais e que apresentam menor consumo de tabaco que apresentam níveis mais elevados de adesão para estes cuidados. Sendo assim, estes resultados encontram-se em conformidade com a

literatura existente, onde La Greca e Bearman (2002), afirmam que a rede de apoio praticada pelos pais é essencial para a aquisição e manutenção de comportamentos de adesão, proporcionando todo o suporte para que isso ocorra, desde o fornecimento de uma alimentação adequada até ao auxílio nos outros procedimentos. Neste sentido, a família parece ter um papel determinante nas questões que se prendem com a adesão e gestão do regime terapêutica da diabetes, colaborando na realização de algumas atividades de autocuidados como a vigilância da glicémia, nos cuidados com os pés e na administração da medicação (Correia, 2007). Contudo, no presente estudo pode-se verificar o inverso relativamente à vigilância da glicémia e à adesão ao tratamento medicamentoso. No entanto, Lerman (2005) considera que o apoio social, em particular o da família, representa um valioso recurso emocional para o indivíduo com diabetes exercendo um papel fundamental na adesão ao regime terapêutico e no controlo da doença.

Ainda no que diz respeito ao apoio familiar, ao analisar os resultados encontrados entre a variável percepção de apoio por parte dos irmãos e a adesão ao tratamento das diferentes dimensões, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Assim, pressupõe-se que a percepção de apoio por parte dos irmãos não possui influência nos níveis de adesão ao tratamento das diferentes dimensões.

Analisando a relação entre a percepção de apoio por parte dos amigos e os níveis de adesão terapêutica das diferentes dimensões, os resultados apenas indicam diferenças estatisticamente significativas na dimensão da adesão ao exercício físico e dos hábitos tabágicos, sendo que aqueles que percebem apoio por parte dos amigos, apresentam níveis mais elevados de adesão ao exercício físico e menos consumo tabágico, quando comparados com aqueles que não percebem tal apoio, apresentando assim maiores níveis de adesão. Uma possível explicação para estes resultados prende-se com o facto de que a maior parte das atividades físicas envolvem mais do que uma pessoa, pelo que a companhia dos amigos na prática destas pode ser um motivador para o jovem, para além disso, esta pode ser também uma forma adicional de inserção no grupo de pares. Assim, pode-se pressupor que o facto de o jovem ter um grupo de amigos que o incentive, pode ser determinante na adesão ao exercício físico. Apesar de não se encontrarem diferenças significativas para as restantes dimensões, a análise da diferença de médias pode indicar que os jovens que se sentem apoiados pelos amigos apresentam também níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes, aos cuidados com os pés e ao tratamento medicamentoso (administração de insulina) quando comparados com aqueles que não percebem tal apoio. Os resultados vão de encontro ao postulado por Nunes (2005) que afirma ser de extrema relevância o papel que o grupo de pares assume na adaptação à diabetes, na adesão ao tratamento e na evolução clínica.

No que concerne à relação entre o apoio percebido por parte dos professores e os níveis de adesão ao tratamento das diferentes dimensões, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre este tipo de apoio e a dimensão hábitos tabágicos, sendo que os jovens que se sentem apoiados pelos professores fumam menos, apresentando assim

níveis mais elevados de adesão do que os jovens que não sentem este apoio. Este resultado pode estar relacionado com o facto de os professores alertarem constantemente para as consequências dos hábitos tabágicos, incentivando os alunos a não fumar. Nas restantes dimensões não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, podendo sugerir que a percepção de apoio dos professores não tem influência nos níveis de adesão à terapêutica das diferentes dimensões. Contudo estes resultados podem ser explicados pela heterogeneidade dos grupos, onde existe uma distribuição percentual discrepante.

Por fim, no que respeita ao apoio por parte dos profissionais de saúde, verificou-se que na relação entre a percepção de apoio por parte do psicólogo e os níveis de adesão à terapêutica das diferentes dimensões, os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas, o que pode sugerir que a percepção de apoio por parte do psicólogo não tem influência nos níveis de adesão à terapêutica das diferentes dimensões. No entanto, estes resultados podem ser explicados pela heterogeneidade dos grupos, onde existe uma distribuição percentual discrepante. Assim, analisando as ligeiras diferenças de médias, verificam-se níveis mais elevados de adesão entre os jovens que percecionam suporte por parte do psicólogo nas dimensões da adesão ao regime alimentar, ao exercício físico, aos cuidados com os pés e ainda na dimensão hábitos tabágicos, pelo que estes fumam menos, comparados com os que não percecionam este tipo de apoio. Assim estes resultados mostram que o apoio do psicólogo se revela importante na adesão aos autocuidados da diabetes, promovendo estilos de vida saudáveis. Os resultados vão de encontro à literatura que afirma que o psicólogo desempenha um papel importante, trabalhando com o doente os processos psicológicos associados às alterações do seu estado de saúde, às crises pessoais e às mudanças de comportamentos de risco necessárias. Este apoio constitui assim um suporte adicional para a prevenção de complicações agudas, para a educação e a promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, com o objetivo de diminuir o risco de complicações futuras da doença e promover uma melhor adaptação dos sujeitos diabéticos à doença (Marcelino & Carvalho, 2005; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000).

No que concerne à relação entre a percepção de apoio por parte do médico e os níveis de adesão à terapêutica das diferentes dimensões, os resultados apenas indicam diferenças estatisticamente significativas na dimensão da adesão ao regime alimentar, pelo que os jovens que não se sentem apoiados pelo médico apresentam níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes. Apesar de nas restantes dimensões da adesão terapêutica não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas, foi possível observar que os jovens que não percecionam o apoio do médico apresentam níveis mais elevados de adesão também ao exercício físico, ao controlo glicémico, ao tratamento medicamentoso (administração de insulina) e ainda possuem menos hábitos tabágicos, quando comparados com os que sentem apoio por parte do médico. Estes resultados indicam que o apoio do médico parece não representar um papel relevante na adesão à terapêutica. Isto pode ser explicado pelo facto de que o apoio dado pelo médico reflita um apoio negativo, isto

é, que critica o jovem em vez de o elogiar e encorajar, pelo que este não adere melhor ao tratamento.

No geral, os resultados obtidos acerca do apoio social na adesão às diferentes dimensões do tratamento vão de encontro à literatura, considerando que o suporte social é um fator fundamental no que diz respeito à adesão e gestão do regime terapêutico (Amaral, 2011). Neste sentido, vários estudos apontam que um melhor suporte social parece melhorar o controlo metabólico, o autocuidado e a adaptação psicológica à doença (Cohen, Birnbaum, Meynchas, Levinger, Florian & Mikulincer, 2005; Whittemore, Mekus & Gray, 2005). Nesta perspectiva considera-se que a diminuição do suporte social conduz a um pior controlo metabólico.

As representações individuais da doença influenciam os comportamentos de autocuidados, nomeadamente no que se refere à alimentação, à prática de exercício físico, à monitorização da glicémia e à administração de insulina (Pereira, 1997; cit. por Correia, 2007). Todavia, na presente investigação a relação entre as representações acerca da origem da diabetes e os níveis de adesão à terapêutica das diferentes dimensões não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, o que pode sugerir que a representação que os jovens têm acerca da origem da doença não influencia os níveis de adesão à terapêutica. Igualmente no que respeita à relação entre a representação que os jovens têm acerca das práticas de prevenção da diabetes e os níveis de adesão à terapêutica, os resultados não indicaram diferenças estatisticamente significativas, podendo sugerir que a representação que os jovens possuem acerca das práticas de prevenção da doença não tem influência nos níveis de adesão à terapêutica.

Vários estudos têm referenciado a importância de se estudar a forma como os jovens avaliam o seu estado de saúde (Ministério da Saúde, 2004). Isto porque a saúde tem implicações diversas em todos nós, não só do ponto de vista físico como psíquico e também social. Esta temática assume particular importância quando se está a falar de jovens dadas as características tão especiais desta fase da vida humana (Ministério da Saúde, 2004).

No que concerne à influência da percepção que os jovens têm acerca do seu estado de saúde na adesão ao tratamento da diabetes das diferentes dimensões, os resultados obtidos indicam que, no que respeita à dimensão da adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes, os níveis de adesão aumentam em função do aumento dos níveis da capacidade funcional, do estado geral da saúde, da vitalidade do desempenho social e emocional e da saúde mental. Assim, os jovens que percebem menos limitações nas atividades físicas habituais devido aos problemas de saúde, menos limitações nas suas atividades habituais devido a problemas físicos e emocionais, apresentam níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes. Para além disso, os jovens que têm uma melhor percepção acerca da sua saúde a nível geral, que se sentem com mais energia e que apresentam níveis mais elevados de bem-estar, apresentam igualmente níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes. Pode-se assim pressupor que a percepção de menos limitações nas atividades habituais devido à condição de saúde e devido a

problemas físicos e emocionais, tem influência nos níveis de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes, pelo que os jovens que têm esta percepção parecem revelar uma tendência para aderir mais ao regime alimentar recomendado. Além disso, pode-se ainda pressupor que uma melhor percepção acerca do estado de saúde geral, percepção de mais energia e de bem-estar também têm influência nos níveis de adesão ao regime alimentar recomendado, uma vez que os jovens que têm este tipo de percepções parecem aderir melhor ao regime alimentar recomendado para a diabetes.

No que diz respeito aos níveis de adesão ao exercício físico foi possível verificar que estes aumentam em função do aumento da capacidade funcional e da vitalidade. Assim os jovens que percecionam menos limitações nas atividades físicas habituais devido aos problemas de saúde e que se sentem com mais energia tendem a apresentar níveis mais elevados de adesão ao exercício físico recomendado para o tratamento da diabetes. A percepção que os jovens têm acerca das limitações na realização de atividades físicas habituais devido à doença e o modo como se sentem fisicamente parecem ter influência nos níveis de adesão ao exercício físico, sendo que aqueles que percecionam menos limitações deste tipo e que se sentem com energia tendem a aderir melhor à prática de exercício físico recomendado para a diabetes.

A adesão ao controlo glicémico parece ser influenciada pelo estado geral de saúde, sendo que os resultados obtidos indicam que uma melhor percepção acerca da saúde geral leva a níveis mais elevados de adesão ao controlo glicémico. Deste modo, parece que os jovens que têm uma melhor percepção acerca da sua saúde geral tendem a apresentar uma melhor adesão ao controlo glicémico recomendado para a diabetes.

Relativamente à dimensão dos cuidados com os pés, os resultados obtidos indicam que estes cuidados aumentam de acordo com o aumento da percepção do estado de saúde geral, da vitalidade e do desempenho social. Assim, os jovens que percecionam um melhor estado de saúde geral, que têm uma maior sensação de vitalidade e que consideram ter menos limitações nas atividades habituais devido aos problemas físicos ou emocionais, tendem a apresentar mais cuidados com os pés.

No entanto, nas dimensões da adesão ao tratamento medicamentoso e dos hábitos tabágicos, os resultados indicam que os níveis de adesão a estas dimensões não parecem ser influenciados por qualquer dimensão da percepção do estado geral de saúde.

A partir dos resultados obtidos pode-se pressupor que a percepção que os jovens têm acerca do seu estado geral de saúde tem influência nos níveis de adesão à terapêutica da diabetes. Deste modo, a percepção de menos limitações, tanto nas atividades físicas habituais devido aos problemas de saúde, como nas atividades do dia-a-dia devido aos problemas físicos e/ou emocionais, a percepção de uma melhor saúde a nível geral e o sentimento de bem-estar e de maior vitalidade parecem levar a níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes, à prática de exercício físico, ao controlo glicémico e ainda a níveis mais elevados de cuidados com os pés.

7.2. Limitações e propostas futuras

Durante a realização deste trabalho foram várias as dificuldades com que nos deparámos. Uma das primeiras limitações diz respeito à escassez de estudos acerca da diabetes em adolescentes ou jovens adultos, pelo que a investigação tem-se debruçado mais na diabetes em idades mais avançadas, nomeadamente na diabetes tipo 2. Para além disso, é ainda de salientar a escassez de estudos acerca da perceção do estado de saúde e a sua influência na adesão à terapêutica da diabetes, o que influenciou na compreensão dos resultados obtidos. Ainda se encontraram limitações ao nível dos resultados obtidos, uma vez que estes podem apontar para uma perceção enviesada ou até otimista que os jovens têm acerca do seu comportamento, ou ainda, para a questão da desejabilidade social, principalmente no que respeita à dimensão dos hábitos tabágicos, em que muitos dos jovens podem ter ocultado tal hábito.

Adicionalmente, ainda se pode apontar como uma limitação, a escassez de instrumentos validados para a população portuguesa que avaliem a perceção do estado geral de saúde, o que também pode contribuir para o enviesamento dos resultados.

A recolha da amostra também se revelou igualmente difícil, uma vez que os hospitais não autorizam ou dificultam a recolha de dados, e aquele que deu esta autorização acompanhava poucos doentes nesta faixa etária. Assim, a amostra parece ter sido bastante reduzida, limitando os resultados obtidos e impossibilitando a generalização dos resultados. Neste sentido, ainda se destaca a heterogeneidade da amostra, nomeadamente no que respeita ao estatuto socioeconómico, às dificuldades sentidas com o tratamento e ao apoio por parte de pessoas significativas, comprometendo assim a representatividade de alguns grupos.

Através da análise das dificuldades com que nos deparámos durante a realização deste estudo, é possível traçarem-se algumas propostas futuras, no sentido de um melhor aprofundamento e compreensão desta temática. É de salientar assim, a importância de se colocar no questionário uma questão relativa à duração do tratamento e outra relativa ao consumo de álcool, pelo que estas poderiam ser pertinentes para analisar a sua influência na adesão ao tratamento.

Seria igualmente importante propor estudos que abordem esta temática, mas que incluam uma maior amostra à que foi utilizada, no sentido de uma melhor compreensão da influência da perceção de estado geral de saúde nos níveis de adesão à terapêutica numa realidade mais aproximada à portuguesa.

Capítulo 8 - Conclusão

Após a análise efetuada, foi possível verificar-se que são diversos os fatores que podem influenciar os níveis de adesão à terapêutica da diabetes nos jovens. Desta forma, através desta investigação é possível concluir-se que os participantes do estudo revelaram níveis elevados de adesão à terapêutica da diabetes, sendo que foi a dimensão relativa à terapêutica medicamentosa (administração de insulina) aquela a que os jovens apresentam níveis mais elevados de adesão. Por outro lado, a dimensão da adesão ao exercício físico foi aquela em que os jovens demonstraram aderir menos, revelando baixos níveis de adesão. Além disso, ainda se verificou que a adesão à terapêutica é experienciada de forma diferente pelo sexo masculino e pelo sexo feminino, assim enquanto o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de adesão ao regime alimentar recomendado para a diabetes, ao controlo glicémico e ainda apresenta menos hábitos tabágicos, o sexo masculino apresenta níveis mais elevados de adesão no que diz respeito à prática de exercício físico, à terapêutica medicamentosa e ainda aos cuidados com os pés. Ainda foi possível constatar que o apoio social contribui de forma positiva para a adesão ao tratamento da diabetes, nomeadamente o apoio por parte dos pais e dos amigos, sendo que os jovens que apresentar ter este apoio revelam níveis mais elevados em algumas dimensões da adesão terapêutica, do que aqueles que não revelam ter apoio por parte de pessoas significativas.

Os resultados também permitiram observar uma relação positiva entre a percepção que os jovens têm acerca do seu estado geral de saúde e os níveis de adesão à terapêutica da diabetes. Assim, a percepção que os jovens têm acerca da sua saúde tem influência nos níveis de adesão à terapêutica, pelo que quanto melhor for a percepção de saúde melhor serão os níveis de adesão.

Em suma, é de salientar a importância desta investigação na promoção da adesão terapêutica dos jovens ao tratamento da diabetes, que pode ser efetuada através de uma intervenção ao nível das percepções que os jovens têm acerca da sua saúde.

Referências bibliográficas

- Adler, A. I., Stevens, R. J., Mauley, S. E., Bilous, R. W., Cull, C. A. & Holman, R. R. (2003). Developmental and progression of nephropathy in type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Kidney International*, 63, 225- 232.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, c. & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 273-279.
- Aguiar, S. M. R. & Fonte, C. (2007). Narrativas e significados da doença em crianças com diabetes mellitus tipo 1: contributos de um estudo qualitativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 67-81.
- Alcântara, K. A., Zanetti, R. V. & Oliveira, S. L. (2008). O adolescente diabético numa visão psicossomática. *INTELLECTUS - Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional*, 4(5).
- Alcântara, K. A., Zanetti, R. V. & Oliveira, S. L. (2008). O adolescente Diabético numa visão psicossomática. *Revista académica Digital do Grupo Polis Educacional*, 5.
- Almeida, J. P. & Pereira, M. G. (2006). Locus de Controlo na Saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 221-238.
- Almeida, J. P. C. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Alvarenga, C. (2005). Hipertensão arterial na diabetes mellitus tipo 2 - Evidência para a abordagem terapêutica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 597-604.
- Amaral, A. (1997). Aspectos Psicológicos do doente com diabetes mellitus. In J. L. Ribeiro (Ed.). *Actas do 2º congresso Nacional de psicologia da Saúde* (pp.105-118). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- American Diabetes Association (2000). Implications of the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*, 26(1), 525-527.
- American Diabetes Association (2002). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 25(1), 33-49.
- American Diabetes Association (2011). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 34(1), 11-61.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-394.
- António, P. (2011). A Psicologia e a Doença Crónica: Intervenção em Grupo na Diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2001). *Viver com a Diabetes*. Lisboa: Climepsi.

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

- Assunção, M. C. F., Santos, I. S. & Costa, J. S. D. (2002). Avaliação do Processo da atenção médica: Adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 205-211.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bizarro, L. (2001). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 55-67.
- Boavida, J. M., Almeida, J. P., Massano, S. C., Sequeira, D. J., Duarte, R., Ferreira, H., Guerra, F., Medina, J. L., Nunes, J. S., Pereira, M. & Raposo, J. (2012). Diabetes: factos e números 2011 - Relatório Anual do observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: MDI - Multimédia, Design e Imagem, Lda.
- Bowling, A. (2002). *Research Methods in Health*. (2ª Ed.). Buckingham: Open University Press.
- Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N.B.M., O' Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-164.
- Caldeira, J. (2002). Educação do diabético. In R. Duarte (Ed.). *Diabetologia Clínica* (3ª ed., pp.89-95). Lisboa: Lidel.
- Carroll, A. E. & Marrero, D. G. (2006). The role of significant others in adolescent diabetes: A qualitative study. *The Diabetes Educator*, 32(2), 243-252.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E. & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *The American Journal of Psychiatry*, 158(1), 29-35.
- Cohen, O., Birnbaum, G. E., Meynchas, R., Levinger, Z., Florian, V. & Mikulincer, M. (2005). Attachment orientations and spouse support in adults with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 10(2), 161-165.
- Correia, C. S. I. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabetes tipo 2, o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Cox, D. J. & Gonder-Frederick, L. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 628-638.
- Damião, E. B. C., Dias, V. C. & Fabri, L. R. O. (2010). O adolescente e o diabetes: uma experiência de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 41-47.
- Danne, T., Mortensen, H. B., Hougaard, P., Lyngaard, H., Aanstoot, H. J., Chiarelli, F., Daneman, D., Dorchy, H., Garandeau, P., Greene, S. A., Hoey, H., Holl, R. W., Kaprio, E. A., Kokova, M., Martul, M., Matsuura, N., Robertson, K. J., Schoenle, E. J.,

- Sovick, O., Swift, P. G., Tson, R. M., Vanelli, M. & Aman, J. (2001). Persistent differences among centers over 3 years in glycemic control and hypoglycemia in a study of 3,805 children and adolescents with type 1 diabetes from the Hvidovre Study Group. *Diabetes Care*, 24(8), 1342-1347.
- Delamater, A. M. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77.
- Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R. & Wysocki, T. (2001). Psychosocial Therapies in Diabetes: Report of the Psychosocial Therapies Working Group. *Diabetes Care*, 24(7), 1286-1292.
- Diabetes Control & Complications Trial Research Group (1993). Diabetes Control & Complications Trial (DCCT). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329, 977-986.
- Duarte, R. (2002). *Diabetologia Clínica* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Emerson, S. (2006). Implementing Diabetes Self-Management Education in Primary Care. *Diabetes Spectrum*, 19(2), 79-83.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Enzlin, P., Mathieu, C. & Demyttenaere, K. (2002). Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: An explorative study. *Patient Education and Counseling*, 48, 139-145.
- Erikson, E. H. (1987). *Identidade, Juventude e Crise* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Ferreira, M. & Nelas, P. B. (2006). Adolescências...Adolescentes. *Revista de Instituto Superior Politécnico de Viseu, Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-162.
- Fitzgerald, J. T., Anderson, R. M. & Davis, W. K. (1995). Gender differences in diabetes attitudes and adherence. *The Diabetes Educator*, 21(6), 523-529.
- Fleury, M. S. (2006). *Comportamentos de autocuidado em diabetes tipo 1: estratégias para a promoção da adesão*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Fowler, M. J. (2007). Classification of Diabetes: not all hyperglycemia is the same. *Clinical Diabetes*, 25(2), 74-76.
- Fowler, M. J. (2008). Microvascular and Macrovascular complications of diabetes. *Clinical Diabetes*, 26(2), 77-82.
- Funnell, M. M. & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127.
- Gallego, M. R. (2001). Diabetes em cuidados primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 95-100.
- Gallego, M. R. (2005). Diabetes tipo 2: de orientações gerais para um tratamento individualizado. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 571-572.

- Garrett, S. P. A. G. A. (s.d). *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: factores motivacionais*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Gimenes, H. T., Zanetti, M. L. & Haas, V. J. (2009). Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 17(1), 46-51.
- Góis, C. (2002). Aspectos psicossociais do adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1. *Psiquiatria Clínica*, 23(1), 63-77.
- Gonzalez, J. S., Delahanty, L. M., Safren, S. A., Meigs, J. B. & Grant, R. W. (2008). Differentiating symptoms of depression from diabetes-specific distress: relationship with self-care in type 2 diabetes. *Diabetologia*, 51(10), 1822-1825.
- Grane, M., Wentzel-Larsen, T., Hanestad, B. R., Batsvik, B., Sovik, O. (2003). Measuring self-reported, health-related, quality of life in adolescents with type 1 diabetes using both generic and disease-specific instruments. *Acta Paediatrica*, 92(10), 1190-1196.
- Grey, M., Boland, E. A., Yu, C. Sullivan-Bolyai, S. & Tamborlance, W. V. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21(6), 909-914.
- Griva, K., Myers, L. B. & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health*, 15(6), 733-750.
- Guttman-Bauman, I., Flaherty, B. p., Strugger, M. & McEvoy, R. (1998). Metabolic Control and Quality-of-life Self-Assessment in Adolescents with IDDM. *Diabetes Care*, 21(6), 915-918.
- Heleno, M. G. V. & Antonia, C. (2004). Promoção e Educação para a saúde: um estudo com pacientes diabéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 189-194.
- Holahan, C. & Moos R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Howells, L., Wilson, A. C., Skinner, T. C., Newton, R., Morris, A. D. & Greene, S. A. (2002). A randomized control trial of the effect of negotiated telephone support on glycaemic control in young people with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 19(8), 643-648.
- Huizinga, M. M. & Peltier, A. (2007). Painful diabetic neuropathy: a management - centered review. *Clinical Diabetes*, 25(1), 6-15.
- Iannotti, R. J., Schneider, S., Nansel, T. R., Haynie, D. L., Plotnick, L. P., Clark, L. M., Sobel, D. O. & Simons-Morton, B. (2006). Self-efficacy, outcome expectations and diabetes self-management in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 27(2), 98-105.
- Johnston, M. & Kennedy, P. (1998). Special issue on clinical health psychology in chronic conditions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(2), 59-61.
- Johnston, M. & Kennedy, P. (1998). Special Issue on Clinical Health Psychology in Chronic Conditions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5(2), 59-61.
- Jones, J. M., Lawson, M. L. & Daneman, D. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross-sectional study. *BMJ*, 320, 1563-1566.

- Kaufman, F. R. (1997). Diabetes Mellitus. *Pediatrics in Review*, 18(11), 383-393.
- La Greca, A. M. & Bearman, K. J. (2002). The Diabetes Social Support Questionnaire-Family version: Evaluating adolescents' diabetes-specific support from family members. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 665-676.
- Leite, M. (2005). Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças diabéticas. In M. P. Guerra, & L. Lima (Eds.), *Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp.155-174). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lent, R. W. & Maddux, J. E. (1997). Self-Efficacy: Building a Sociocognitive Bridge between Social and Counseling Psychology. *The Counselling Psychologist*, 25(2), 240-255.
- Leonard, B. J., Jang, Y. P., Savick, K. & Plumbo, M. A. (2005). Adolescents with type 1 diabetes: Family functioning and metabolic control. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 102-121.
- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. *Archives of Medical Research, México City*, 36, 300-306.
- Lisboa, M. E. & Duarte, R. (2002). Classificação e diagnóstico da diabetes. In R. Duarte (Ed.), *Diabetologia Clínica* (3ªed., pp.25-42). Lisboa: Lidel.
- Luftey, K. E. & Wishner, W. J. (1999). Beyond "Compliance" Is "Adherence" - Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*, 22(4), 635-639.
- Maia, F. & Araújo, L. (2002). Projecto " Diabetes Weeken" - Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia*, 46(5), 566-573.
- Marcelino, D. B. & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e a sua Relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage Publications.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística - com utilização do SPSS* (3ªEd.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McCollum, M., Hansen, L. S., Lu, L. & Sullivan, P. W. (2005). Gender differences in diabetes mellitus and effects on self-care activity. *Gender Medicine*, 2(4), 246-254.
- McIntyre, T. M. (1997). A psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. *Psicologia: Teoria & Prática*, 2, 161-178.
- McKelvey, J., Waller, D. A., North, A. J., Marks, J. F., Schreiner, B., Travis, L. B. & Murphy, J. N. (1993). Reliability and validity of the diabetes family behavior scale (DFBS). *The Diabetes Educator*, 19(2), 125-132.
- McNabb, W. L. (1997). Adherence in Diabetes: can we define it and can we measure it?. *Diabetes Care*, 20(2), 215-218.
- Miller, V. A. & Drotar, D. (2007). Decision-making competence and adherence to treatment in adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(2), 178-188.
- Minanni, C. A., Ferreira, A. B., Sant'Anna, M. J. C. & Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência & Saúde*, 7(1), 45-52.

Percepção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

- Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal. Ponto da situação. Relatório do Alto Comissário da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Morán, R. M. & Romero, J. F. G. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de Mexico*, 39(1), 44-47.
- Moutinho, K. & Roazzi, A. (2010). As Teorias da Ação Racional e da Ação Planejada: relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 279-287.
- Navalhas, J. C. B. (1998). Crise e suporte social: efeitos potenciais do suporte social. *Revista de Psiquiatria*, XI(3), 27-46.
- Nesto, R. W. (2008). LDL Cholesterol Lowering in type 2 Diabetes: what is the optimum approach? *Clinical Diabetes*, 26(1), 8-13.
- Nicassio, P. M., Meyerowitz, B. E. & Kerns, R. D. (2004). The future of health psychology interventions. *Health Psychology*, 23(2), 132-137.
- Novato, T. S. (2009). *Factores predictivos de qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes com diabetes Mellitus do Tipo 1*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Novato, T. S., Grossi, S. A. A. & Kimura, M. (2008). Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 562-567.
- Nunes, M. (2005). Apoio Social na Diabetes. *Millenium: Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 9(31), 135-149.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ossman, S. S. (2006). Diabetic nephropathy: where we have been and where we are going. *Diabetes Spectrum*, 19(3), 153-156.
- Pedrosa, L. A. K. (1991). *Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença: base para a compreensão de suas ações em saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - São Paulo.
- Peebles, M., Koshinsky, J. & McWilliams, J. (2007). The benefits of diabetes education: better health outcomes through successful self-management. *Diabetes voice*, 52 (Special Issue), 5-8.
- Persson, L. & Hjalmarson, A. (2006). Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 75-80.
- Pianta, R. C. & Harbers, K. L. (1996). Observing mother and child behavior in a problem-solving situation at school entry: Relations with academic achievement. *Journal of School Psychology*, 34(3), 307-322.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

- Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45(4), 489-493.
- Salvado, N. A. A. (2012). Adesão terapêutica numa população diabética atendida na unidade de Diabetes do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Santos, J. R. & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Seu Cotidiano e Enfrentamento da Doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 411-425.
- Schafer, L. C., McCaul, K. D. & Glasgow, R. E. (1986). Supportive and non-supportive family behaviors: Relationships to adherence and metabolic control in persons with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 9(2), 179-185.
- Schechter, C. B. & Walker, E. A. (2002). Improving adherence to diabetes self-management recommendations. *Diabetes Spectrum*, 15(3), 170-175.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Setji, T. L., Brown, A. J. & Feinglos, M. N. (2005). Gestational Diabetes Mellitus. *Clinical Diabetes*, 23(1), 17-24.
- Sherman, J. J. (2005). The impact of smoking and quitting smoking on patients with Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 18(4), 202-208.
- Silva, I. & Ribeiro, J. (2000). Programa de Intervenção psicológica num grupo de indivíduos com problemas de pé diabético. In J. L. Ribeiro, I. Leal & M. R. Dias (Eds.). *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 311-322). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, I. (2006). *Psicologia da Diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência*, II(2).
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, no controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.
- Sousa, M. R. M. G. C. (2003). *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associadas à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Sprague, M. A., Scultz, J. A. & Branen, L. J. (2006). Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self-management after diabetes education. *Family Community Health*, 29(4), 245-255.
- Strickland, B. R. (1989). Internal-External Control Expectancies: from contingency to creativity. *American Psychologist*, 44, 1-12.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 441-448.

- Toobert, D. J., Hampson, S. E. & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of diabetes self-care activities measures: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950.
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Undén, A., Elofsson, S., Andréasson, A., Hillered, E., Ericksson, I. & Brismar, K. (2008). Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care and metabolic control in patients with diabetes. *Gender Medicine*, 5(2), 162-180.
- Vazão, M. J. (2008). *Relações entre optimismo disposicional, representações de doença, adesão às actividades de autocuidado e bem-estar subjectivo na diabetes tipo 2*. Tese de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Vieira, M. A. & Lima, R. A. G. (2002). Crianças e Adolescentes com doença crónica: Convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 552-560.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Whittemore, R. Melkus, G. D. & Grey, M. (2005). Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment woman with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 195-203.
- Wild, S. W., Roglic, G. & Green, A. (2004). Global Prevalence of Diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.
- World Health Organization. (1999). Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Geneva: Department of Noncommunicable Disease Surveillance.
- Younis, N., Broadbent, D. M., Harding, S. P. & Vora, J. P. (2002). Prevalence of diabetic eye disease in patients entering a systematic primary care-based eye screening programme. *Diabetic Medicine*, 19, 1014-1021.

Anexos

Anexo 1

Universidade da Beira Interior

Estado de saúde e adesão terapêutica em jovens portadores de diabetes

No âmbito do mestrado em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, pretendo levar a cabo uma investigação cujo objetivo é avaliar os níveis de adesão à terapêutica, bem como a perceção do estado geral de saúde numa amostra de jovens diabéticos.

Este questionário foi elaborado com a finalidade de nos ajudar a saber mais acerca dos seus problemas e do modo como estes afectam a sua vida, pelo que a sua colaboração é muito importante.

O presente questionário é **confidencial** e **anónimo**, sendo que **os dados apenas serão utilizados para investigação**. Deste modo, deve ser o/a mais sincero/a possível nas suas respostas, devendo responder de acordo com o modo como realmente se sente.

Desde já, muito obrigado pela sua colaboração.

Responda às questões a seguir formuladas e coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve o seu caso:

QUESTIONÁRIO SÓCIO - DEMOGRÁFICO

Idade _____

Sexo: Masculino Feminino

Região de residência de origem _____

Grau de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	Ensino básico 3º ciclo	<input type="checkbox"/>
Sabe ler sem ter frequentado a escola	<input type="checkbox"/>	Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 1º ciclo	<input type="checkbox"/>	Ensino Superior	<input type="checkbox"/>
Ensino básico 2º ciclo	<input type="checkbox"/>		

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

Agregado familiar (com quem vive?)
(por exemplo: “pai, mãe, irmão, irmã”)

Estatuto sócio – económico:

- Alto
Médio-alto
Médio
Médio-baixo
Baixo

Tem actividades extracurriculares?

- Sim Não
Quais?
-

Tipo de diabetes:

- Tipo 1
Tipo 2

Com que idade foi diagnosticada a diabetes?

_____ anos

Qual o tratamento que faz?

- Dieta Insulina
Comprimidos Outro

Qual? _____

Com que idade iniciou o tratamento da diabetes? _____ anos.

Dificuldades específicas sentidas com o tratamento:

- Alimentação (seguir a dieta recomendada pelo médico)
- Exercício físico
- Medicação
- Nenhumas, não sinto dificuldades
- Outras Quais? _____

Apoio de pessoas significativas nos cuidados com a diabetes:

- Pais Amigos Psicólogo
- Irmãos Professores Nenhum
- Outros familiares Médico

Com que frequência costuma recorrer ao seu médico?

- De 15 em 15 dias
- De mês a mês
- De 2 em 2 meses
- De 3 em 3 meses
- De 6 em 6 meses
- 1 vez por ano

Outras doenças crónicas associadas:

- Respiratórias Dermatológicas Reumáticas
- Cardiovasculares Nenhuma
- Neurológicas Outra Qual? _____

Quais os fatores que consideras estar associados à origem da tua diabetes?

- Hereditariedade Comer muito
- Idade Não comer bem
- Obesidade Comer muitas gorduras
- Inatividade física Outro Qual? _____

Percepção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

Quais as práticas que consideras importantes para prevenir o aparecimento da diabetes?

Bons hábitos alimentares

Praticar atividade física

Controlar o peso

Nenhuma

Outras Quais? _____

SF-36 Estado Geral de Saúde

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona-te sobre a tua saúde. Estas informações servem para nos manter informados de como te sentes e quão bem és capaz de fazer as tuas atividades da vida diária.

Responde a cada questão assinalando a resposta como indicado. Caso estejas inseguro em como responder, por favor tenta responder o melhor que pudeses.

- 1. Em geral, dirias que a tua saúde é:** (circula uma)
- | | |
|-----------|---|
| Excelente | 1 |
| Muito boa | 2 |
| Boa | 3 |
| Má | 4 |
| Muito má | 5 |

- 2. Comparada a um ano atrás, como classificarias a tua saúde em geral, agora?** (circula uma)
- | | |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás | 1 |
| Um pouco melhor agora do que há um ano atrás | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás | 4 |
| Muito pior agora do que há um ano atrás | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que tu poderias fazer atualmente durante um dia normal. Devido à tua saúde, tens dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso indica quanto.

Atividades	Sim, dificulta muito.	Sim, dificulta um pouco.	Não, não dificulta de modo algum.
a)Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados e participar em desportos pesados.	1	2	3

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
 Universidade da Beira Interior

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, aspirar, jogar à bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários degraus de escadas.	1	2	3
e) Subir um degrau de escadas.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de um quilómetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, tiveste algum dos seguintes problemas com o teu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da tua saúde física?

	Sim	Não
a) Diminuiste a quantidade de tempo que dedicavas ao teu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizaste menos tarefas do que gostarias?	1	2
c) Estiveste limitado/a no teu tipo de trabalho ou noutras atividades?	1	2
d) Tiveste dificuldade em realizar o teu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitaste de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, tiveste algum dos seguintes problemas com o teu trabalho ou com alguma atividade diária regular como consequência de algum problema emocional (como sentires-te deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Diminuíste a quantidade de tempo que dedicavas ao teu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizaste menos tarefas do que gostarias?	1	2
c) Não trabalhaste ou não fizeste qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente fazes?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira a tua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas tuas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circula uma)

De forma nenhuma

1

Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo tiveste durante as últimas 4 semanas?

(circula uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto as tuas dores interferiram com o teu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como o trabalho dentro de casa)?

(circula uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre te sentes e como tudo tem acontecido contigo durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dá uma resposta que mais se aproxime da maneira como te tens sentido durante as ultimas 4 semanas.

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo te tens sentido cheio/a de energia, força de vontade?	1	2	3	4	5	6

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
 Universidade da Beira Interior

b) Quanto tempo te tens sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo te tens sentido tão deprimido/a que nada pode ajudar-te?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo te tens sentido calmo/a ou tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo te tens sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo te tens sentido desanimado/a e abatido/a?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo te tens sentido esgotado/a?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo te tens sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo te tens sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo a tua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as tuas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, entre outros)?

(circula uma)

- | | |
|----------------------------|---|
| Todo o tempo | 1 |
| A maior parte do tempo | 2 |
| Alguma parte do tempo | 3 |
| Uma pequena parte do tempo | 4 |
| Nenhuma parte do tempo | 5 |

11. Quanto verdadeiro ou falso é para ti cada uma das seguintes afirmações?

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto as outras pessoas que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

SDSCA – The Summary of Diabetes Self-Care Activities

Resumo de atividades de autocuidados na diabetes

As perguntas abaixo formuladas questionam-te acerca das tuas atividades de autocuidados na diabetes durante os últimos sete dias. Se durante os últimos sete dias estiveste doente, por favor, pensa nos últimos sete dias em que não te encontraste doente.

DIETA

1. Quantos dias, nos últimos sete dias seguiste um plano saudável de alimentação?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. Em média, durante o último mês quantos dias por semana tens seguido o teu plano alimentar?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Em quantos dos últimos sete dias comeste cinco ou mais porções de frutas e vegetais?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Em quantos dos últimos sete dias comeste alimentos ricos em gordura, como carne vermelha ou produtos lácteos gordos?

0 1 2 3 4 5 6 7

EXERCÍCIO FÍSICO

1. Em quantos dos últimos sete dias praticaste pelo menos 30 minutos de atividade física? (total de minutos de atividade contínua, incluindo andar a pé)

0 1 2 3 4 5 6 7

2. Em quantos dos últimos sete dias participaste numa sessão de exercícios específicos (como natação, caminhada, ciclismo)?

0 1 2 3 4 5 6 7

TESTES DE AÇUCAR NO SANGUE

1. Em quantos dos últimos sete dias mediste os teus níveis de açúcar no sangue?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. Em quantos dos últimos sete dias mediste os teus níveis de açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo teu médico?

0 1 2 3 4 5 6 7

CUIDADOS COM OS PÉS

1. Em quantos dos últimos sete dias verificaste os teus pés?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. Em quantos dos últimos sete dias verificaste o interior dos teus sapatos?

0 1 2 3 4 5 6 7

FUMAR

1. Fumaste um cigarro, até mesmo uma passa, durante os últimos sete dias?

0 – Não

1 – Sim. Se sim, quantos cigarros fumaste em média por dia?

Número de cigarros: _____

ITENS ADICIONAIS

1A. Quais dos seguintes cuidados com a alimentação a tua equipa de saúde (médico, enfermeira, nutricionista) te aconselhou a fazer?

Assinala todos os que se aplicam:

- a) Seguir um plano alimentar com pouca gordura.
- b) Seguir uma dieta rica em hidratos de carbono.
- c) Reduzir a ingestão de calorias para perder peso.
- d) Comer alimentos ricos em fibra dietética.
- e) Comer muitas frutas e legumes (pelo menos 5 porções por dia).
- f) Comer poucos doces (sobremesas, refrigerantes, chocolate)
- g) Outro (especifica): _____
- h) Eu não fui aconselhado/a pela minha equipa de saúde a ter qualquer cuidado com a alimentação.

2A. Quais dos seguintes cuidados relacionados com a atividade física, a tua equipa de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista) te aconselhou a fazer?

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

Assinala todos os que se aplicam:

- a) Fazer exercício de baixo nível, como caminhar, diariamente.
- b) Praticar exercício durante pelo menos 20 minutos, três vezes por semana.
- c) Incluir o exercício físico na rotina diária (por exemplo, utilizar as escadas em vez do elevador, caminhar, etc).
- d) Envolver-se num tipo, duração e nível específicos de exercício.
- e) Outro (especifica): _____
- f) Eu não fui aconselhado/a pela minha equipa de saúde a fazer exercício.

3A. Quais dos seguintes cuidados a tua equipa de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista) te aconselhou a fazer?

Assinala todos os que se aplicam:

- a) Verificar o teu nível de açúcar no sangue utilizando uma gota de sangue do teu dedo e uma cartela de cores.
- b) Verificar o teu nível de açúcar no sangue utilizando uma máquina para ler os resultados.
- c) Verificar os níveis de açúcar através da análise da urina.
- d) Outro (especifica): _____
- e) Eu não fui aconselhado/a pela minha equipa de saúde a verificar os níveis de açúcar no sangue.

4A. Qual dos seguintes medicamentos o teu médico te prescreveu para a diabetes?

Assinala todos os que se aplicam:

- a) Uma injeção de insulina uma ou duas vezes por dia.
- b) Uma injeção de insulina três ou mais vezes por dia.
- c) Comprimidos para controlar o meu nível de açúcar no sangue.
- d) Outro (especifica): _____
- e) Não me foi prescrita insulina, nem comprimidos para a minha diabetes.

DIETA

5A. Em quantos dos últimos sete dias dividiste o consumo de hidratos de carbono uniformemente ao longo do dia?

0 1 2 3 4 5 6 7

MEDICAMENTOS

6A. Em quantos dos últimos sete dias tomaste a medicação prescrita para a diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

7A. Em quantos dos últimos sete dias tomaste as injeções de insulina recomendadas?

0 1 2 3 4 5 6 7

8A. Em quantos dos últimos sete dias tomaste o número de comprimidos prescritos para a diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

CUIDADOS COM OS PÉS

9A. Em quantos dos últimos sete dias lavaste os pés?

0 1 2 3 4 5 6 7

10A. Em quantos dos últimos sete dias secaste os pés depois de lavar?

0 1 2 3 4 5 6 7

11A. Em quantos dos últimos sete dias secaste os pés entre os dedos depois de lavar?

0 1 2 3 4 5 6 7

FUMAR

12A. Na tua última visita ao médico foste questionado/a acerca de seres fumador?

Sim

Não

13A. Se és fumador, na tua última visita ao médico, foste aconselhado acerca das consequências de fumar ou alguém se ofereceu para te encaminhar para um programa para deixar de fumar?

Sim

Não

Não fumo

Perceção do Estado de saúde e Adesão Terapêutica na Diabetes
Universidade da Beira Interior

14A. Quando foi a última vez que fumaste um cigarro?

- Há mais de dois anos atrás.
- Há dois anos atrás.
- Há doze meses atrás.
- Há três meses atrás.
- No mês passado.
- Hoje.

Obrigado pela tua colaboração!

Anexo 2



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Formulário de consentimento informado

Para os devidos efeitos, declaro que estou de acordo em participar na Dissertação de Mestrado “Perceção do estado de saúde e adesão terapêutica na diabetes, estudo com população jovem portuguesa”, tendo como investigadora Fábria Carolina Martins Machado Alves, sob a orientação do Professor Doutor Henrique Pereira da Universidade da Beira Interior.

Foram explicadas a natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de esclarecer todos os aspetos que me pareceram pertinentes.

A minha identidade não será revelada e os dados permanecerão confidenciais, concordando que estes sejam apenas utilizados para investigação.

Sei que sou livre de não participar no estudo, se for esse o meu desejo.

Li com atenção e aceito de livre vontade participar no estudo:

Assinatura da Investigadora: _____

Data: _____