



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Suporte Social e Adesão ao Tratamento na Diabetes *Mellitus*: estudo exploratório

Diana Margarida Ribeiro Torroais Albuquerque

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

Orientadora: Prof.^a Doutora Cláudia Maria Gomes Mendes da Silva

Covilhã, Junho de 2016

Agradecimentos

AOS MEUS PAIS. Por serem meus pais. Por tudo.

À FAMÍLIA, pelo voto de confiança e por acreditarem sempre.

AOS AMIGOS, pelo companheirismo e dedicação.

À PROFESSORA DOUTORA CLÁUDIA, pela orientação, pelo acompanhamento, pela disponibilidade, pela partilha e pelos conhecimentos e sugestões transmitidos. E mais que isso, pela paciência.

Resumo

O **objetivo** primordial da presente investigação prende-se com a análise da relação entre a Adesão ao Tratamento e os níveis de Apoio Social percebido em sujeitos com Diabetes *Mellitus* acompanhados nas consultas de Diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira na Covilhã e do Hospital Sousa Martins na Guarda. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal e os dados foram recolhidos através de inquéritos de autorresposta. A amostra conta com 83 participantes, 53% pertencentes do sexo masculino e 47% do sexo feminino, com uma média de idades de 65 anos. Cerca de 66% dos inquiridos são casados ou vivem em união de facto e aproximadamente 64% apenas frequentou o ensino até ao 4º ano de escolaridade. Os **resultados** da presente investigação sugerem que os participantes, em termos médios, revelam ter comportamentos de autocuidado cerca de cinco dias por semana, sendo o Cuidado com os pés a dimensão com maior pontuação. O Exercício físico foi a dimensão da Adesão ao Tratamento que revelou valores médios mais baixos (cerca de dois dias por semana). Os níveis de Apoio Social, em geral, são elevados, sendo o apoio emocional a dimensão que revela pontuação mais elevada. Em relação à percepção de Apoio Social, os homens apresentam valores mais elevados comparativamente às mulheres. A maioria da amostra não apresenta presença de sintomas depressivos ou de ansiedade, no entanto as mulheres revelam maiores pontuações quando comparadas aos homens. Não foram encontradas associações significativas entre a Adesão ao Tratamento e o Suporte Social, contudo verificou-se uma relação entre as subescalas Cuidados com os Pés e Monitorização da Glicemia com o Apoio Social Informativo e com o Apoio Social Instrumental, respetivamente. Foram, ainda, verificadas associações entre o Apoio Social e a presença de Sintomas de Depressão ou Ansiedade e entre a subescala Atividade Física e a presença de Sintomas de Depressão.

Palavras-chave

Diabetes *Mellitus*, Adesão ao Tratamento, Autocuidado, Apoio Social.

Abstract

The main objective of this study was the analysis of the relationship between Treatment Adherence and levels of Social Support perceived in people with diabetes mellitus attending an outpatient diabetes treatment division of Cova da Beira Hospital in Covilhã or Sousa Martins Hospital in Guarda. This is a descriptive, correlational and cross-sectional study and data were collected through self-report surveys. The sample includes 83 participants, with 53% male and 47% female, with an average age of 65 years. About 66% of respondents are married or living in union and approximately 64% attended school only to 4th grade. The results of this research suggest that participants, on average, report having self-care behavior about five days a week, and the Foot Care dimension was the highest score. The Physical Exercise was the dimension of Treatment Adherence that reveals lower average values (about two days a week). The levels of Social Support, in general, are high and the Emotional Support dimension reveals the higher score. Men have higher values compared to women in relation to perception of Social Support. Most of the sample does not present Depression or Anxiety symptoms, however it was found that women showed higher scores than men. There were no significant associations between Treatment Adherence and Social Support, however there was a relationship between the subscales Care Feet and Monitoring of Blood Glucose with Information Social Support and Instrumental Social Support, respectively. It was also found associations between Social Support and the presence of Depression or Anxiety symptoms and between the subscale Physical Exercise and the presence of Depression symptoms.

Keywords

Diabetes Mellitus, Treatment Adherence, Self-care, Social Support.

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico	3
1.1. Doença crónica: caracterização	3
1.2. Diabetes <i>Mellitus</i>	3
1.2.1. Incidência e prevalência	3
1.2.2. Caracterização da Diabetes	4
1.2.3. Diagnóstico e sintomas da doença	5
1.2.4. Etiologia e fatores de risco	6
1.2.5. Tratamento	7
1.3. Adesão ao tratamento	8
1.3.1. Definição	8
1.3.2. Fatores de influência	9
1.3.3. Teoria da Ação Racional e do Comportamento Planeado	12
1.3.4. O Modelo de Autorregulação de Leventhal	13
1.4. Implicações psicológicas da Diabetes	15
1.5. Suporte Social e Doença Crónica	16
1.5.1. História e Conceito	16
1.5.2. Dimensões	17
1.5.3. Fontes e tipos de Apoio Social	18
1.5.4. Importância no Confronto Com a Doença	19
1.6. Suporte Social, Autogestão e Adesão ao Tratamento na Diabetes	20
Capítulo II - Metodologia	25
2.1. Caracterização do estudo	25
2.1.1. Hipóteses	25
2.2. Participantes	27
2.3. Instrumentos	29
2.3.1. Escala de Apoio Social (EAS)	29
2.3.2. Escala de Atividades de Autocuidados na Diabetes (EAAC)	30
2.3.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	30
2.3.4. Questionário sociodemográfico	31
2.4. Procedimentos	31
Capítulo III - Resultados	33
3.1. Análises estatísticas preliminares	33
3.2. Estatísticas descritivas básicas	34
3.3. Estatísticas inferenciais	38

3.3.1. Associação entre Adesão ao Tratamento, Apoio Social e Sintomas de Depressão ou Ansiedade	38
3.3.2. Diferenças entre Adesão ao Tratamento, Apoio Social e Sintomas de Depressão ou Ansiedade	40
3.4. Modelo de regressão linear múltipla	45
3.5. Modelo de regressão logística	47
Capítulo IV - Discussão	49
4.1. Apoio Social	50
4.2. Adesão ao Tratamento	51
4.3. Adesão ao Tratamento, Apoio Social e Sintomas de Depressão ou de Ansiedade	53
4.4. Limitações ao estudo	55
Bibliografia	57
Anexos	69

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de Ação Racional e do Comportamento Planeado

Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos da amostra
- Tabela 2 - Consistência interna dos instrumentos utilizados
- Tabela 3 - Estatísticas descritivas da HADS
- Tabela 4 - Frequências da HADS
- Tabela 5 - Estatísticas descritivas da EAS
- Tabela 6 - Estatísticas descritivas da EAAC
- Tabela 7 - Frequências da EAAC e das suas subescalas
- Tabela 8 - Correlações entre as subescalas da HADS e da EAS
- Tabela 9 - Correlações entre as subescalas da EAS e da EAAC
- Tabela 10 - Correlações entre as subescalas da HADS e da EAAC
- Tabela 11 - Teste de diferenças de género nas escalas HADS, EAS e EAAC
- Tabela 12 - Diferenças de género nas subescalas da HADS
- Tabela 13 - Diferenças de género nas subescalas da EAS
- Tabela 14 - Diferenças de género nas subescalas da EAAC
- Tabela 15 - Diferenças nas subescalas da HADS em função do grupo etário
- Tabela 16 - Diferenças nas subescalas da EAS em função do grupo etário
- Tabela 17 - Diferenças nas subescalas da EAAC em função do grupo etário
- Tabela 18 - Diferenças nas escalas HADS, EAS e EAAC em função do tipo de diabetes
- Tabela 19 - Teste de diferenças do tipo de medicação na adesão ao tratamento
- Tabela 20 - Coeficientes e estatísticas do modelo de regressão linear múltipla sobre a adesão ao exercício físico (estimativa dos parâmetros)
- Tabela 21 - Modelo de regressão logística (estimativa dos parâmetros)

Lista de Acrónimos

APA	American Psychological Association
EAAC	Escala de Atividades de Autocuidados com a Diabetes
DGS	Direção Geral de Saúde
EAS	Escala de Apoio Social
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

Atualmente, o estudo das doenças crónicas tem vindo a revelar-se bastante relevante devido ao seu grau de prevalência a nível mundial (OMS, 2011). A Diabetes *Mellitus*, tratando-se de uma doença crónica, também ela tem sido alvo de inúmeros estudos e investigações, pois constitui uma das principais causas de morte em Portugal (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015).

O tema da adesão ao tratamento na Diabetes assume uma extrema importância tendo em conta que o sucesso dos tratamentos depende, em grande parte, dos esforços desenvolvidos pelos próprios sujeitos na gestão da doença e nos cuidados de saúde desempenhados. Estes comportamentos a favor da saúde devem ser incentivados pelos profissionais competentes, auxiliando na definição de objetivos e na tomada de decisões. No entanto, a literatura revela que, em muitos casos, existe dificuldade no cumprimento das recomendações médicas, aumentando as complicações inerentes à doença e comprometimento a qualidade de vida dos indivíduos (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015).

Salienta-se a relevância de conceptualizar a adesão atendendo a variáveis psicossociais que podem ter influência neste processo que é a adesão ao tratamento (Almeida & Matos, 2003). Vários estudos têm realçado a pertinência do estudo do apoio social na adesão ao tratamento em pessoas com diabetes, avançando que o suporte social parece ser um dos mediadores de adaptação à doença crónica e à manutenção da saúde (Nunes, 2005) e prevendo que as relações interpessoais percebidas como positivas conduzirão a uma melhor adaptação e gestão da doença (Almeida & Matos, 2003).

Deste modo, a presente investigação tem como principal objetivo perceber se o suporte social percebido tem impacto numa melhor adesão ao tratamento, considerando-se algumas características sociodemográficas e estado de humor dos doentes.

O presente trabalho divide-se em quatro capítulos: i) enquadramento teórico, onde serão conceptualizados os constructos em estudo, ii) metodologia, onde serão apresentados os objetivos, os instrumentos e os passos realizados na investigação, iii) resultados, onde serão descritos os resultados obtidos e iv) discussão, em que serão interpretados os resultados e comparados com a literatura existente, terminando com uma reflexão sobre as limitações do estudo, em jeito conclusivo.

Capítulo I - Enquadramento teórico

1.1. Doença crónica: caracterização

A doença crónica inicia-se normalmente de forma insidiosa, tem uma longa e indefinida duração, perdurando, em muitos casos, para o resto da vida e apresentando características que limitam as capacidades funcionais dos indivíduos (Ferraz et al., 2000). São doenças consideradas permanentes, produzindo incapacidades ou deficiências residuais, e são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigindo, assim, uma formação especial do doente para a reabilitação (World Health Organization, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2011), as doenças crónicas são consideradas uma epidemia a nível mundial, tratando-se de um grave problema de saúde pública, tendo sido responsáveis por 84% das mortes em 2008. A nível europeu, as doenças crónicas de maior prevalência são a doença cardíaca, o cancro, a doença respiratória, a diabetes e os problemas de saúde mental (Perdigão, Rocha, Duarte, Santo & Macedo, 2011).

No caso da diabetes, enquadrada neste tipo de doenças, a sua incidência e prevalência tem vindo a aumentar mundialmente, independentemente do nível de desenvolvimento do país, tanto em relação ao número de pessoas afetadas, ao grau de incapacitação e à mortalidade, como relativamente aos custos associados ao controlo e tratamento da doença e das suas complicações (Torres, Franco, Stradioto, Hortale & Schall, 2009; Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Até 2025 estima-se que cerca de 300 milhões de sujeitos sejam diagnosticados com diabetes (Romero, Barceló & Machado, 2001). António (2010) refere que cerca de 2% da população mundial é portadora da doença, com uma previsão de que ultrapasse os 3% na próxima década. Este facto pode estar associado a fatores como: o envelhecimento da população, a urbanização e a adoção de estilos de vida menos saudáveis, como o caso do sedentarismo e da alimentação inadequada (Cunha, Chibante & André, 2014; Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2011). A OMS (2011) adianta ainda que as mortes relacionadas com a doença, a nível mundial, são de cerca de 4 milhões de pessoas por ano.

Tendo em conta que a grande maioria dos cuidados diários na Diabetes é vivida entre os pacientes e os seus familiares (Toobert, Hamson & Glasgow, 2000), torna-se pertinente estudar a dinâmica da gestão da doença atendendo a questões de suporte social percebido.

1.2. Diabetes *Mellitus*

1.2.1. Incidência e Prevalência

Atualmente tem-se verificado um crescente número de casos de doenças crónicas, entre elas a Diabetes *Mellitus* que, considerada uma das mais frequentes a nível mundial (Miranzi, Ferreira, Iwamoto, Pereira & Miranzi, 2008; Perdigão et al., 2011), “constitui uma das principais causas de morte em Portugal” (António, 2010, p. 20). De acordo com o Observatório Nacional de Diabetes (2014), a taxa de prevalência da doença em Portugal em 2013, em indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, foi de 13%, o que corresponde a cerca de um milhão de portugueses. De acordo com a mesma fonte, mais de um quarto dos indivíduos entre os 60 e os 79 anos são diabéticos. Desta forma, torna-se importante estudar e aprofundar o conhecimento sobre esta doença, no sentido de procurar um melhor entendimento acerca da temática e uma posterior atuação, o mais eficaz possível, junto dos indivíduos.

Estima-se que aproximadamente 52 milhões de europeus vivam com diabetes, com um número semelhante de homens e mulheres (8,40% vs. 7,80%), entre os 20 e os 79 anos de idade. Aproximadamente 12,3% da população portuguesa é portadora da doença, dos quais 90% são do tipo 2 (Direção Geral de Saúde, 2011; Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Uma das possíveis explicações prende-se com a adoção de estilos de vida menos saudáveis, o sedentarismo e o envelhecimento da população, como referido anteriormente (Cunha et al., 2014; Cortez-Dias et al., 2011).

1.2.2. Caracterização da Diabetes

Foi no Egito em 1500 A.C. que o primeiro caso de diabetes foi encontrado, ainda como uma doença desconhecida. A terminologia de “diabetes” foi usada pela primeira vez por Apolonio e Memphis em 250 A.C. e significa sifão (tubo para aspirar água) em grego, nome atribuído devido aos sintomas da doença provocarem muita sede e elevada quantidade de urina (Gama, 2002; Santos & Enumo, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a diabetes é definida como “uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente as suas ações, caracterizada pela hiperglicemia crónica e alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas” (citado em Miranzi et al., 2008, p. 673). A diabetes pode ser considerada uma disfunção metabólica crónica, grave, de evolução progressiva e morosa (Assunção & Ursine, 2008) caracterizada por uma produção deficiente de insulina pelo pâncreas, órgão responsável pela manutenção dos níveis normais de glicose no sangue (Santos & Enumo, 2003). Por detrás das alterações metabólicas presentes na diabetes parecem, pois, estar anomalias na secreção pancreática de insulina, na ação das mesmas ou em ambas (António, 2010; Assunção & Ursine, 2008). Deste modo, existe um aumento da glicose no sangue, acompanhada por alterações metabólicas dos lípidos e das proteínas e de uma série de complicações neurológicas.

Esta doença pode classificar-se como sendo do tipo 1 ou do tipo 2. A diabetes do tipo

1 revela-se normalmente nos primeiros estágios do desenvolvimento (infância e adolescência) e caracteriza-se pela destruição das células pancreáticas que produzem a insulina, implicando uma insuficiência de insulina e caracterizando-se como uma doença autoimune. O diagnóstico da diabetes do tipo 1 é feito normalmente entre os 5/6 e os 11/13 anos de idade (Thompson & Gustafson, 1996, citado em Santos & Enumo, 2003). A diabetes do tipo 2 parece estar associada com os estilos de vida, nomeadamente com a ingestão exagerada de calorias e um estilo de vida sedentário, e traduz-se numa “anomalia progressiva da secreção de insulina associada a um estado de resistência à insulina, com perda progressiva da função das células beta” (António, 2010, p.19).

Para além da diabetes do tipo 1 e 2, existem ainda a diabetes gestacional e outros tipos específicos. A diabetes gestacional diz respeito a uma intolerância à glicose que ocorre pela primeira vez durante a gestação. Do mesmo modo que a diabetes do tipo 2, esta pode estar relacionada quer com uma diminuição das células beta, quer com a resistência à insulina. Este tipo de diabetes aumenta o risco de complicações para o bebé, no entanto, o controlo dos níveis de glicemia durante a gravidez pode atenuar esses riscos (Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Os outros tipos específicos da doença derivam de anomalias nas células beta, infeções, indução por químicos ou fármacos, defeitos genéticos na ação da insulina e outros problemas genéticos relacionados muitas vezes com a diabetes (António, 2010).

Sendo uma doença crónica, e por isso, incurável, o foco principal prende-se com a prevenção. Esta prevenção deve ser efetuada em três níveis: i) prevenção primária, que diz respeito à sinalização dos indivíduos em risco; ii) prevenção secundária, consiste na identificação dos casos não identificados; iii) e prevenção terciária, representa o tratamento dos sujeitos portadores da doença, prevenindo complicações agudas e crónicas (Medina, 2007).

1.2.3. Diagnóstico e sintomas da doença

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2011), o diagnóstico de diabetes é efetuado de acordo com os valores da glicemia no plasma venoso. Um indivíduo é diagnosticado com a doença se obtiver: 1) um valor da glicemia em jejum igual ou superior a 126 mg, 2) sintomas típicos e glicemia ocasional igual ou superior a 200 mg, 3) glicemia igual ou superior a 200 mg às 2 horas na prova de tolerância à glicose oral com 75g de glicose ou 4) hemoglobina glicada A1c (HbA1c) igual ou superior a 6,5%. O diagnóstico não deve ser feito com base de num valor único fora da norma de glicemia em jejum ou de HbA1c, devendo confirmar-se numa segunda análise, após uma a duas semanas. Deverá utilizar-se apenas um dos parâmetros de avaliação diagnóstica, no entanto, caso seja feita uma análise à glicemia em jejum e ao HbA1c e estes forem concordantes, o diagnóstico confirma-se. Caso sejam discordantes, deve fazer-se uma nova avaliação (DGS, 2011).

Os principais sintomas do doente com diabetes são a sede excessiva, a poliúria,

polifagia, perda de peso, fadiga, formigueiros, dormência e visão embaçada (Medina, 2007, citado por António, 2010). Outros sintomas que podem estar associados à doença são: sonolência, dores generalizadas, pernas cansadas, câibras, nervosismo, desânimo, visão turva e cansaço físico e mental (Marcelino & Carvalho, 2005).

Algumas das consequências associadas ao pouco/falta de controlo da doença dizem respeito ao surgimento de complicações ao nível da visão, renal e neurológico (Marcelino & Carvalho, 2005). De acordo com o Observatório Nacional da Diabetes (2015), podemos também admitir como consequências/complicações associadas a esta doença os transplantes, doenças cardiovasculares e disfunções sexuais.

1.2.4. Etiologia e fatores de risco

A diabetes pode ser causada por fatores genéticos ou hereditários e/ou fatores ambientais. Deste modo, a pessoa quando nasce já traz consigo a suscetibilidade, ou não, de poder vir a desenvolver diabetes e, associando fatores ambientais como a obesidade, infeções bacterianas, traumas emocionais, entre outros, essa probabilidade da doença se manifestar pode ser maior. Esta doença pode ainda ser causada por cirurgias, stresse, alimentação rica em hidratos de carbono, a menopausa e a ingestão de determinados medicamentos (Marcelino & Carvalho, 2005).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2011), os fatores de risco associados à diabetes dizem respeito a: i) excesso de peso e obesidade, ii) idade (≥ 45 anos para os europeus e ≥ 35 anos para outras origens/regiões do mundo), iii) estilo de vida sedentário, caracterizado por não existir prática de atividade física pelo menos de 30 minutos por dia, iv) história familiar de diabetes tipo 1, v) diabetes gestacional prévia, 5) existência de condições usualmente associadas à diabetes tipo 2 (hipertensão arterial ou dislipidemia), vi) doenças cardiovasculares prévias, vii) anomalias da glicémia em jejum e tolerância diminuída à glicose e viii) consumo de fármacos que predisponham à diabetes.

Por outro lado, alguns autores, apesar de não descartarem a ideia de que a diabetes possa ser também influenciada por fatores orgânicos, consideram que se trata de uma doença psicossomática, pois os fatores emocionais exercem uma grande influência no seu aparecimento (Silva, 1994, citado por Marcelino & Carvalho, 2005). Admite-se a hipótese de que fatores psicológicos possam estar por trás de sintomas da diabetes, em que os “traumas psíquicos” funcionem como possíveis causas da doença, ou seja, nos indivíduos predispostos esses traumas poderiam funcionar como desencadeadores da diabetes (Santos & Enumo, 2003). Neste sentido, Debray (1995) afirma que a diabetes é uma doença multifatorial, isto é, que pode ser causada através de diversos fatores. Deste modo, acredita que a diabetes é desencadeada principalmente por fatores hereditários, no entanto, o fator hereditário só por si, não é suficiente para que a doença se manifeste. Assim, admite serem necessárias “modificações exteriores violentas com valor de trauma” (Debray, 1994, pp. 25-26). Do mesmo modo, o trauma só por si, também não desencadearia a doença, portanto, considera

a diabetes como multifatorial.

O stresse é também entendido como um fator relevante, pois pode dificultar o controlo dos níveis de glicose no sangue e trazer consequências mais graves, no entanto, por outro lado, pode ser visto como um fator positivo ao permitir que o doente veja a importância da adesão ao tratamento (Johnson, 1995, citado em Santos & Enumo, 2003). Nesta linha, sentimentos como por exemplo a frustração, a solidão e o desânimo, consideradas consequências do stresse emocional, podem estar na base do desencadeamento da diabetes (Barbosa, Duarte & Santos, 2012). Outros autores acreditam que o stresse psicológico pode causar um comprometimento imunológico das células beta do pâncreas, causando a produção deficiente de insulina (Therlund et al., 1995, citado em Santos & Enumo, 2003).

A ideia de que os aspetos emocionais, afetivos, psicossociais e relacionais têm um grande impacto, quer no surgimento, quer no controlo da doença, tem vindo a ser cada vez mais aceite por parte da comunidade científica (Debray, 1995; Santos & Enumo, 2003; Barbosa et al., 2012).

1.2.5. Tratamento

O tratamento e controlo da doença, numa primeira fase, consiste no uso de uma dieta com restrições a nível de alimentos com muitos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, a prática regular de atividade física e na utilização de medicação adequada. Esta medicação pode assumir duas formas: a medicação oral, e a administração de insulina injetável nos casos mais graves ou uma combinação de ambos. Desta forma, a adesão ao tratamento pressupõe comportamentos exigentes que devem ser integrados no quotidiano do doente (Cox & Gonder, 1992, citado por Assunção & Ursine, 2008).

Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (2014), o consumo de medicamentos tem aumentado exponencialmente nos últimos anos, não só em Portugal, como em toda a Europa. Este facto pode dever-se ao aumento da prevalência da doença, o aumento do número de pessoas tratadas e um aumento nas dosagens diárias. Em 2013, cerca de 6,3% da população portuguesa recebia tratamento para a diabetes, quer seja medicação oral, quer injetável.

O controlo metabólico adequado de uma pessoa com diabetes só será conseguido através da monitorização diária dos níveis de glicemia, controlo da pressão arterial e do peso, administração correta da medicação, cuidados com os pés, prática de exercício físico e uma alimentação adequada (Cunha, Chibante & André, 2014), pelo que a medicina sozinha não consegue abarcar o controlo total da doença para que não haja complicações (Marcelino & Carvalho, 2005).

Para atingir o equilíbrio biopsicossocial do indivíduo parece ser fundamental uma integração harmoniosa entre os pacientes, a família e os profissionais de saúde. Desta forma, existe um reconhecimento da importância de equipas de saúde multidisciplinares no

sentido de promover uma eficaz educação do doente com diabetes. Como principal objetivo, os profissionais de saúde devem fornecer aos doentes as ferramentas necessárias para a promoção do autocuidado e uma autogestão da doença durante a sua vida e não apenas como uma questão de sucesso ou fracasso (Oliveira, Souza, Zanetti & Santos, 2010).

O autocuidado trata-se de uma função reguladora que permite aos indivíduos o desempenho de atividades a fim de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar, de forma autónoma, enquanto a autogestão da doença corresponde à forma como o indivíduo encara, vive ou gere a sua saúde/doença (Galvão & Janeiro, 2013). Neste sentido, o tratamento da doença, ao envolver uma monitorização constante da glicose no sangue, a administração da medicação e/ou de insulina, o controlo da alimentação e a prática de exercício físico, requerem um desenvolvimento de determinadas habilidades como a capacidade de autorregulação, autocontrolo, auto-observação e autoavaliação para uma gestão da doença bem-sucedida e para a aquisição de competências de autocuidados adequadas (Weiner, Nezu, Nezu & Geller, 2003).

1.2. Adesão ao tratamento

1.2.1. Definição

A adesão ao tratamento em indivíduos com doenças crónicas diz respeito ao nível em que o comportamento do sujeito coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, ou seja, envolve a aceitação do paciente em submeter-se ao acompanhamento e ao cumprimento das recomendações de tratamento (DiMatteo, 1994). Assim, podemos dividir a adesão ao tratamento em três estágios:

- i) concordância, estágio inicial em que o doente concorda com o tratamento e segue as recomendações dadas. Normalmente, existe uma grande supervisão acompanhada por uma elevada eficácia do tratamento;
- ii) adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado. Neste estágio a supervisão é limitada e, portanto, o paciente continua com o tratamento, pressupondo uma maior implicação e controlo da sua parte;
- iii) manutenção, fase em que o doente, sem vigilância integra o tratamento no seu estilo de vida, autocontrolando os seus novos comportamentos (Soares, Ribeiro, Lima & Ribeiro, 1997, citado por Assunção & Ursine, 2008).

Segundo a literatura, o comportamento dos sujeitos é bastante importante no controlo e gestão da doença, nomeadamente na adoção de uma atitude preventiva, na adesão ao tratamento e na prática de atividades de autocuidado imprescindíveis para a melhoria do bem-estar (António, 2009). Neste sentido, além dos cuidados relativamente à alimentação, à prática de exercício físico e à administração de medicação, os fatores emocionais e relacionais parecem exercer uma forte influência na adesão ao tratamento

(Guerra & Lima, 2005). No entanto, de acordo com DiMatteo (1994), um número considerável de pacientes (entre 25% e 40%) não aderem ao tratamento e essa falta de adesão parece ter efeitos significativos sobre os resultados do tratamento.

1.2.2. Fatores de Influência

A adesão ao tratamento caracteriza-se como sendo multifatorial, ou seja, parece ser influenciada por variados fatores que podem ser englobadas num conjunto de categorias. Uma das formas de agrupar estes fatores foi proposta por Sackett e Haynes (1976), que encontraram mais de duzentos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, e dividem-nos em cinco categorias: i) características do doente; ii) características do tratamento; iii) características da doença; iv) relacionamento com os profissionais de saúde; v) variáveis organizacionais e estruturais. Outra forma de agrupar estas variáveis foi proposta por Sanches-Sosa (2001), classificando-as em quatro categorias: i) o doente; ii) a equipa de saúde; iii) a doença em si; iv) fatores relacionados com as condições do macro-sistema, associados a traços socioeconómicos, geográficos e culturais de um determinado país (citado em Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2006).

Partindo desta última classificação, apresentamos para cada categoria os resultados da investigação sobre as variáveis associadas à adesão ao tratamento:

i) Características do doente

A adaptação à diabetes parece estar significativamente ligada com aspetos psicológicos do doente (Maia & Araújo, 2004; Torres & Piña, 2010; Santo, Souza, Ferreira, Silva & Taitson, 2012). De acordo com André (2014), os fatores psicossociais e comportamentais, nomeadamente as crenças em relação à saúde, as capacidades de autocuidado, a predisposição para a mudança, o ajustamento psicossocial, as estratégias de *coping*, o *locus* de controlo, o bem-estar emocional e a maturidade a nível cognitivo são variáveis determinantes dos comportamentos relativamente à diabetes. Por outro lado, Assunção e Ursine (2008) sugerem como fatores relacionados com a adesão ao tratamento não farmacológico a motivação para o tratamento, o fazer parte de algum grupo de diabéticos, e o conhecimento sobre as complicações relacionadas com a amputação e com os problemas na visão.

No mesmo sentido, Larkin e colaboradores (2015), na sua revisão bibliográfica, admitem que a adesão ao tratamento na diabetes pode estar relacionada com diversos fatores, entre eles, preocupações centradas no paciente e crenças sobre a diabetes enquanto doença, uma insuficiente compreensão dos benefícios da medicação e os seus efeitos secundários, dificuldade em seguir recomendações relativamente ao estilo de vida, como parte do plano de cuidados, custos da medicação e dos cuidados de saúde, confusão sobre como tomar medicamentos e problemas psicológicos associados com a gestão da doença crónica.

Segundo a literatura, é importante considerar alguns fatores específicos que podem ter influência na probabilidade de existir adesão ao tratamento, parecendo estes estar relacionados com mecanismos de regulação e envolvendo as dimensões instrumental, cognitiva e emocional (Sanchez-Sosa, 2001).

Podemos, assim, distinguir fatores intrínsecos de fatores extrínsecos. No que diz respeito à adesão ao tratamento da diabetes, os fatores intrínsecos representam a própria motivação e predisposição do doente para o controlo da doença. Soriguer e colaboradores (2012) referem que a motivação e a autoeficácia percebida estão associadas a uma melhor adesão ao tratamento, bem como a um melhor controlo metabólico, admitindo assim, que o sucesso terapêutico exige que o indivíduo se conheça a si próprio e à doença. O aumento da motivação é uma das melhores formas para aumentar a adesão ao tratamento, bem como a disposição para alterar o estilo de vida, a aceitação da doença e o apoio familiar (Assunção & Ursine, 2008).

Dentro dos fatores pessoais específicos que criam barreiras que condicionam o autocuidado diário na diabetes, Glasgow, Hampson, Strycker e Ruggiero (1997) destacam as crenças dos pacientes sobre a doença (por exemplo, a vulnerabilidade aos resultados negativos), emoções, conhecimentos e experiências. Tais perceções podem afetar a execução de comportamentos de saúde específicos, incluindo a gestão da doença e as interações paciente-médicos.

Relativamente aos fatores extrínsecos, o suporte social parece ser um motivo de grande satisfação para os pacientes, concluindo que o apoio e incentivo das pessoas próximas são indispensáveis no comprometimento com o tratamento (Monteiro, Gonçalves, Padovani, & Neto, 1998, citado por Assunção & Ursine, 2008).

No que respeita à idade do doente, estudos demonstram que o aumento da idade está associado a uma maior adesão medicamentosa (Guénette, Moisan, Breton, Sirois & Grégoire, 2013). Venturini e colaboradores (1999, citados em Guénette et al., 2016) sugerem que, embora os pacientes mais velhos sejam propensos a ter mais dificuldades do que os pacientes mais jovens, devido à maior complexidade dos seus planos alimentares, estes podem perceber a sua saúde como mais dependente de medicamentos e, por isso, podem ser mais colaborativos. Outros estudos revelaram porém que os padrões de adesão ao tratamento que foram estabelecidos durante o primeiro ano da doença tendem a manter-se ao longo do tempo, no entanto, à medida que o tempo passa parece existir uma diminuição da adesão (Silva et al., 2006). Outras características do doente aparecem também associadas a uma baixa adesão ao tratamento, ser do sexo masculino, ser jovem, ter menor estatuto socioeconómico, ser membro do grupo de minoria étnica e ser fumador mais baixa (Karter et al, 2000; Guénette et al., 2016).

ii) Características da equipa de saúde

Entre os fatores que criam barreiras que condicionam o autocuidado diário na diabetes, Glasgow e colaboradores (1997) incluem fatores sócio-ambientais como, por exemplo, as condições meteorológicas, o apoio social da família ou dos colegas, as

interações com os prestadores de cuidados de saúde, e fontes de recursos e serviços da comunidade.

A interação paciente-profissional de saúde parece ser fundamental na adesão ao tratamento, pois é este profissional de saúde que faz as recomendações e orientações necessárias para o tratamento. Assim, a clareza e a especificidade das orientações têm um papel importante no desempenho de comportamentos positivos relativamente ao tratamento (Caprara & Franco, 1999).

Pontieri e Bachion (2010) referem, também, que o vínculo existente entre o sujeito e a unidade de saúde é bastante relevante no que diz respeito à adesão ao tratamento, tendo em conta que o profissional de saúde é a entidade mais adequada para orientar os indivíduos nos seus autocuidados e para garantir que haja eficácia na adesão ao tratamento. Um estudo realizado pelos autores concluiu que o grau de motivação dos pacientes com diabetes pode estar associado a uma experiência positiva na orientação recebida em consulta.

iii) Caraterísticas da doença em si

Silva e colaboradores (2006) acreditam que baixos níveis de adesão ao tratamento parecem resultar da interseção de algumas características da doença e do seu tratamento, nomeadamente: i) ser uma doença que não acarreta um desconforto imediato, nem existir uma perceção evidente de risco; ii) o tratamento dizer respeito a mudanças no estilo de vida; iii) o tratamento ser intrusivo, complexo e inconveniente; iv) não existir uma vigilância direta dos comportamentos; v) o objetivo do tratamento ser preventivo e não a cura; vi) e o doente poder relacionar o comportamento da adesão a uma punição ou a um prémio.

Os sujeitos com sequelas crónicas da doença parecem apresentar uma maior adesão aos cuidados alimentares e aos tratamentos farmacológicos, comparativamente aos doentes que não sofrem de complicações (Silva et al., 2006). Alguns estudos sugerem ainda que os pacientes com diabetes temem a medicação injetável, condicionando assim o cumprimento do tratamento (Larkin et al.; Guénette et al., 2016).

Karter e colaboradores (2000) revelam outras características que parecem estar associadas a baixos níveis de adesão ao tratamento, entre as quais o diagnóstico ter sido feito há um longo período de tempo e a terapia ser menos intensiva.

iv) Fatores relacionados com as condições do macro-sistema

Os doentes com diabetes que residem em áreas de risco elevado (áreas com desigualdades intraurbanas e entendidas como prioritárias na intervenção e alocação de recursos) parecem ter uma menor adesão ao tratamento não farmacológico, comparativamente aos que não residem nessas áreas. Por outro lado, os sujeitos com maiores dificuldades a nível financeiro também demonstraram uma menor adesão ao tratamento, podendo justificar este facto com a pouca capacidade monetária para a aquisição de alimentos (Assunção & Ursine, 2008).

Clark (2003) ao refletir sobre os fatores que influenciam a adesão ao tratamento, considera a família como o fator mais influente. A assistência e o apoio de amigos e familiares têm-se revelado importantes na promoção da adesão do paciente ao encorajar o otimismo e a autoestima, ao amortecer as tensões de estar doente e na redução da depressão do paciente. A adesão ao tratamento farmacológico parece estar relacionada positivamente com o número de pessoas com quem o sujeito vive, por isso é possível que estas pessoas constituam uma fonte de suporte social importante, o que pode contribuir para que a injeção de insulina seja menos intrusiva na sua vida (Silva et al., 2006). O estabelecimento de uma relação significativa e substancial entre o apoio social e a adesão ao tratamento sugere que a própria adesão funciona como um importante mecanismo de mediação entre o apoio social e os resultados de saúde (DiMatteo, 2004).

1.2.3. Teoria da Ação Racional e do Comportamento Planeado

Um dos modelos que aborda os comportamentos aplicados à saúde denomina-se de Teoria da Ação Racional e foi desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1975, citado em Roazzi, Souza & Roazzi, 2014). Este modelo admite a existência de uma avaliação racional das informações disponíveis aquando da adoção de comportamentos e introduz um elemento chave entre as crenças/attitudes e o comportamento propriamente dito, denominado de intenção comportamental. Esta intenção é o fator que melhor prediz a realização do comportamento. As normas subjetivas consistem nas crenças dos sujeitos relativamente ao que é esperado de si por parte dos outros, combinando com a sua motivação para se comportar da forma como entende que é esperado. Por sua vez, as crenças comportamentais do indivíduo exercem influência sobre as suas atitudes, e estas referem-se às consequências dos comportamentos, bem como a avaliação dessas consequências esperadas. A intenção de realizar um determinado comportamento, de acordo com este modelo, resulta de uma avaliação positiva das respetivas consequências e da perceção de aprovação social. Assim, a intenção é influenciada por determinantes pessoais e determinantes sociais: os determinantes pessoais refletem a atitude relativamente ao comportamento e os determinantes sociais dizem respeito à pressão social (norma subjetiva) (Amorim, 2000; Moutinho & Roazzi, 2010). A intenção de realizar um comportamento não é uma garantia que esse comportamento seja efetivamente realizado, no entanto trata-se do seu melhor preditor (Roazzi et al., 2014).

Posteriormente, e devido à crítica de que o comportamento pode ser influenciado por outros fatores, a Teoria do Comportamento Planeado Ajzen (1991, citado em Roazzi, Souza & Roazzi, 2104) veio acrescentar à Teoria da Ação Racional o controlo comportamental percebido. Esta perceção de controlo resulta das crenças do sujeito relativamente à facilidade ou dificuldade na realização do comportamento (Moutinho & Roazzi, 2010). Assim, o modelo passa a ter em conta a noção de controlabilidade, como é sugerido no esquema que se segue.

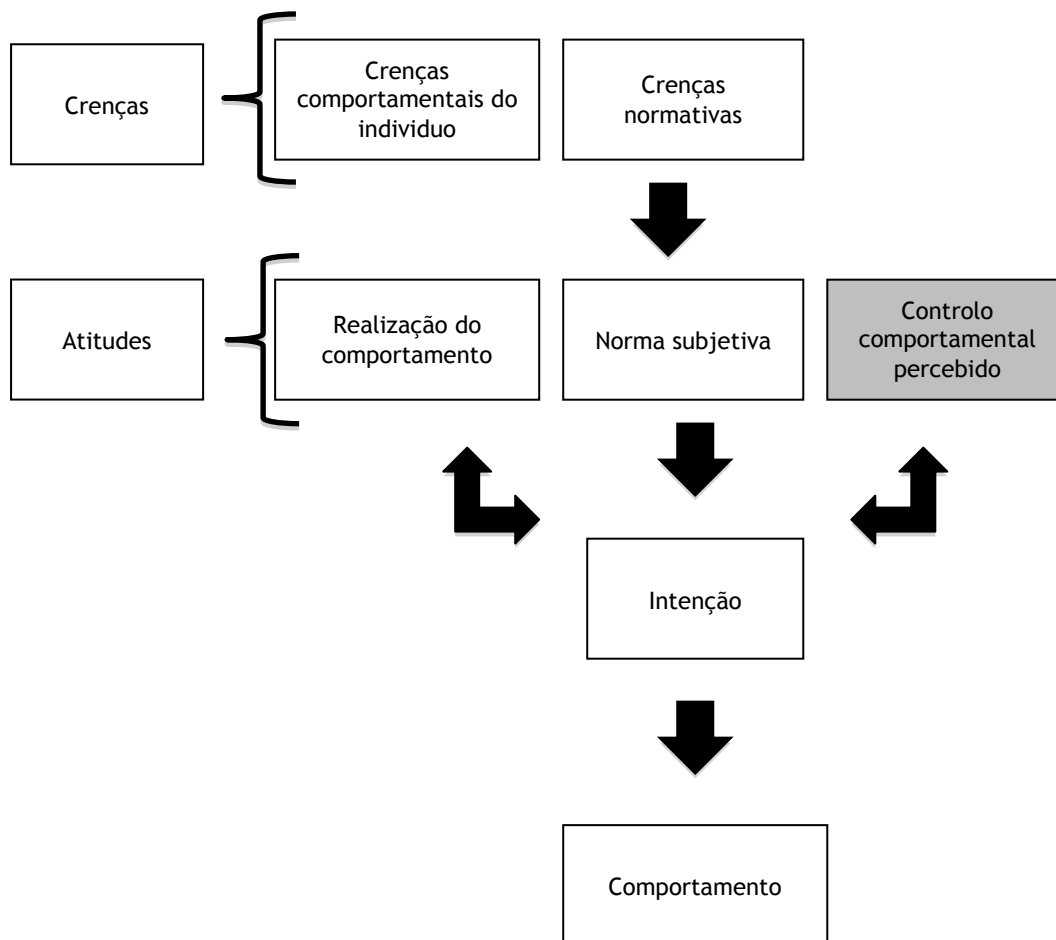


Figura 1 - Modelo de Ação Racional e do Comportamento Planeado [adaptado de Ajzen (1981, citado em Moutinho & Roazzi, 2010)]

Brannon e Feist (1997) revelam que os estudos realizados segundo esta teoria possuem algum valor preditivo especialmente na adesão a recomendações médicas. Já Ferreira e Pereira (2014) defendem que a identificação dos aspetos psicológicos antecedentes à realização dos comportamentos de saúde pode ser explicada com base nesta teoria. Os autores acreditam ser vantajosa principalmente na adesão ao exercício físico e a dietas alimentares. Num estudo efetuado por Armitage e Conner (2001, citado em Ferreira & Pereira, 2014), foi demonstrado que a intenção, as atitudes, as normas subjetivas e o controlo percebido explicam cerca de 40% da variância do comportamento.

1.2.3. O Modelo de Autorregulação de Leventhal

O Modelo de Autorregulação de Leventhal é um dos principais modelos sobre as crenças de saúde. Segundo a literatura, as crenças, os valores e as atitudes dos sujeitos parecem determinar e influenciar a forma como estes lidam com a doença e como fazem a

sua autogestão (Kurita & Pimenta, 2004). Pontieri e Bachion (2010) acrescentam que os fatores que influenciam a adesão ao tratamento estão relacionados com os conhecimentos, as percepções, os medos e as práticas dos doentes em contextos familiar e comunitário e, portanto, ligados às crenças dos sujeitos.

De acordo com o modelo, os sintomas são fatores-chave na forma como as ameaças à saúde são percebidas. Este modelo postula que os indivíduos desenvolvem representações da doença baseando-se nas suas experiências, informações recolhidas na interação com os outros e nos dados sintomáticos de forma a darem significado ao seu problema (Hagger & Orbell, 2003).

Assim, são consideradas as seguintes etapas:

- 1) O indivíduo percebe uma alteração na atividade somática ou um sintoma, como tonturas, febre ou falta de ar.
- 2) Este sintoma é comparado com a memória dos sintomas anteriores, numa tentativa de avaliar a natureza da ameaça para a saúde.
- 3) A pessoa faz uma representação da doença ou do sintoma, que tem vários componentes principais. Por um lado, estas representações podem ser cognitivas, englobando os aspetos relativos à identidade (crenças relativas à definição da doença e conhecimentos dos sintomas), causa (fatores inerentes ao aparecimento da doença), consequências (impacto da doença na qualidade de vida), progressão (curso da doença numa escala temporal) e controlo (percepção da capacidade de desempenho de estratégias de *coping*), e por outro, emocionais, representando um processamento paralelo influenciado pelo estado emocional do sujeito.
- 4) Uma vez que a pessoa complete esta avaliação, então decide como lidar com o sintoma. Os comportamentos de resolução de problemas incluem a procura de cuidados médicos e de comportamentos de autocuidado (por exemplo, tomar insulina para a diabetes), bem como as tentativas de busca de informações (Weiner et al., 2003).

Neste modelo os comportamentos de autocuidado, tais como a adesão a dietas médicas para doenças crónicas, como o caso da diabetes, são consideradas como estratégias de *coping*. Outro aspeto relevante trata-se da maneira como a pessoa lida com a resposta afetiva do sintoma. Respostas emocionais como o medo podem ser provocadas pela dor induzida através do sintoma ou por uma interpretação de que o sintoma representa uma séria ameaça à saúde, como a morte (Hagger & Orbell, 2003).

Posteriormente, os resultados são avaliados e, de acordo com essa avaliação pode alterar as representações da doença, bem como as estratégias de *coping* adotadas.

Este modelo realça que as crenças dos sujeitos estão relacionadas com a adesão ao tratamento. Neste sentido, Xavier, Bittar e Ataíde (2009) revelam que uma das implicações das crenças na adesão ao tratamento prende-se com a informação que os sujeitos têm relativamente a esta, tratando-se, mais do que um conjunto de sintomas, de uma representação simbólica e cultural. Admitem, assim, que algumas doenças, nomeadamente

a diabetes, estão enraizadas nas pessoas assentes em crenças baseadas no senso comum, podendo prejudicar o reconhecimento da doença, o diagnóstico, a gestão e o controlo da mesma. Outra das crenças que parece estar relacionada com a adesão ao tratamento na diabetes tem a ver com a questão alimentar. Os autores demonstram que a alimentação parece encontrar-se mais ligada a questões tradicionais do que às exigências fisiológicas. De uma forma geral, “a forma pela qual os sujeitos entendem a realidade vai determinar a sua maneira de se conduzir na vida” (Xavier, Bittar & Ataíde, 2009, p. 126) e assim, aquilo que o sujeito sabe sobre a sua doença, o seu significado, os riscos e o controlo das suas atitudes parecem exercer influência no seu comportamento facilitador do tratamento. Os resultados de um estudo de Pontieri e Bachion (2010) apontam no mesmo sentido, revelando que o conjunto de crenças dos indivíduos parece predispor a uma baixa adesão ao tratamento alimentar.

1.3. Implicações psicológicas da diabetes

Os sujeitos ao sofrerem de uma doença crónica grave, bem como os seus familiares, parecem sentir angústia, temor e incerteza. É possível afirmar, ainda, que são gerados sentimentos de frustração e esgotamento pelo desconforto que sentem no tratamento e monitorização diários (Maia & Araújo, 2004). A diabetes é, muitas vezes, entendida como uma doença que acarreta algumas limitações no que diz respeito às atividades de vida diária, nomeadamente em relação ao medo de viver com uma dieta específica e restritiva, vulnerabilidade a infeções, impacto na vida laboral, sentimentos de dependência de terceiros e, no caso particular dos homens, receio de sofrerem de impotência sexual (Holmes, 1986, citado em Ferraz et al., 2000).

A comorbilidade entre a depressão e a diabetes pode ter efeitos substanciais e debilitantes sobre a saúde dos pacientes. Isso pode ocorrer, quer diretamente através de vias fisiológicas, quer indiretamente através de alterações em comportamentos de autocuidado por parte dos doentes (Weiner et al., 2003). Guénette e colaboradores (2016) afirmam que o humor é um fator determinante na adesão ao tratamento, adiantando que a presença de um humor depressivo está associada a uma baixa colaboração no tratamento.

Estudos revelam que a ocorrência de complicações mais agudas possa estar associadas a sintomatologia depressiva e/ou ansiógena, bem como a questões relacionais, perda da independência e diminuição da qualidade de vida (Maia & Araújo, 2004). Ao considerar a relação entre a diabetes tipo 2 e fatores psicossociais, os estudos são unânimes em apontar para uma alta associação entre diabetes e sintomas de ansiedade e de depressão, sendo estes mais prevalentes do que em populações normais e recorrentes ao longo do tempo (Amorim & Coelho, 2008). A literatura sugere que indivíduos com baixo estatuto socioeconómico, com mais idade, com menos apoio social, com baixa monitorização da glicémia e com baixa atividade física estão mais vulneráveis a sintomas de

depressão. Estudos apontam, ainda, para uma associação entre maus hábitos alimentares (Papellbaum et al., 2005) e baixo apoio social como causas de sintomas de ansiedade (Amorim & Coelho, 2008).

No estudo de Costa, Campos e Costa (2014), os sintomas de depressão mostraram uma associação com a baixa satisfação com os amigos e com uma qualidade de sono fraca, e afetou mais os pacientes reformados e desempregados. De uma forma geral, os resultados deste estudo são consistentes com a literatura e apontam para uma alta prevalência de sintomas de ansiedade em pacientes com diabetes tipo 2, com taxas que rondam os 57,9% (Costa, Campos & Costa, 2014). Os mesmos autores revelam que, quer os sintomas de ansiedade, quer de depressão, afetaram mais as mulheres do que os homens. Uma possível explicação é que as mulheres desempenham papéis específicos de género, o que as expõe a maiores exigências e responsabilidades de trabalho e, por outro lado, as regras sociais atribuídas às mulheres permitem-lhes ser mais emocionais (Khawaja, Lalani, et al., 2010).

Por outro lado, os sintomas de ansiedade e depressão na diabetes do tipo 2 parecem estar associados a um controle glicémico pobre, a uma baixa adesão ao tratamento (Amorim & Coelho, 2008) e a uma diminuição da qualidade de vida (Goldney, Phillips, Fisher, & Wilson, 2004).

Neste sentido, Lustman, Griffith e Clouse (1997) desenvolveram um modelo com base empírica revelando que a depressão tem ligações diretas e indiretas na desregulação da glicose e no risco de complicações da diabetes. Neste modelo, a depressão está diretamente associada com a obesidade, inatividade física e abandono do tratamento, e esses fatores conduzem ao aumento do risco de se desenvolverem complicações na doença. Paralelamente, os pacientes deprimidos são geralmente mais resistentes à adesão ao tratamento e, assim, continuam a comprometer a sua gestão da diabetes. Assim, o tratamento da depressão em pacientes com diabetes é particularmente importante para prevenir ou retardar complicações da doença, estabilizando o controlo metabólico e diminuindo a utilização de serviços de saúde (Lustman et al., 1997).

1.4. Suporte Social e Doença Crónica

1.4.1. História e Conceito

A literatura sugere que a partir do final dos anos 60 do século XX se verificou um crescente reconhecimento da influência do contexto social no comportamento humano, seja na saúde, seja na doença. Após a década 70, o apoio social passou a integrar um quadro teórico mais integrado e consciente, devido ao sucesso das crescentes investigações sobre o tema, capazes de sustentar diferentes abordagens. Já nessa altura se acreditava que o apoio social fornecido pelas relações sociais podia contribuir para amortecer os efeitos negativos provocados por situações adversas e promover o bem-estar dos indivíduos

(Nunes, 2005; Canesqui & Barsaglini, 2012). Atualmente há um consenso geral de que o apoio social media comportamentos e resultados relacionados com a saúde (Weiner et al., 2003).

Relativamente ao conceito de suporte social, existe uma vasta gama de definições, variando de autor para autor. Para Nunes (2005), o termo suporte social é considerado uma representação que o sujeito tem das suas relações sociais, percebendo-o como subjetivo. Coelho e Ribeiro (2000) definem o suporte social como dizendo respeito à informação de que o indivíduo é amado, estimado e de que faz parte de uma rede social. Estas informações desempenham uma função de satisfação das necessidades sociais e na proteção de possíveis consequências que possam ocorrer relacionadas com situações adversas (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Também para Ribeiro (1999) o suporte social representa um importante papel com um efeito protetor, através da informação que é passada pelos outros de ser amado e do fazer parte de uma rede social. A mesma ideia é partilhada por Sarason (1988, citado em Santos et al., 2003), referindo que um dos objetivos primordiais do suporte social diz respeito ao desenvolvimento de sentimentos de valorização e de proteção, englobando a aceitação e a comunicação de afetos.

1.4.2. Dimensões

No que diz respeito à categorização do suporte social, Dunst e Trivette (1990, citado em Ribeiro, 1999) admitem a existência de cinco dimensões de suporte social: i) Tamanho da rede social, que diz respeito ao número de pessoas pertencentes à rede de suporte social do indivíduo, ii) Existência de relações sociais, representando desde as relações particulares, como o casamento, à pertença a um clube de futebol, iii) Frequência de contactos, representa o número de vezes que o indivíduo contacta com a sua rede de suporte tanto a nível individual (cara-a-cara) como grupal (socialmente), iv) Necessidade de suporte, diz respeito à necessidade de suporte que é expressa pelo sujeito, v) Tipo e quantidade de suporte que as pessoas pertencentes a uma rede social despendem e disponibilizam, vi) Congruência, representa o nível em que o suporte social necessitado pelo indivíduo é suportado pelo que realmente lhe é fornecido, vii) Utilização, abrange a quantidade de procura de alguém da sua rede social quando necessita, viii) Dependência, diz respeito ao nível de confiabilidade dos elementos da rede de apoio quando o indivíduo necessita, ix) Reciprocidade, expressa um balanceamento entre o suporte social recebido e o fornecido, x) Proximidade, representa a extensão da proximidade percebida para com os elementos que disponibilizam apoio social e xi) Satisfação, engloba a utilidade e o nível de ajuda sentidos pelo sujeito aquando do apoio social.

Já para Ornelas (1994) o suporte social é agrupado em três categorias: i) Redes, que diz respeito à integração do sujeito num grupo social e as relações deste no grupo, ii) Suporte recebido, representando o suporte real que o sujeito considera ter recebido, e iii) Suporte percebido, que abrange o suporte que o sujeito acredita como tendo disponível, caso necessite dele.

1.4.3. Fontes e Tipos de Apoio Social

O apoio social pode ser recebido através de várias fontes, nomeadamente a família, os amigos, os profissionais de saúde, entre outros. Tratando-se de um processo recíproco, isto é, criando efeitos positivos quer para o sujeito, quer para quem presta o suporte, a pertença a grupos apoio parece contribuir para uma adesão ao tratamento mais eficaz, tendo em conta que presta ajuda emocional aos intervenientes, interação social, ajuda profissional e acesso a novos contactos com pessoas que não faziam parte da rede social do sujeito (Assunção & Ursine, 2008).

O modelo de Barrón (1996, citado em Martins, 2005) integra as funções do apoio social em três grupos: o apoio emocional, o apoio material e instrumental e o apoio de informação:

- O apoio emocional corresponde à disponibilidade de alguém com quem se pode falar que inclui os comportamentos que fomentam sentimentos de bem-estar afetivo, promovendo que o sujeito se sinta amado e respeitado, integrando expressões de amor, afeto, carinho, simpatia, empatia e/ou estima.
- O apoio material e instrumental diz respeito a ações ou materiais despendidos por terceiros que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de atividades do dia-a-dia. Este tipo de apoio tem como objetivo a diminuição da sobrecarga das atividades diárias e deixar mais tempo livre para tarefas de lazer. O apoio material só é efetivo, quando o recetor percebe este auxílio como adequado.
- O apoio informativo faz referência ao processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que as auxilia a perceber o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que existem nele.

Para Guadalupe (2009) podemos distinguir três tipologias de apoio social: i) estrutural, que diz respeito ao número de determinadas relações-chave que o sujeito mantém e a sua frequência, ii) funcional, que traduz as funções que cumprem as relações interpessoais e iii) contextual, representando a relação entre o apoio prestado e o contexto ambiental e social envolvido. Relativamente ao tipo de apoio estrutural, este pode ser dividido em i) Tamanho (número de indivíduos que mantém contacto pessoal com o sujeito), ii) Densidade (conexão que existe entre os membros de uma rede social) e iii) Homogeneidade (semelhanças/diferenças entre os membros de uma rede social). No apoio funcional, podemos englobar i) Emocional (trocas emocionais positivas), ii) Material (ajuda em tarefas do dia-a-dia, aliviando a sobrecarga do sujeito) e iii) Informativo (conselhos e/ou orientações para uma melhor compreensão do mundo). No que concerne ao tipo de apoio contextual, este engloba i) as características dos participantes (a ajuda pode ser efetiva ou não, com base nos precedentes), ii) o momento em que se dá apoio (deve anteceder uma avaliação relativamente ao problema e ao indivíduo a fim de encontrar o

melhor momento para pedir ajuda), iii) a duração (avaliação ao longo do tempo) e iv) a finalidade (balanço entre o apoio recebido e a necessidade inerente ao problema).

1.4.4. Importância no Confronto com a Doença

Uma grande quantidade de autores mostram que o suporte social beneficia os indivíduos, quer ao nível físico, quer ao nível psicológico, no sentido de promover um melhor ajustamento psicológico a acontecimentos adversos e/ou causadores de stresse, reduzindo o risco de mortalidade e de desenvolver doenças relacionadas com a diabetes (Nunes, 2005).

DiMatteo (2004) revela que a relação entre o suporte social e a saúde tem vindo a ser alvo de bastante atenção na Psicologia, tendo em conta que se trata de um fator importante a nível imunológico, endócrino, cardiovascular, de recuperação de doenças e lesões e mostra-se, assim, fundamental na manutenção da saúde. O mesmo autor refere ainda que, deste modo, o apoio social parece influenciar a capacidade de adaptação no que diz respeito ao viver com a doença. Tendo em conta que a família é uma fonte de transmissão de valores morais, éticos, sociais e políticos, esta representa um sistema imprescindível na manutenção da harmonia e do equilíbrio, incluindo os cuidados com a saúde e com a doença (Mendes, 2002).

O suporte social é “considerado um vetor que promove benefícios físicos e psicológicos para a saúde, dado que os doentes que o percecionam e o experienciam recuperam mais rapidamente da doença, reduzindo, a longo prazo, a mortalidade e servindo, de igual modo, como uma ferramenta de autonomia na gestão do processo saúde/doença na comunidade” (Cunha, Chibante & André, 2014, p. 23).

De acordo com Cohen e Wills (1985), são propostos dois modelos que enfatizam a influência do suporte social na saúde: o modelo do efeito principal e o modelo de amortecimento.

- **O modelo do efeito principal** postula que o apoio social tem um efeito benéfico sobre a saúde e/ou o bem-estar, independentemente dos indivíduos estarem ou não sob stresse. De acordo com Cohen (1988), a perceção de apoio social influencia o sistema imunológico, endócrino, cardiovascular e funcional, a recuperação de doenças e lesões e a manutenção da saúde. A literatura demonstra, ainda, que o suporte social tem consequências a nível das respostas neuroendócrinas, diminuindo a ansiedade e a tensão muscular, a nível do aumento da autoestima, na diminuição de sintomatologia depressiva e modificando a capacidade de gestão dos acontecimentos negativos.

No mesmo sentido, DiMatteo (2004) afirma que o suporte social tem efeitos diretos em questões hormonais e neuroendócrinos, influenciando o sistema imunológico, e, indiretamente podendo ocorrer efeitos no estilo de vida e nos comportamentos de saúde ou outros aspetos do funcionamento social e psicológico (como por exemplo,

a depressão). Assim, o suporte social parece ter efeitos de mediação protetores da saúde ao longo da vida (Costa et al., 1999; Silva et al., 2003).

- Por sua vez, o **modelo de amortecimento** propõe que o apoio social diminui o impacto do stresse sobre o bem-estar, no entanto não afeta a saúde e/ou o bem-estar na ausência de stresse.

Segundo Kaplan e Hartwell (1987), o apoio social pode amenizar o stresse e permitir que o indivíduo se envolva mais em comportamentos adaptativos e tome medidas mais positivas para a adesão ao tratamento. A presença de outras pessoas próximas pode resultar no controlo direto ou indireto do comportamento, facilitando a adesão através da internalização de normas e da prestação de sanções ao desviar-se do comportamento que é propício para a saúde. Por outro lado, uma rede social não favorável pode interferir com a alteração bem-sucedida de hábitos de saúde, limitando o tempo do paciente e a energia disponível para comportamentos de saúde ou a causa de stresse que compromete as atitudes e os comportamentos necessários para a adesão.

A literatura destaca uma associação significativa entre um bom sistema de apoio social e comportamentos que promovam a saúde e o bem-estar em pacientes com diabetes tipo 2, associações positivas com autoeficácia (Parque & Kim, 2012) e associações negativas com os sintomas de depressão e a adesão ao tratamento (Osborn & Egede, 2012).

1.5. Suporte Social, Autogestão e Adesão ao Tratamento na Diabetes

Embora os profissionais de saúde tenham um papel importante na gestão das doenças crónicas, a principal responsabilidade pelo tratamento diz respeito ao doente e/ou à sua família (Silva et al., 2006). Os doentes crónicos, nomeadamente os diabéticos, são confrontados diariamente com tomadas de decisão relativamente à autogestão da própria doença, tornando necessário existir uma educação nesse sentido (Cunha, Chibante & André, 2014). O contexto social dos doentes parece ter impacto na aquisição de capacidades que promovem e facilitam a gestão da doença de uma forma mais eficaz (André, 2014; Nunes, 2005), promovendo um melhor ajuste a acontecimentos indutores de stresse e uma melhor recuperação de uma doença diagnosticada recentemente, reduzindo o risco de mortalidade (Nunes, 2005).

Atualmente sabe-se que a disponibilidade de apoio social, oferecido pelos familiares, amigos ou outros, pode ser uma mais-valia para o controlo de doenças crónicas. Neste sentido, a perceção de suporte social numa pessoa com doença crónica terá efeitos positivos no controlo da mesma e assim, pode promover uma maior facilidade na adaptação física e psicológica à doença (Cunha et al., 2014). A literatura demonstra também que através do apoio social existe um desenvolvimento de mecanismos que permitem a aproximação dos doentes com os seus entes significativos no sentido de atingirem objetivos

comuns, favorecendo o *empowerment* e desenvolvendo capacidades individuais no aumento da autoestima e de um papel ativo no tratamento (Andrade & Vaistman, 2002).

Grande parte dos estudos revela que o apoio social é de extrema relevância nas práticas de gestão de autocuidados na diabetes (Tanqueiro, 2013). Deste modo, o apoio social pode ser um contributo essencial para a gestão bem sucedida da diabetes (Karlen et al., 2004; Searle, Norman, Rachel & Vedhara, 2007) e para a capacidade de adaptação ao viver com a doença (Hegelson & Cohen, 1996).

Num estudo com 316 doentes com diabetes, com idades entre os 16 e os 84 anos, acompanhados na consulta de Endocrinologia de um Hospital português, Silva e colaboradores (2006) concluíram que a perceção do apoio social tem um papel fundamental no controlo da glicémia e na qualidade de vida dos indivíduos com diabetes, defendendo que os profissionais de saúde devem ter isso em conta na prestação de cuidados. Os autores revelam ainda que o apoio social não é estático, alterando-se de acordo com o tempo e com os contextos.

O apoio da família tem sido reconhecido como vital para adultos com diabetes. A relação entre o apoio da família, a adesão ao tratamento e o controlo metabólico parece ser intuitiva por duas razões: i) os membros da família são frequentemente convidados a partilhar a responsabilidade pela implementação da dieta do diabético e ii) as rotinas da família podem ser interrompidas pelas tarefas e comportamentos de autocuidados na doença (Weiner et al., 2003). A família pode fornecer assistência na gestão do dia-a-dia da doença, bem como incentivo e apoio na tomada de decisões para lidar com fatores stressores que podem agravar a doença (Ford et al., 1998). Na pesquisa com indivíduos com diabetes, alguns estudos têm documentado que o apoio social da família e dos amigos para adultos diabéticos tem-se mostrado benéfico para a gestão e o ajustamento da doença (Karlen et al., 2004), beneficiando a saúde como amortecedor de stresse e influenciando estados afetivos e/ou mudança de comportamentos (Cohen, 1988). A diabetes deve, pois, ser tratada no seio da família, uma vez que o apoio emocional dos familiares é fulcral na monitorização da diabetes e na implementação do tratamento (Marcelino & Carvalho, 2005).

Rodriguez-Morán e Guerro-Romero (1997) estudaram, também, a importância do apoio familiar no controlo da diabetes e mostraram que estão positivamente relacionados, isto é, quanto maior for o conhecimento da família sobre a diabetes, maior é o apoio social fornecido. Assim, o apoio social de membros da família tem sido revelado como um recurso importante para pessoas com diabetes (Nunes, 2005).

No que diz respeito à gestão da doença, alguns estudos demonstram que os cônjuges oferecem apoio social para afirmar os esforços dos pacientes para sustentar comportamentos saudáveis, como por exemplo, elogiando comportamentos saudáveis. Por outro lado, quando os pacientes parecem estar relutantes em envolverem-se em comportamentos saudáveis, ou quando são inconsistentes ao fazê-lo, os cônjuges podem envolver-se no controlo social para fazer com que os pacientes modifiquem os seus

comportamentos de saúde, incentivando, por exemplo, ao comprometimento com comportamentos saudáveis. Deste modo, o controlo social é visto como ferramenta para corrigir comportamentos de saúde (Beverly & Wray, 2010; Khan, Franks, Stephens & Rook, 2013).

Vários estudos têm vindo a demonstrar que sujeitos casados têm melhores níveis de saúde do que os que têm outros estados civis. Os estudos de Khan e colaboradores (2013) sugerem que o apoio do parceiro e o controlo podem motivar conjuntamente comportamentos saudáveis e reforçar a eficácia de se envolver em comportamentos saudáveis diariamente. Ramos (2002) estudou a influência das mulheres na adesão ao tratamento dos seus maridos diabéticos e percebeu que a presença destas aumentava a adesão ao exercício físico e à medicação. Resultados qualitativos sobre casais em que um deles tem diabetes sugerem que os pacientes apreciam tentativas de controlo na alimentação por parte dos cônjuges, quando eles próprios também percebem que o seu cônjuge é sensível aos seus sentimentos (Beverly & Wray, 2010). Assim, o apoio do parceiro pode compensar ou reverter quaisquer respostas negativas sentidas pelo paciente devido a este controlo, além facilitar o envolvimento do paciente em comportamentos saudáveis (Khan, Franks, Stephens & Rook, 2013).

Ao responder às necessidades dos pacientes, diferentes formas de apoio social (por exemplo, apoio emocional e/ou apoio instrumental) são geralmente relacionados a melhores comportamentos de saúde (Di Matteo, 2004). Embora os cônjuges possam oferecer apoio social e controle social para ajudar os seus parceiros a gerir a sua doença, a eficácia de tais esforços pode variar. De acordo com o género, os homens parecem receber um apoio mais ativo por partes das suas esposas no que diz respeito à confeção das refeições e, ainda, recebem mais encorajamentos verbais, o que parece ter um impacto positivo na adesão ao tratamento da doença. Por outro lado, o suporte dado às mulheres com diabetes por partes dos seus maridos tende a ser mais passivo (Silva et al., 2006).

Estudos demonstram ainda que, para uma educação com sucesso dos pacientes com diabetes, é indispensável ter em conta os aspetos motivacionais para o autocuidado, a participação da família (ou outros significativos) e a preconização de vínculos afetivos com a equipa de tratamento (Ferraz et al., 2000). As dinâmicas de grupo com sujeitos diabéticos parecem proporcionar um grande incentivo para a educação sobre a doença, valorizando os relatos de experiências individuais dos participantes, permitindo aos integrantes do grupo um melhor controlo terapêutico da doença. Permite, ainda, a aquisição de novos conhecimentos, no sentido de promover comportamentos preventivos e de estimular a compreensão dos próprios problemas e as respetivas soluções para fazer uma gestão adequada dos cuidados a ter com a doença (Funnell & Anderson, 2004).

De uma forma geral, podemos concluir que há um reconhecimento crescente da importância do sistema de apoio social dos pacientes, permitindo-lhes lidar com sua doença crónica de forma eficaz. A investigação indica que os pacientes com doenças crónicas que relatam receber apoio social satisfatório parecem utilizar estratégias de *coping* de forma

mais ativa do que os pacientes sem tal apoio (Karlen et al., 2004).

Os resultados da investigação de Helgeson e Cohen (1996) e da meta-análise feita por DiMatteo (2004) fornecem evidências sólidas de que o suporte social tem efeitos substanciais na adesão do paciente ao tratamento, variando de acordo com os diferentes tipos de apoio social. O apoio social funcional tem efeitos mais fortes sobre a adesão ao tratamento do que o apoio social estrutural, o que sugere que a mera presença de outras pessoas não importa tanto quanto a qualidade dos relacionamentos com eles. Além disso, o apoio social pode não ser universalmente útil, isto é, o seu valor pode depender pelo menos parcialmente das exigências da situação, tais como o tipo e gravidade da doença (DiMatteo, 2004). Warren e Hixenbaugh (1998, citados em Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006) nos seus estudos também encontraram uma relação entre o apoio social e a adesão ao tratamento, existindo diferenças relativamente à idade e ao sexo dos sujeitos.

A rede de suporte social pode melhorar a adesão do paciente através de um melhor funcionamento cognitivo, autoeficácia, motivação intrínseca, autocontrolo, confiança, autoestima e humor, bem como através da redução do conflito emocional, tensão interpessoal, angústia e depressão (DiMatteo, 2004). Diversos estudos revelam que um suporte social e autoconfiança mais satisfatórios parecem melhorar o controlo metabólico, o autocuidado e a adaptação à doença (Cohen et al., 2005).

Nos estudos de Karlen e colaboradores (2004), provou-se que a perceção de apoio da família foi significativamente associada com as estratégias de *coping* relacionadas com a diabetes. Os participantes inquiridos com ambos os tipos de diabetes que relataram perceber o comportamento familiar como favorável também informaram que usam mais frequentemente estilos de *coping* focados no problema do que na emoção. O apoio familiar positivo pode, assim, levar os indivíduos com diabetes a planear de forma mais ativa e estruturada a sua dieta relacionada com a doença e a pensar que medidas tomar e como lidar melhor com os problemas. Por outro lado, pode também levar as pessoas com diabetes a procurar ativamente conhecimentos e a procurar ajuda quando necessário (Karlen et al., 2004).

Como temos vindo a constatar, a literatura revelou diversos fatores que exercem influência numa adesão ao tratamento na diabetes bem-sucedida, onde o stresse está incluído e traduz um fator com influência negativa, podendo, no entanto, ser atenuado devido à presença de uma rede de suporte social significativa. Uma possível explicação deste facto prende-se com o efeito amortecedor que o suporte social tem nos sentimentos negativos que a adaptação e a gestão da doença acarretam e, portanto, poder permitir uma redução do stresse e uma consequente melhoria na adesão ao tratamento (Ribeiro, 1999), indispensável no controlo da doença.

Embora muitas pesquisas iluminem sobre as possíveis formas em que o apoio social se relaciona com a saúde e com o controlo das doenças crónicas, documentando a conexão entre suporte e adesão ao tratamento, futuras pesquisas serão necessárias para conduzir a

uma compreensão profunda sobre a temática, ajudando a completar este complexo *puzzle* (DiMatteo, 2004).

Capítulo II - Metodologia

2.1. Caracterização do estudo

A presente investigação caracteriza-se por ser um estudo quantitativo de cariz correlacional (pretende perceber associações entre variáveis), descritivo (visa a descrição de variáveis) e *cross-sectional* (os dados foram recolhidos num único momento).

Partindo da informação recolhida através da revisão bibliográfica, é reforçada a importância da adesão aos autocuidados no tratamento na diabetes, destacando que o comportamento dos indivíduos é bastante relevante na gestão da doença e na promoção do bem-estar (António, 2009). Deste modo, torna-se necessário aprofundar os fatores que estão associados à adesão ou não adesão ao tratamento nesta doença, a fim de conseguirmos um melhor entendimento e uma intervenção o mais adequada e eficaz possível.

Os objetivos gerais desta investigação são, primeiramente, perceber se os níveis de suporte social estão relacionados com a adesão ao tratamento em pacientes com diabetes. Por outro lado, compreender a associação entre esses níveis de suporte social e de adesão ao tratamento com a presença de sintomatologia depressiva ou ansiógena. Deste modo, a questão que norteia esta investigação é: será que o suporte social tem impacto na adesão ao tratamento em pessoas com diabetes?

Desta forma, a variável dependente é o nível de adesão ao tratamento e como variáveis dependentes são consideradas o suporte social, a presença de sintomatologia depressiva ou de ansiedade, bem como variáveis sociodemográficas como o género, a idade, o tipo de diabetes, o tipo de medicação prescrita, o tempo de diagnóstico e o número de filhos dos participantes.

2.1.1. Hipóteses

Atendendo aos objetivos do estudo e às informações recolhidas através da pesquisa bibliográfica, foram formuladas algumas hipóteses a seguir descritas. Começamos por apresentar as hipóteses, devidamente fundamentadas, relativas à relação estabelecida entre o suporte social percebido e a presença de sintomas psicopatológicos, e entre suporte social e a adesão ao tratamento, seguidas das hipóteses relativas à relação entre a adesão ao tratamento e a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Num segundo ponto, expomos as hipóteses relativas à influência das variáveis sociodemográficas dos participantes (género e idade) nos níveis de suporte social e de adesão referidos por estes, bem como as hipóteses relativas à influência de variáveis clínicas (tipo de diabetes,

medicação e tempo de diagnóstico) nos níveis de suporte social e de adesão aos autocuidados na diabetes.

A literatura tem evidenciado uma associação entre suporte social e sintomas de ansiedade e depressão. Por exemplo, Papelbaum e colaboradores (2005) revelam que sujeitos com uma percepção de baixo apoio social apresentam-se mais vulneráveis a sintomas de depressão. De acordo com o modelo do efeito principal (Cohen & Wills, 1985), o suporte social está intimamente relacionado com o bem-estar, nomeadamente com a capacidade de relativizar os acontecimentos negativos, aumento da autoestima e da capacidade de desenvolver atividades de lazer. Os mesmos autores admitem ainda o modelo de amortecimento, que propõe uma relação positiva entre o suporte social e a redução do stresse.

Deste modo, formulámos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: O apoio social percebido pelos doentes com diabetes está negativamente associado com a presença de sintomas depressivos e/ou ansiógenos.

Hipótese 2: Quanto maior o nível de suporte social percebido, menores as sensações de tensão.

Hipótese 3: Quanto maior o nível de suporte social percebido, menores as sensações de inquietação.

A adesão ao tratamento na diabetes é, como expusemos anteriormente, fundamental para atingir o controlo da doença, dependendo em grande medida do comportamento do doente. Vários autores revelam que o apoio social exerce uma grande influência na adaptação e na gestão na doença (DiMatteo, 2004; Parque & Kim, 2012). Estudos revelam, ainda, a importante influência do humor na adesão ao tratamento, admitindo que o humor depressivo está relacionado com uma baixa adesão ao tratamento (Osborn & Egede, 2012; Guénette et al., 2016). Outros estudos, como o de Lustman, Griffith e Clouse (1997), revelam que a depressão está relacionada diretamente com a obesidade e a inatividade física.

Hipótese 4: Os níveis de suporte social percebido estão positivamente associados aos níveis de adesão ao tratamento.

Hipótese 5: Os níveis de adesão ao tratamento estão associados com a presença de sintomas depressivos e/ou ansiógenos.

Hipótese 6: Quanto maiores os níveis de sintomas depressivos, menor a prática de exercício físico.

Várias variáveis sociodemográficas aparecem também relacionadas com a adesão ao tratamento na diabetes. De acordo com Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006), os homens tendem a receber um apoio mais ativo por partes das suas esposas, nomeadamente no caso

dos encorajamentos verbais, relativamente à sua doença. No que se refere ao género, os doentes do sexo masculino parecem revelar níveis mais baixos de adesão ao tratamento (Karter et al., 2000). A adesão a uma dieta alimentar também parece ser influenciada pelo género, pois culturalmente as mulheres são dotadas de maior responsabilidade relativamente às questões da preparação da alimentação. Num estudo realizado por Sousa, Peixoto e Martins (2008) foi revelado que as mulheres aderiram mais à dieta alimentar comparativamente com os homens. Guénette e colaboradores (2013) revelam que, em doentes diabéticos, o avançar da idade parece estar relacionado com uma maior adesão ao tratamento, porém Karter e colaboradores (2000) apontam o diagnóstico ter sido feito há muito tempo como uma barreira à adesão ao tratamento. Outros autores referem que o receio da medicação injetável é outra das barreiras à adesão ao tratamento na diabetes (Larkin et al., 2015; Guénette et al., 2016).

Relativamente à presença de sintomas psicopatológicos nos doentes com diabetes, a investigação parece revelar que estes sintomas aparentam ser mais elevados nas mulheres do que nos homens (Costa, Campos & Costa, 2014). Assim, admitimos as seguintes hipóteses:

Hipótese 7: Os homens percecionam maiores níveis de apoio social do que as mulheres.

Hipótese 8: As mulheres apresentam níveis de adesão ao tratamento superiores aos dos homens.

Hipótese 9: As mulheres aderem mais à dieta alimentar do que os homens.

Hipótese 10: Os sintomas de depressão e ansiedade são mais elevados nas mulheres do que nos homens.

Hipótese 11: Os doentes com mais idade revelam um nível mais elevado de adesão ao tratamento da diabetes.

Hipótese 12: Os doentes com diabetes cujo tratamento inclui apenas medicação oral aderem mais ao tratamento, comparativamente com os doentes cujo tratamento envolve insulina injetável.

2.2. Participantes

A amostra do presente estudo caracteriza-se como uma amostra de conveniência recolhida presencialmente, após obtenção do consentimento informado, e conta com a participação de 83 sujeitos, inquiridos na consulta externa da Diabetes do Hospital Sousa Martins na cidade na Guarda e do Centro Hospitalar Cova da Beira na Covilhã.

Para poderem integrar o estudo, os participantes tinham de ter um diagnóstico de diabetes há mais de 6 meses, serem acompanhados na consulta externa de diabetologia do Hospital Sousa Martins na Guarda ou no Centro Hospitalar Cova da Beira, dominarem a

língua portuguesa e serem residentes em Portugal (critérios de inclusão). Foram excluídos os sujeitos sem capacidades cognitivas adequadas para o preenchimento dos questionários, bem como com doenças psiquiátricas que pudessem enviesar as respostas.

Observando a Tabela 1, a amostra é composta por 53% de indivíduos do sexo masculino, com idades entre os 35 e os 86 anos ($M=63,64$; $DP=9,75$), verificando-se que pouco mais de metade dos sujeitos têm idades iguais ou inferiores a 65 anos. A decisão de agrupar as idades de acordo com o ponto de corte de 65 justifica-se pelo facto de ser esta a idade prevista de reforma em Portugal. Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes são casados ou estão em união de facto (66%), no entanto, existe um valor significativo de divorciados ou viúvos (24%). No que toca à formação académica, os participantes apresentam uma formação académica considerada baixa, pois cerca de 64% dos indivíduos concluíram apenas o 4º ano de escolaridade (1º ciclo). Ainda assim, cerca de 10% frequentaram até ao 6º ano, 12% até ao 9º ano e apenas 7% frequentaram o ensino superior. No que concerne à situação profissional, a maior fatia pertence ao grupo dos reformados ou desempregados, com cerca de 76% dos sujeitos. Os participantes que são estudantes, empregados ou domésticos contam com uma percentagem de 24%. Podemos ainda verificar que 36% dos participantes têm diabetes do tipo 1, embora a maioria (64%) sejam do tipo 2. Foram recolhidos 44 inquéritos (53%) no Centro Hospitalar Cova da Beira e 39 (47%) no Hospital Sousa Martins na Guarda. Relativamente ao local de residência, a maioria dos sujeitos inquiridos vive no concelho da Covilhã (49%) e cerca de um quarto no concelho da Guarda (26,5%). Os restantes 24,5% dos participantes residem em concelhos dos arredores destas cidades.

Ao analisarmos as variáveis relacionadas especificamente com a diabetes, verificamos que, em média, o diagnóstico da doença terá sido feito há cerca de 15 anos ($DP= 7,50$), variando entre os 7 meses e os 33 anos. Cerca de 70% dos sujeitos referem fazer medicação oral e cerca de 60% medicação injetável (note-se que existem muitos sujeitos que necessitam de quer de medicação oral, quer injetável). Relativamente à regularidade da avaliação dos níveis de glicemia, a esmagadora maioria (90%) refere fazer esta medição com regularidade (66% faz diariamente, 24% semanalmente). Quando questionados sobre como têm estado esses valores, 24% refere que os seus valores da glicemia estão bons, no entanto, 60% revelam estarem mais ou menos e 14,5% consideram que os seus valores de glicémia estão maus, o que traduz um mau controlo da doença.

A maioria dos participantes é não fumador (88%), com 61,4% dos inquiridos a indicar nunca ter fumado. Nos 12% de fumadores, o número de cigarros fumados por dia varia entre os 2 e os 30 ($M=15$).

Por fim, quando questionados sobre a reação que tiveram quando lhes foi comunicado o diagnóstico de diabetes, 39% dos sujeitos revela ter tido uma atitude de aceitação relativamente à notícia, cerca de 10% referem ter sentido preocupação, 10% admitem ter sentido tristeza e 7% frustração. Os restantes sujeitos verbalizam ter sentido

indiferença, pânico, susto, receio, revolta, surpresa, confusão, ansiedade e choque.

Tabela 1

Caracterização dos dados sociodemográficos da amostra

Variáveis	Classes	N = 83	Frequências (%)
Género	Masculino	44	53%
	Feminino	39	47%
Idade	Igual ou inferior a 65 anos	43	51,8%
	Superior a 65 anos	40	48,2%
Estado civil	Solteiros	10	12%
	Casados ou em união de facto	55	66,3%
	Divorciados ou viúvos	18	21,7%
Nível de escolaridade	Até ao 4º ano	53	63,9%
	6º ano	8	9,6%
	9º ano	10	12%
	12º ano	5	6%
	Licenciatura	5	6%
	Mestrado	1	1,2%
	Doutoramento	0	0%
Situação profissional	Reformados ou desempregados	63	75,9%
	Empregados, estudantes ou domésticos	20	24,1%
Tipo de Diabetes	Tipo 1	30	36,1%
	Tipo 2	53	63,9%

2.3. Instrumentos

O protocolo proposto para o estudo conta com três escalas, entre elas, a Escala de Apoio Social (EAS), a Escala de Atividades de Autocuidados com a Diabetes e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), bem como um questionário sociodemográfico. De seguida serão caracterizados e descritos os instrumentos.

2.3.1. Escala de Apoio Social (EAS)

A Escala de Apoio Social (EAS) foi elaborada por Matos e Ferreira (2000) e tem como principal objetivo a avaliação dos aspetos funcionais do apoio social percebido, ao nível emocional, informativo e instrumental. Trata-se de uma escala com 16 questões de autorresposta do tipo *likert*, com pontuações a variar entre os 1 e 5 valores, em que 1

corresponde a “não concordo”, 2 “concordo pouco”, 3 “concordo moderadamente”, 4 “concordo muito” e 5 “concordo muitíssimo”.

Os itens 2, 3, 4, 5 e 11 correspondem à dimensão de apoio social emocional, os itens 1, 6, 7, 8, 9 e 10 traduzem o apoio social informativo e os itens 12, 13, 14, 15, e 16 constituem a dimensão de apoio social instrumental. Note-se que os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 são cotados de forma invertida. As pontuações totais podem variar entre os 16 e os 80 valores, com os valores mais baixos a serem representativos de um baixo nível de apoio social percebido e valores elevados a uma noção de forte apoio social percebido.

A consistência interna do instrumento foi avaliada através do valor de *alfa* de Cronbach apresentando valores acima dos 0.8, o que sugere boas características psicométricas, traduzindo um elevado nível de fidedignidade e por sua vez, homogeneidade e estabilidade temporal (Matos & Ferreira, 2000).

2.3.2. Escala de Atividades de Autocuidados com a Diabetes (EAAC)

A Escala de Atividades de Autocuidados com a Diabetes foi desenvolvida por Toobert, Hampson e Glasgow (2000) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Bastos, Severo e Lopes (2004). Procura avaliar os comportamentos adotados por doentes com Diabetes na autogestão da doença, traduzindo a sua adesão ao tratamento.

A escala é composta por sete dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicémia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos. A versão portuguesa conta com um total de 24 itens numa escala tipo *likert* de 0 a 7 pontos, que correspondem aos 7 dias da semana, ou seja, é esperado que os sujeitos se posicionem no número de dias nos quais tiveram os comportamentos referidos em cada questão. Note-se que a subescala alimentação específica é cotada de forma invertida e a dimensão de hábitos tabágicos não entra no somatório global da escala (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

Relativamente à consistência interna dos fatores, esta variou entre os 0,45 e os 0,81 (Bastos, Severo & Lopes, 2007) o que pode levantar algumas dúvidas relativamente à fiabilidade do instrumento. No entanto, diversos estudos admitem que se trata de uma escala multidimensional de autogestão de diabetes, sensível à mudança e com uma fiabilidade e validade aceitáveis (Toobert et al., 2000).

2.3.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999) e validada para Portugal por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins e Meneses (2007), designada de Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Tem como principal objetivo avaliar, de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio. Apesar de ter sido desenvolvida para ser utilizada

nestes doentes, é na atualidade largamente utilizado na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997).

Este teste tem um total de 14 itens e divide-se em duas subescalas: uma que mede a ansiedade e outra a depressão, com sete itens cada uma, classificadas isoladamente. Trata-se de um instrumento cotado numa escala de *likert* variando entre os 0 (inexistente) e os 3 pontos (muito grave) e avalia a presença de sintomas nos últimos sete dias. A pontuação total da escala varia entre os 0 e os 21 pontos, sendo que se o valor apresentado pelo sujeito for compreendido entre os 0 e os 7 pontos, significa que há ausência de sintomatologia depressiva e ansiógena, entre os 8 e os 10 a sintomatologia é considerada leve, entre os 11 e os 15 traduz-se numa sintomatologia moderada e entre os 16 e os 21 representa uma sintomatologia severa (Snaith, 2003).

Na validação da versão portuguesa foram apresentados valores para a consistência interna da escala de ansiedade, medida através do *alfa* de Cronbach, de 0,76 e para a de depressão de 0,81, o que traduz boas características psicométricas e, por sua vez, uma fidelidade e homogeneidade aceitáveis (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins & Meneses, 2007).

2.3.4. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado pelos investigadores do presente estudo e tem como principal fim a recolha de dados sociais, demográficos, económicos e pessoais dos participantes para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados.

Foram consideradas variáveis como o sexo, a idade, o nível académico, a situação profissional, o estado civil, o concelho de residência, entre outros. Mais particularmente em relação à doença, foram englobadas questões relacionadas, por exemplo, com o tipo de diabetes, há quanto tempo é foi diagnosticada a doença e há quanto tempo tem acompanhamento especializado, se tem complicações médicas causadas pela diabetes ou se tem acompanhamento a nível psicológico.

2.4. Procedimentos

Depois de escolhidas as escalas e testes psicométricos a aplicar na investigação, foram solicitadas as autorizações necessárias para a utilização dos mesmos junto dos autores. A par disso, foi construído o questionário sociodemográfico, constituído por informações relevantes para uma melhor exploração do tema central do estudo.

De seguida o projeto foi submetido à comissão de ética com o objetivo de obter uma autorização para recolher uma amostra de pacientes com diabetes seguidos na consulta externa de Diabetologia. Depois de obtida a autorização por parte do Hospital,

começou-se a recolha de dados. Os protocolos foram aplicados presencialmente, após a obtenção do consentimento por escrito de cada participante. A recolha aconteceu durante os meses de Fevereiro, Março e Abril. Posteriormente os dados foram inseridos e tratados quantitativamente com recurso ao programa de análise estatística SPSS (IBM STATISTICS Version 22).

A caracterização sociodemográfica foi feita através de estatísticas descritivas, nomeadamente frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão e extremos. A relação entre as escalas, as dimensões das escalas e algumas variáveis sociodemográficas foi avaliada através do teste de correlação de Pearson (r) que, como todos os coeficientes de correlação, pode assumir valores entre -1 e 1. Quanto mais próximo de -1 ou 1 se registar o coeficiente, maior a associação entre as variáveis e, por sua vez, quanto mais próximo de 0, menor a sua associação. Marôco (2011) revela que quando o valor do coeficiente de Pearson em módulo está entre 0 e 0,25 a associação é fraca; se pontuar (em módulo) entre 0,25 e 0,50, a relação entre as variáveis é moderada; entre os 0,5 e 0,75 ($|r|$) a correlação é forte e no caso de se verificar um valor de $|r|$ superior a 0,75 a associação é considerada muito forte. As diferenças entre grupos foram calculadas através do teste t de Student para variáveis com duas categorias. Com o objetivo de predizer ou explicar os níveis de suporte social percebido, recorreu-se à execução de uma regressão linear múltipla.

Note-se que para todas as análises e cálculos efetuados na presente investigação foi assumido um nível de significância de 95%, pelo que são considerados estatisticamente significativos os testes com valores de prova iguais ou inferiores a 0,05.

Capítulo III - Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados da análise estatística dos dados, realizada com o recurso ao programa IBM SPSS (versão 22), e explicadas as decisões tomadas nessa análise. Serão apresentados os resultados obtidos através das estatísticas descritivas, das estatísticas inferenciais, bem como de um modelo de regressão linear múltipla e um modelo de regressão logística.

3.1. Análises estatísticas preliminares

Numa primeira fase, efetuou-se o teste Kolmogorov-Smirnov a fim de testar a normalidade dos dados. O resultados obtidos para os instrumentos *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Escala de Atividades de Autocuidados com a Diabetes (EAAC) e Escala de Apoio Social (EAS) não confirmam uma distribuição normal dos dados ($p < 0,05$). No entanto, atendendo ao tamanho da amostra podemos aplicar o Teorema do Limite Central onde é admitido que quanto maior é a amostra, maior a probabilidade da média dos dados convergir para uma distribuição normal (Gleria, Matsushita & Silva, 2004; Marôco, 2011). Diversos autores acreditam que em amostras superiores a 30 sujeitos, aplicando o Teorema do Limite Central, podemos admitir que esta segue uma distribuição normal (Filho & Júnior, 2009; Marôco, 2011). Tendo em conta que a presente amostra conta com 83 participantes, estamos em condições de concordar que tendencialmente se trata de uma amostra distribuída normalmente e, portanto, decidimos utilizar estatísticas paramétricas na sua análise.

Seguidamente, calculou-se o *alfa* de Cronbach com o objetivo de testar a consistência interna das escalas utilizadas (Tabela 2), ou seja, perceber o grau de confiabilidade na medição do constructo que cada teste se propõe a avaliar.

Tabela 2

Consistência interna dos instrumentos utilizados

Instrumento	Dimensões	Alfa de Cronbach
HADS	Total	0,894
	HADS Ansiedade	0,847
	HADS Depressão	0,805
EAS	Total	0,868
	EAS Emocional	0,725
	EAS Informativo	0,876
	EAS Instrumental	0,662

Analisando a consistência interna dos instrumentos, podemos verificar que a HADS, quer no seu somatório total, quer quando dividida por fatores, apresenta níveis de consistência considerados bastante elevados ($\alpha > 0,8$) pelo que podemos concluir que esta escala cumpre os critérios de fidelidade necessários. Em relação à EAS, os resultados revelam que uma consistência interna elevada ($\alpha > 0,8$) para o resultado total, apresentando uma consistência nas dimensões entre os 0,7 e os 0,9. Desta forma podemos considerar que a escala apresenta uma fidelidade aceitável. Por fim, relativamente à EAAC, não foi calculada a consistência interna da escala devido à multidimensionalidade deste instrumento, que avalia a adesão em áreas muito distintas do plano de tratamento da diabetes, e à sua sensibilidade à mudança (Toobert et al., 2000).

3.2. Estatísticas descritivas básicas

Efetuiu-se uma análise estatística descritiva com o objetivo de caracterizar os resultados obtidos pelos participantes nas variáveis em estudo, relativamente às médias e desvios-padrão, bem como os valores mínimos e máximos encontrados. Foram ainda calculadas as médias dos fatores integrantes de cada instrumento de avaliação. As escalas utilizadas foram: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Escala de Atividades de Autocuidados com a Diabetes (EAAC) e Escala de Apoio Social (EAS).

Como podemos observar na Tabela 3, o valor médio para a HADS é de 11,88 (DP=8,10) e diferenciando a escala de ansiedade da de depressão, podemos perceber que, em média, as pontuações são mais elevadas para a escala de Ansiedade (M=6,45) do que para a escala de Depressão (M=5,54). O ponto de corte para a existência de sintomas depressivos ou ansiógenos é 7, tendo em conta que em termos médios os participantes do presente estudo encontram-se abaixo, estes resultados indicam que a amostra não parece revelar sintomatologia depressiva ou ansiógena.

Tabela 3
Estatísticas descritivas da HADS

HADS	Média	Desvio-padrão	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Escala de Ansiedade	6,45	4,47	0-18	0-21
Escala de Depressão	5,54	4,32	0-14	0-21
Total	11,88	8,1	0-31	0-42

Ao observar a Tabela 4, podemos verificar que 56 participantes não apresentam sintomas depressivos (67,5%) e o mesmo acontece para a escala de ansiedade. Ainda assim,

12% da amostra revela sintomatologia depressiva leve e quase 20% dos sujeitos apresenta sintomas depressivos moderados. Relativamente à subescala de ansiedade, cerca de 11% dos participantes revelam sintomas ansiógenos leves e mais de 21% revela sintomas de ansiedade moderados ou severos.

Tabela 4
Frequências da HADS

		n	%
HADS - escala de depressão	Inexistência de sintomas depressivos	56	67,5%
	Sintomas depressivos leves	10	12%
	Sintomas depressivos moderados	16	19,3%
	Sintomas depressivos severos	0	0%
HADS - escala de ansiedade	Inexistência de sintomas ansiógenos	56	67,5%
	Sintomas ansiógenos leves	9	10,8%
	Sintomas ansiógenos moderados	14	16,9%
	Sintomas ansiógenos severos	4	4,8%

No caso da EAS o valor médio total é de 58,28 (DP= 11,88). Quando interpretamos os resultados globais da escala prevê-se que quanto mais elevados forem, maior percepção tem o sujeito de que tem suporte social, variando entre um total de 16 e 80 pontos. Na análise da nossa amostra verificamos que a média para a escala total de Apoio Social está mais próxima do máximo previsto na escala do que do mínimo (Tabela 5), o que revela em média uma percepção de suporte social positiva.

Em relação às três dimensões da EAS, o Apoio Social Informativo foi o que registou uma média mais elevada (M=22,14), seguindo-se o Apoio Emocional (M=18,41) e, por fim, o Apoio Instrumental (M=17,72).

Tabela 5
Estatísticas descritivas da EAS

EAS	Média	Desvio-padrão	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Apoio Social Emocional	18,41	4,38	5-25	5-25
Apoio Social Informativo	22,14	5,35	7-30	6-30
Apoio Social Instrumental	17,72	4,72	5-25	5-25
Total	58,28	11,88	17-79	16-80

Relativamente à EAAC, a média corresponde a 5,18 (DP= 0,85). Na Tabela 6 encontram-se ainda os resultados para as subescalas da EAAC e podemos verificar que o Cuidado com os pés foi a dimensão cuja média foi mais elevada (M=6,13) sugerindo que os inquiridos em média apresentam comportamentos de cuidado com os pés seis vezes por semana. Em contrapartida, a dimensão correspondente à Atividade física foi a que apresentou a média mais baixa (M=2,05), indicando que, em média, os participantes praticam exercício físico apenas duas vezes por semana.

Tabela 6

Estatísticas descritivas da EAAC

EAAC	Média	Desvio-padrão	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Alimentação geral	5,04	1,78	0-7	0-7
Alimentação específica	5,43	1,18	1,7-7	0-7
Atividade física	2,05	2,33	0-7	0-7
Monitorização da glicemia	5,49	2,34	0-7	0-7
Cuidados com os pés	6,13	1,42	0-7	0-7
EAAC	5,18	0,85	2,83-6,56	0-7

Atendendo à tabela 7 podemos verificar que, de uma forma global, a maior parte dos participantes (41%) revelam ter comportamentos de adesão ao tratamento 5 dias por semana. Este resultado revela-se aceitável, no entanto, o ideal seria que esses comportamentos fossem efetuados todos os dias, ou seja, 7 dias por semana (em que apenas é registado um caso).

Analisando as subescalas separadamente, observamos que em relação à alimentação geral, cerca de 31% revela cumprir este cuidado 7 dias por semana, apesar de aproximadamente 40% dos sujeitos afirmarem ter cuidados com a alimentação de uma maneira geral entre 4 e 5 dias por semana. Relativamente à alimentação específica, a maioria dos indivíduos revelam ter comportamentos de adesão em 6 dias na semana (38,6%), notando-se que cerca de 83% dos inquiridos admite ter cuidados específicos com a alimentação entre os 5 e os 7 dias por semana. No que concerne à prática de exercício físico, 41% adianta não ter nenhuma atividade física e aproximadamente 31% apenas o realiza 2 a 3 vezes por semana. No caso na monitorização da glicemia, os resultados admitem que a grande maioria (61,4%) a realiza 7 dias por semana e o mesmo acontece com os cuidados com os pés (65,1%). Por fim, em relação à adesão medicamentosa, 94% dos participantes revela cumprir com as prescrições médicas 7 dias por semana.

Deste modo podemos admitir que a toma dos medicamentos, a monitorização da glicemia e os cuidados com os pés são as subescalas em que os sujeitos parecem executar

mais comportamentos de adesão ao tratamento e o exercício físico a dimensão menos pontuada.

Tabela 7
Frequências da EAAC e das suas subescalas

	Número de dias por semana	n	%
EAAC	3 dias por semana	5	6%
	4 dias por semana	12	14,5%
	5 dias por semana	34	41%
	6 dias por semana	31	37,3%
	7 dias por semana	1	1,2%
Alimentação geral	0 dias por semana	1	1,2%
	2 dias por semana	6	7,2%
	3 dias por semana	8	9,6%
	4 dias por semana	14	16,9%
	5 dias por semana	19	22,9%
	6 dias por semana	9	10,8%
	7 dias por semana	26	31,3%
Alimentação específica	2 dias por semana	2	2,4%
	3 dias por semana	4	4,8%
	4 dias por semana	8	9,6%
	5 dias por semana	21	25,3%
	6 dias por semana	32	38,6%
	7 dias por semana	16	19,3%
Exercício físico	0 dias por semana	34	41%
	1 dia por semana	7	8,4%
	2 dias por semana	9	10,8%
	3 dias por semana	17	20,5%
	4 dias por semana	5	6%
	5 dias por semana	2	2,4%
	6 dias por semana	1	1,2%
	7 dias por semana	8	9,6%
Monitorização da glicemia	0 dias por semana	4	4,8%
	1 dia por semana	6	7,2%
	2 dias por semana	3	3,6%
	3 dias por semana	7	8,4%
	4 dias por semana	3	3,6%
	5 dias por semana	3	3,6%
	6 dias por semana	6	7,2%
	7 dias por semana	51	61,4%
Cuidados com os pés	0 dias por semana	1	1,2%
	2 dias por semana	1	1,2%
	3 dias por semana	3	3,6%

	4 dias por semana	5	6%
	5 dias por semana	12	14,5%
	6 dias por semana	7	8,4%
	7 dias por semana	54	65,1%
Medicamentos	0 dias por semana	4	4,8%
	5 dias por semana	1	1,2%
	7 dias por semana	78	94%

3.3. Estatísticas inferenciais

Em seguida procedeu-se à análise da relação existente entre variáveis através do teste de correlação de Pearson, com o intuito de perceber se existia associação entre o apoio social percebido, a adesão ao tratamento e a presença de sintomas depressivos e/ou ansiógenos.

3.3.1. Associações entre Apoio Social, Adesão ao Tratamento e Sintomas de Depressão ou Ansiedade

Analisando a Tabela 8, podemos verificar que a EAS e a HADS estão negativamente correlacionadas, considerando-se um associação moderada ($r = -0,298$) para um nível de significância de 95%. Isto é, à medida que a percepção de suporte social aumenta, a presença de sintomas depressivos ou ansiógenos diminui, ou uma diminuição da percepção de suporte social leva a um aumento nestes sintomas psicopatológicos.

Tabela 8

Correlações entre as subescalas da HADS e da EAS

	Escala de depressão	Escala de ansiedade	HADS total	Sensações de tensão	Sensações de inquietação
Apoio social emocional	-0,208	-0,224*	-0,203	-0,301**	-0,407**
Apoio social informativo	-0,299**	-0,270*	-0,287**	-0,339**	-0,440**
Apoio social instrumental	-0,264*	-0,184	-0,231*	-0,296**	-0,213
EAS total	-0,319**	-0,278**	-0,298*	-0,381**	-0,433**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Relativamente à associação entre as subescalas da EAS e da HADS, podemos ainda encontrar outros resultados estatisticamente significativos. Atendendo à escala de Apoio

Social Emocional, podemos verificar que esta apresenta uma relação negativa com a Escala de Ansiedade ($r = -0,224$), ainda que esta correlação seja considerada fraca. Este resultado sugere que à medida que o apoio social emocional aumenta, os sintomas de ansiedade diminuem, ou vice-versa. No que diz respeito à escala de Apoio Social Informativo, este apresenta-se negativamente correlacionado quer com a Escala de Depressão, quer com a Escala de Ansiedade ($r = -0,299$; $r = -0,270$, respetivamente). Estas associações são consideradas moderadas e sugerem que quanto maior a perceção de apoio social informativo, menor a presença de sintomas depressivos e ansiógenos. Por último, o Apoio Social Instrumental apresenta-se relacionado com a Escala de Depressão ($r = -0,264$), revelando que à medida que a perceção de apoio social instrumental aumenta, a presença de sintomas depressivos diminui. É de realçar que todas as dimensões da EAS estão negativamente associadas com a escala global HADS, indicando que um aumento em qualquer das dimensões do apoio social está associado com uma diminuição de sintomas de ansiedade e depressão.

Podemos, ainda, verificar que o Apoio Social percebido está negativamente associado com as sensações de inquietação e de tensão, considerando-se associações moderadas ($r = -0,433$ e $r = -0,381$, respetivamente), bem como todas as dimensões da EAS. Deste modo, podemos concluir que à medida que o nível de apoio social percebido aumenta, as sensações de tensão e inquietação diminuem.

No que se refere à relação entre apoio social e adesão aos autocuidados, verificamos que a EAS não se encontra correlacionada com a EAAC, apresentando valores sem significância estatística ($r = 0,059$) (Tabela 9). Podemos concluir que não existe associação entre o nível de adesão ao tratamento e o nível global de perceção de suporte social.

No entanto, quando se analisa a associação entre as escalas de apoio social percebido e as dimensões da escala de adesão ao tratamento, verificamos que existem associações fracas a moderadas, com relevância estatística para um intervalo de confiança de 95%, entre a Monitorização da Glicemia e o Apoio Social Instrumental ($r = 0,244$) e entre os Cuidados com os Pés e o Apoio Social Informativo ($r = 0,287$). Estes resultados revelam que quanto maior o apoio social instrumental percebido, maior a monitorização da glicemia e à medida que o apoio social informativo aumenta, os cuidados com os pés aumentam também. Verifica-se, ainda, que a subescala Cuidados com os Pés encontra-se também relacionada com o valor global obtido na EAS ($r = 0,259$), tratando-se de uma associação moderada.

Tabela 9

Correlações entre as subescalas da EAS e da EAAC

Apoio social emocional	Apoio social informativo	Apoio social instrumental	EAS
------------------------	--------------------------	---------------------------	-----

Alimentação geral	0,131	0,169	0,065	0,150
Alimentação específica	-0,126	-0,183	-0,172	-0,197
Atividade física	0,42	0,133	0,043	0,093
Monitorização da glicemia	-0,051	-0,014	0,224*	0,063
Cuidado com os pés	0,175	0,287**	0,165	0,259*
Medicamentos	0,067	0,042	-0,009	-0,047
EAAC	0,014	0,069	0,056	0,059

*p < 0,05, **p < 0,01

Observando a Tabela 10, verificamos que os resultados relativos às pontuações globais na EAAC sugerem que a adesão aos autocuidados com a diabetes não se encontra associada com a presença de sintomas depressivos ou ansiógenos ($r = 0,098$), não apresentando resultados com relevância estatística. Ainda assim, a subescala de Depressão da HADS está negativamente relacionada com a subescala Atividade física da EAAC ($r = -0,366$), bem como com a HADS total ($r = -0,278$), associações consideradas moderadas. Concluimos, assim, que quanto mais elevados forem as pontuações da HADS, nomeadamente na escala de depressão, menor será a prática de exercício físico.

Tabela 10

Correlações entre as subescalas da HADS e da EAAC

	Escala de depressão	Escala de ansiedade	HADS
Alimentação geral	0,029	-0,060	-0,033
Alimentação específica	0,026	0,071	0,036
Atividade física	-0,366**	-0,169	-0,278*
Monitorização da glicemia	0,005	0,030	0,011
Cuidado com os pés	-0,146	-0,041	-0,109
Medicamentos	0,030	0,096	0,066
EAAC	-0,125	-0,026	-0,098

*p < 0,05, **p < 0,01

3.3.2. Diferenças entre grupos na Adesão ao Tratamento, Apoio Social e Sintomas de Depressão e Ansiedade

Seguidamente serão apresentadas as diferenças verificadas nas escalas EAS, HADS e EAAC, relativamente a variáveis sociodemográficas como o género, a idade, o tipo de diabetes e o tipo de tratamento. Para avaliar as diferenças entre grupos utilizamos o teste t de Student.

Os resultados obtidos exibem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, em relação às escalas HADS, EAS e EAAC ($p < 0,05$) (Tabela 11). Podemos, deste

modo, afirmar que os homens apresentam valores mais elevados na perceção de suporte social. Relativamente às mulheres, estas apresentam resultados mais elevados na HADS indicando uma presença maior de sintomas de depressão ou ansiedade. Verificámos também diferenças entre os géneros nos autocuidados com a diabetes, com níveis de adesão ao tratamento superiores nas mulheres.

Tabela 11

Diferenças de género nas escalas HADS, EAS e EAAC

	Género	n	Média	Desvio-padrão	p
HADS	Masculino	43	9,77	6,98	0,012
	Feminino	39	14,21	8,673	
EAS	Masculino	44	61,07	10,073	0,022
	Feminino	39	55,13	13,061	
EAAC	Masculino	44	4,96	0,887	0,012
	Feminino	39	5,43	0,731	

Como podemos observar na tabela 12, relativamente às diferenças entre géneros das escalas de depressão e de ansiedade, os resultados sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas na escala de ansiedade. Ou seja, as mulheres apresentam mais sintomas ansiógenos comparativamente com os homens. Em contrapartida, analisando os resultados relativamente à escala de depressão, não são reveladas diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as pontuações dos homens e das mulheres.

Tabela 12

Diferenças de género nas subescalas da HADS

	Género	n	Média	Desvio-padrão	p
Escala de depressão	Masculino	43	4,72	4,165	0,073
	Feminino	39	6,44	4,370	
Escala de ansiedade	Masculino	43	5,27	3,793	0,010
	Feminino	39	7,77	4,831	

No que concerne às subescalas da EAS, verifica-se que, para um intervalo de confiança de 95%, existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros nas subescalas de apoio social emocional ($p < 0,05$) e de apoio social informativo ($p < 0,05$), (Tabela 13). Podemos, assim, concluir que os homens percecionam níveis mais elevados destes dois tipos de apoio social do que as mulheres. O mesmo não acontece na subescala de apoio social instrumental, onde não foram encontradas diferenças significativas entre estes dois grupos ($p > 0,05$).

Tabela 13*Diferenças de género nas subescalas da EAS*

	Género	n	Média	Desvio-padrão	p
Apoio social emocional	Masculino	44	19,61	3,519	0,007
	Feminino	39	17,05	4,888	
Apoio social informativo	Masculino	44	23,57	4,712	0,010
	Feminino	39	20,54	5,614	
Apoio social instrumental	Masculino	44	17,89	4,662	0,740
	Feminino	39	17,54	4,839	

Relativamente às dimensões do questionário de adesão aos autocuidados no tratamento na diabetes, podemos verificar que a subescala Alimentação específica revelou diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género (Tabela 14). As mulheres obtiveram um valor médio mais elevado, concluindo-se, portanto, que as mulheres apresentam comportamentos alimentares mais positivos comparativamente com os homens ($p < 0,05$).

Tabela 14*Diferenças de género nas subescalas da EAAC*

	Género	n	Média	Desvio-padrão	p
Alimentação geral	Masculino	44	4,932	1,641	0,552
	Feminino	39	5,154	1,732	
Alimentação específica	Masculino	44	5,059	1,326	0,002
	Feminino	39	5,861	0,811	
Atividade física	Masculino	44	1,739	2,230	0,202
	Feminino	39	2,397	2,415	
Monitorização da glicemia	Masculino	44	5,330	2,536	0,551
	Feminino	39	5,667	2,119	
Cuidado com os pés	Masculino	44	6,159	1,629	0,833
	Feminino	39	6,094	1,162	
Medicamentos	Masculino	44	6,523	1,785	0,453
	Feminino	39	6,769	1,156	

Ao observarmos a Tabela 15, podemos verificar que, no que diz respeito à idade, não existem diferenças estatisticamente relevantes nas subescalas da HADS, para um nível de significância de 5% ($p > 0,05$). Concluimos, assim, que o facto de os participantes terem mais ou menos de 65 anos não tem impacto nas suas pontuações das subescalas de depressão e ansiedade.

Tabela 15*Diferenças nas subescalas da HADS em função do grupo etário*

	Idade	n	Média	Desvio-padrão	p
Escala de depressão	Igual ou inferior a 65 anos	43	4,291	0,654	0,057
	Superior a 65 anos	39	4,211	0,674	
Escala de ansiedade	Igual ou inferior a 65 anos	43	4,630	0,706	0,357
	Igual ou inferior a 65 anos	40	4,288	0,678	

Relativamente à diferença entre grupos etários nas subescalas de apoio social percebido, podemos verificar que para um nível de significância de 95%, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na subescala de apoio social emocional ($p < 0,05$) (Tabela 16). Deste modo, podemos admitir que os indivíduos com idades iguais ou inferiores a 65 anos têm níveis de apoio social emocional percebido mais elevados do que os participantes com idade superior a 65 anos. No que concerne às subescalas de apoio social informativo e instrumental, não se verificam diferenças entre os dois grupos de participantes com relevância estatística ($p > 0,05$).

Tabela 16*Diferenças nas subescalas da EAS em função do grupo etário*

	Idade	n	Média	Desvio-padrão	p
Apoio social emocional	Igual ou inferior a 65 anos	43	19,4	4,277	0,033
	Superior a 65 anos	40	17,35	4,300	
Apoio social informativo	Igual ou inferior a 65 anos	43	23,0	5,447	0,131
	Superior a 65 anos	40	12,23	5,142	
Apoio social informativo	Igual ou inferior a 65 anos	43	18,33	4,634	0,230
	Superior a 65 anos	40	17,08	4,774	

Atendendo à Tabela 17, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, para um nível de significância de 5%, entre os dois grupos de idades relativamente às pontuações nas dimensões da EAAC ($p > 0,05$), o que sugere que não existem diferenças no nível de adesão aos autocuidados com a diabetes entre os doentes mais novos e mais velhos.

Tabela 17*Diferenças nas subescalas da EAAC em função do grupo etário*

	Idade	n	Média	Desvio-padrão	p
Alimentação geral	Igual ou inferior a 65 anos	43	4,767	1,701	0,130
	Superior a 65 anos	40	5,325	1,623	
Alimentação	Igual ou inferior a 65 anos	43	5,282	1,203	0,222

específica	Superior a 65 anos	40	5,600	1,144	0,263
Atividade física	Igual ou inferior a 65 anos	43	2,326	2,439	
	Superior a 65 anos	40	1,750	2,193	0,484
Monitorização da glicemia	Igual ou inferior a 65 anos	43	5,663	2,072	
	Superior a 65 anos	40	5,300	2,614	0,095
Cuidado com os pés	Igual ou inferior a 65 anos	43	6,380	1,075	
	Superior a 65 anos	40	5,858	1,689	0,825
Medicamentos	Igual ou inferior a 65 anos	43	6,674	1,492	
	Superior a 65 anos	40	6,600	1.566	

No que diz respeito ao tipo de diabetes, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos de doentes ($p > 0,05$) (Tabela 18). Estes resultados indicam que o facto de os sujeitos terem diabetes do tipo 1 ou do tipo 2 não conduz a diferenças nas suas pontuações das escalas de ansiedade e depressão, de suporte social percebido ou de adesão aos autocuidados com a diabetes.

Tabela 18

Diferenças nas escalas HADS, EAS e EAAC em função do tipo de diabetes

	Tipo de diabetes	n	Média	Desvio-padrão	p
HADS	Tipo 1	29	11,76	7,38	0,922
	Tipo 2	53	11,94	8,53	
EAS	Tipo 1	30	56,27	11,11	0,249
	Tipo 2	53	59,42	12,25	
EAAC	Tipo 1	30	5,36	0,86	0,149
	Tipo 2	53	5,08	0,83	

Para um nível de significância de 5%, como podemos observar na Tabela 19, o tipo de medicação prescrita aos doentes diabéticos tem impacto na sua adesão ao tratamento ($p < 0,05$). Assim, podemos admitir que os indivíduos que fazem medicação injetável apresentam níveis de adesão ao tratamento mais elevados.

Tabela 19

Teste de diferenças do tipo de medicação na adesão ao tratamento

	Medicação Injetável	n	Média	Desvio-padrão	p
Adesão ao Tratamento	Não	33	4,89	0,99	0,010
	Sim	50	5,37	0,68	

Podemos, ainda, verificar que não existe associação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico e os níveis de adesão ao tratamento ($r = 0,107$).

2.3. Modelo de Regressão Linear Múltipla

O modelo de regressão linear tem como objetivo a explicação do comportamento de uma variável com base no aumento ou diminuição de outras (Marôco, 2011). Existem diversos métodos estatísticos que permitem encontrar quais as variáveis que melhor explicam a variável em análise, no entanto, e em primeiro lugar, devemos ter em consideração o que nos revela a literatura relativamente à temática que pretendemos estudar (Ferrão, 2012).

A variável de análise escolhida para ser explicada foi o nível de adesão ao exercício físico e de acordo com os testes estatísticos efetuados previamente, considerou-se o nível de sintomatologia depressiva como potencial preditor do nível de adesão à atividade física tendo em conta que as variáveis se encontram moderadamente correlacionadas ($r = -0,366$). Seguidamente foram inseridas as possíveis variáveis explicativas, a fim de perceber quais as variáveis que melhor eram explicativas do nível adesão ao tratamento no que diz respeito à atividade física. Concluiu-se, através do método *Backward*, que o número de filhos seria a que admitia melhores valores explicativos, conduzindo-nos ao modelo que melhor explica a variável em estudo contando com o menor número possível de variáveis preditivas. É de ressaltar que foram elaborados testes estatísticos com o objetivo de englobar o apoio social percebido neste modelo, no entanto, não foram encontrados resultados com relevância estatística.

Considere-se, assim, Y a variável aleatória que representa o nível de adesão ao exercício físico por doentes diabéticos que é chamada de variável dependente ou variável resposta. As variáveis X_1 e X_2 , chamadas variáveis explicativas ou independentes, dizem respeito ao nível de sintomas depressivos e ao número de filhos, respetivamente. A equação que representa a relação entre as variáveis em estudo é:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \varepsilon$$

O parâmetro β_0 representa a ordenada na origem, ou seja, o valor de Y quando as outras duas variáveis admitem valores nulos, e β_1 e β_2 representam, em média, o aumento ou diminuição de unidades de Y por cada unidade de X_1 e X_2 acrescentada, respetivamente. Assim, a expressão $\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$ diz respeito à componente explicativa do modelo. O ε traduz o erro, ou seja, a diferença entre o valor de Y previsto e o realmente observado (Marôco, 2011). Este erro pode representar a influência em Y de outras variáveis omissas ao modelo (Ferrão, 2012).

De acordo com a Tabela 20, podemos observar os valores encontrados para os parâmetros do modelo de regressão linear múltipla, conduzindo-nos à sua equação explicativa:

$$Y = 2,298 - 0,227X_1 + 0,509X_2 + \varepsilon$$

Interpretando os valores da equação verificamos que a cada unidade de aumento no nível de sintomas depressivos, haverá uma diminuição de 2,27 no nível de adesão ao exercício físico e para cada unidade aumentada no número de filhos, o nível de adesão ao exercício físico aumentará 0,509. Note-se que deveremos admitir que todas as outras variáveis se mantêm controladas.

Tabela 20

Coefficientes e estatísticas do modelo de regressão linear múltipla sobre a adesão ao exercício físico (estimativa dos parâmetros)

	β	Multicolinearidade	
		Tolerância	VIF
(Constante)	2,298		
Sintomas depressivos	-0,227	0,999	1
Número de filhos	0,509	0,999	1

$R^2 = 0,192$
 Sig. De One-way ANOVA = 0,001

Um dos cuidados a ter na tomada de decisão de escolha do modelo prende-se com o coeficiente de determinação (R^2). Este valor traduz o quanto o modelo consegue explicar a variável dependente e pode variar entre 0 e 1, onde o 0 significa que o modelo não explica a variável dependente e o 1 representa um modelo perfeito preditivo da variável em causa, portanto, quanto mais próximo de 1 for o R^2 melhor consegue predizer a variável dependente (Marôco, 2011). O valor de R^2 do presente modelo é de 0,192, o que significa que a equação acima referida consegue explicar 19,2% da variável em estudo, neste caso, o nível de adesão à prática de exercício físico. Apesar deste valor não ser próximo de 1, a literatura revela alguns estudos nas ciências sociais em que os valores do coeficiente de determinação baixos e por isso, admitimos o modelo como aceitável (Tamayo & Tróccoli, 2002; Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho & Barreto, 2005; Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore & Cecon, 2006).

O nível de significância do teste de variância One-Way ANOVA também requer uma especial atenção: caso este valor seja igual ou inferior a 0,05 significa que pelo menos uma das variáveis independentes está a influenciar a variável dependente, a um nível de significância de 5%. Caso este valor seja superior a 0,05, devemos abandonar o modelo pois nenhuma das variáveis está a afetar a variável em estudo (Marôco, 2011). O nível de significância para o presente modelo é de 0,001 pelo que podemos garantir que pelo menos uma das variáveis independentes está a influenciar Y.

Outro dos cuidados que devemos ter em atenção diz respeito à multicolinearidade, que consiste numa correlação forte entre as variáveis independentes, fazendo com que a

análise do modelo não admita significado (Marôco, 2011). Observando a Tabela 20, encontramos valores para a tolerância de 0,999 e para VIF (*variance inflator factor*) de 1. Entendem-se como valores satisfatórios para a tolerância pela sua proximidade de 0, o que se comprova neste modelo (0,999) e relativamente a VIF, valores superiores a 10 são indicadores de multicolinearidade, traduzindo dificuldades na estimação de β_1 devido à multicolinearidade nas variáveis explicativas (Marôco, 2011).

Em síntese, podemos concluir que o presente modelo satisfaz as condições mínimas necessárias para a predição do nível de adesão ao exercício físico, no entanto, apenas consegue explicar cerca de 20% desta variável.

3.4. Modelo de regressão logística

O modelo estatístico usado para a modelagem da relação entre as variáveis X e Y é um modelo que pertence à classe dos modelos lineares generalizados com função de ligação *logit* (Ferrão, 2012). Especifica-se a variável dependente Y como a adesão aos cuidados com os pés e a variável independente ou explicativa X como o nível de apoio social informativo. A variável Y trata-se de uma variável binomial, onde Y=1 significa sucesso na adesão aos cuidados com os pés e Y=0 representa o insucesso, ou seja, a não adesão.

Tabela 21

Modelo de regressão logística (Estimativa dos parâmetros)

Variáveis	Estimativa do parâmetro	Wald (W)	p
Constante	-1,237	0,867	0,352
Apoio social informativo	0,182	6,599	0,01

Ponto de corte: 0,5

De acordo com a Tabela 21, verificamos que a estimativa do parâmetro de interesse é de 0,182 (DP = 0,071) e o valor do teste de Wald é de 6,599 (sig. = 0,01). Podemos assim concluir que, para um nível de significância de 5%, a associação entre as variáveis é estatisticamente diferente de zero. Isto significa que, numa escala logística, a probabilidade de sucesso na adesão aos cuidados com os pés aumenta consoante o aumento do apoio social informativo percebido. A estatística que melhor o quantifica é a razão de vantagens (*odds ratio*) admitindo um valor de 1,2. De acordo com os resultados obtidos, como a razão de vantagens é maior que 1, significa que a probabilidade de adesão ao cuidado com os pés tende a aumentar quando aumenta a perceção de apoio social informativo por parte dos participantes.

Capítulo IV - Discussão

O estudo das doenças crónicas vem assumindo uma cada vez maior importância, nomeadamente em relação aos comportamentos de autocuidados, tratando-se de um problema em destaque a nível mundial associado ao aumento da prevalência destas doenças. De acordo com Costa, Alfenas e Cotta (2001), a fraca adesão ao tratamento medicamentoso e a falta de sensibilidade à mudança no estilo de vida fazem com que 50% dos indivíduos com doenças crónicas não obtenha melhorias nas suas doenças. No caso particular da diabetes, os doentes têm que tomar decisões diariamente no sentido de gerir a sua doença com vista a atingir o seu controlo, evitando o desenvolvimento de complicações, o que, por vezes, tem implicações ao nível do seu bem-estar (Villas-Boas et al., 2011). O plano de tratamento visa o sucesso no controlo metabólico da diabetes, implicando o cumprimento de um plano alimentar adequado, a prática de exercício físico, a toma dos medicamentos prescritos e a monitorização dos níveis de glicemia (Costa et al., 2001; Direção Geral de Saúde, 2011; Observatório Nacional da Diabetes, 2014). No entanto, as mudanças nos estilos de vida são uma grande barreira para os doentes, principalmente em relação aos hábitos alimentares e à prática de atividade física.

A presente investigação teve como principal objetivo averiguar se o apoio social percebido estava ou não relacionado com a adesão ao tratamento em sujeitos com diabetes. Pretendia-se, ainda, perceber qual a relação entre este apoio social percebido e a adesão ao tratamento com a presença de sintomas depressivos ou ansiógenos.

A amostra do presente estudo contou com 83 participantes e caracteriza-se por ser maioritariamente idosa, com uma idade média de 65 anos, a maioria são casados ou vivem em união de facto (66%) e uma grande parte tem um nível académico igual ou inferior ao 4º ano de escolaridade (64%). Os valores apresentados na caracterização da amostra corroboram o que é verificado na literatura. Em vários estudos nacionais foram encontrados resultados concordantes relativamente à idade, estado civil e escolaridade. Cunha, Chibante e André (2014) revelaram que na sua pesquisa sobre a diabetes, a média de idades correspondia a 67 anos, cerca de 73% dos participantes eram casados ou estavam em união de facto e aproximadamente 65% dos sujeitos haviam apenas completado o 1º ciclo de ensino. Num estudo efetuado por Oliveira e Pereira (2012), cerca de 98% dos inquiridos eram casados, a média de idades era de aproximadamente de 60 anos e mais de metade da amostra (63,4%) tinha frequentado o ensino apenas até ao 4º ano de escolaridade.

Podemos, assim, admitir que globalmente a amostra da presente investigação caracteriza-se por ser comparável às amostras dos estudos efetuados com a mesma temática, revelando que os doentes com diabetes seguidos nas consultas de diabetologia são na sua maioria idosos com baixo nível de escolaridade. De acordo com a literatura,

considera-se que o nível de escolaridade baixo pode dificultar o acesso e a compreensão dos mecanismos da doença e do seu tratamento, o que pode traduzir uma aprendizagem deficitária quanto aos cuidados de saúde a ter no dia-a-dia (Rocha, Zanetti & Santos, 2009). Este pode ser um aspeto relevante no que diz respeito às barreiras existentes na adesão ao tratamento na população idosa. Outro aspeto importante prende-se com a idade. Trata-se de um fator que acarreta influências ao nível cognitivo, nomeadamente em questões de memória (como por exemplo, esquecimento de tomar a medicação, da dosagem ou do horário), o que pode também comprometer a adesão ao tratamento, principalmente a toma dos medicamentos. Devemos, ainda, atender à questão das crenças por parte dos idosos de que a doença, neste caso a diabetes, é uma condição inerente ao envelhecimento e, por isso, estes tendem a percecioná-la como não sendo controlada por si (Blansky & Lenardt, 2005).

4.1. Apoio Social

Os resultados revelados pela Escala de Apoio Social indicam que os participantes do presente estudo têm uma perceção global de apoio social satisfatória, sendo o apoio emocional a dimensão que contou com pontuações mais elevadas. Segundo Martins (2005), este tipo de apoio social refere-se à disponibilidade por parte de terceiros para falar com o sujeito, englobando comportamentos que promovam sentimentos de bem-estar afetivo, fazendo com que o individuo se sinta amado e respeitado. Inclui, assim, expressões de simpatia, afeto, carinho e estima. Silva e colaboradores (2003) avançam que o apoio social emocional transmitido numa relação interpessoal pode melhorar os sentimentos negativos relacionados com a saúde, promovendo a autoestima e a perceção de autocontrolo em relação à doença.

Verificámos, ainda, que os homens percecionaram maiores níveis de apoio social comparativamente com as mulheres, confirmando a hipótese 7. As informações encontradas na literatura revelam que o suporte social dado pelos maridos às mulheres diabéticas tende a ser menos ativo do que o que as mulheres dão aos maridos diabéticos, adiantando que os homens parecem apresentar níveis de suporte social superiores às mulheres (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006). De realçar que perceção de suporte pela família tem mostrado estar associada com os estilos de *coping* utilizados na gestão da diabetes, com a perceção de maior suporte familiar associada com o uso de estilos de *coping* focados no problema (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg & Bru, 2004), o que contribuirá muito provavelmente para uma gestão mais eficaz da diabetes.

Na presente investigação apurámos que o apoio social percebido pelos doentes com diabetes está negativamente associado com a presença de sintomas depressivos ou ansiógenos, o que confirma a hipótese 1. De acordo com a literatura, valores de apoio social percebido baixos podem conduzir a valores mais elevados de sintomas de ansiedade e de depressão (Amorim & Coelho, 2008). Os resultados da análise correlacional apontam,

ainda, para uma associação negativa entre o nível de suporte social percebido e as sensações de tensão e inquietação, itens da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, o que nos leva a confirmar as hipóteses 2 e 3. Esta associação pode ser justificada pelo facto da percepção de suporte social estar associada a um efeito protetor, fazendo com que os sujeitos se percebam como mais fortes e mais capazes de enfrentar os desafios do quotidiano (Cohen & Willis, 1985; Ribeiro, 1999). Singer e Lord (1984, citados por Ramos, 2002) avançam, ainda, que o apoio social parece exercer efeitos positivos para a saúde perante acontecimentos adversos, traduzindo um fator protetor face às situações de stresse.

4.2. Adesão ao tratamento

Tendo em conta os resultados revelados pela Escala de Atividades para o Autocuidado na diabetes, podemos considerar que o seguimento de uma dieta alimentar saudável, a monitorização regular da glicemia, os cuidados com os pés e a toma dos medicamentos podem ser considerados aceitáveis, tendo em conta que os participantes referem, em termos médios, cumpri-los mais de cinco vezes por semana, ainda que o ideal para atingir um bom controlo da doença seja que esses cuidados sejam tomados todos os dias na semana.

Realça-se que estes números médios traduzem, no entanto, uma grande variabilidade individual, com cerca de 20% dos participantes a referir aderir ao tratamento no máximo quatro dias por semana. Analisando por subescalas, 35% dos inquiridos revela aderir aos cuidados de alimentação geral no máximo quatro dias por semana, o que pode ser considerado uma baixa adesão ao tratamento, e o mesmo acontece em cerca de 17% relativamente à alimentação específica, 86,7% em relação ao exercício físico, aproximadamente 31% na monitorização da glicemia, 12% nos cuidados com os pés e 4,8% na toma dos medicamentos.

Os cuidados com os pés foi a dimensão da escala de adesão ao tratamento em que se obteve um valor mais elevado, revelando que este é o autocuidado que maior número de vezes por semana é efetuada pelos sujeitos, corroborando algumas investigações anteriores. Nos estudos de Rocha e colaboradores (2009), que avaliaram os problemas relacionados com os pés em doentes diabéticos, verificou-se que cerca de 71,7% dos participantes apresentavam uma boa higiene aos pés. Barbui e Cocco (2002) adiantam, também, que no seu estudo a maior parte dos diabéticos estavam conscientes da necessidade de terem cuidados especiais com os pés.

Por outro lado, o exercício físico foi a dimensão do autocuidado a que os participantes referem que aderem com menos frequência, apenas dois dias por semana em média. Estudos anteriores corroboram esta baixa adesão à atividade física em doentes com diabetes (Assunção, Santos & Costa 2002; Cotta, Batista, Reis, Souza, Dias, Castro & Alfenas, 2009; Hernández-Ronquillo, Tellez-Zenteno, Garduño-Espinosa & González-Aceves,

2003; Villas-Boas et al., 2011; Cunha, Chibante e André, 2014). Realce-se que o exercício físico é um dos cuidados principais no tratamento da diabetes, contribuindo para a redução da probabilidade de ocorrência de problemas a nível cardiovascular (Costa et al., 2001). No entanto, os doentes com diabetes parecem perceber o exercício físico e a dieta como menos importante do que a medicação para o controlo da doença (Broadbent, Donkin & Stroh, 2011).

Segundo a literatura, a prática de exercício físico e a adoção de estilos de alimentação saudáveis exigem estratégias de ação voltadas para a sociedade, tendo em conta os aspetos culturais e sendo assim necessário uma mudança na mentalidade da população para promover uma maior adesão nestas dimensões (Costa et al., 2001).

Os níveis de adesão à toma da medicação foi elevada, com 94% dos doentes a referir cumprir a medicação 7 dias por semana. No entanto, pesquisas anteriores revelaram que grande parte dos pacientes que usava medicação oral fazia-o de forma inadequada, existindo grandes discrepâncias entre o que era prescrito pelo médico e o que os participantes faziam na realidade (Assunção, Santo & Costa, 2002). Nota-se que no presente estudo os participantes apenas foram questionados sobre o número de dias em que cumpriam a toma da medicação, sem verificar se existia acordo entre o plano de tratamento prescrito e o comportamento atual do doente. Realça-se, assim, uma necessidade de reavaliação da prescrição medicamentosa e de uma maior observação do cumprimento do que é proposto pelos médicos.

Na presente investigação, os participantes que utilizavam medicação injetável apresentaram maiores níveis de adesão ao tratamento, rejeitando-se a hipótese 12. Esta diferença poderá estar associada a uma maior perceção de gravidade da doença por parte do sujeito, o que se tem mostrado estar associada a uma maior adesão medicamentosa (Maldaner et al., 2008). Por outro lado, vários autores admitem que a ausência de sintomas pode contribuir para uma incompreensão da relevância do tratamento ou da gravidade da doença (Maldaner et al., 2008; Pontieri & Bachion, 2010). O modelo de autorregulação de Leventhal pode ser útil na compreensão desta questão, pois se a adesão ao tratamento é considerada uma estratégia de *coping*, prevê-se que a decisão de cumprir ou não o plano de tratamento, aderir ou não aderir, esteja relacionada com as crenças que o indivíduo tem relativamente à doença e ao seu tratamento. Caso exista uma perceção de maior gravidade, é mais provável que haja uma maior adesão à terapêutica (Horne, Chapman, Parhem, Freemantle, Forbes & Cooper, 2013).

No presente estudo, confirma-se a hipótese 8 que refere que as mulheres apresentaram maiores níveis globais de adesão ao tratamento. Este resultado corrobora os estudos de Karter e colaboradores (2000) que sugerem que os homens têm tendência para apresentar níveis de adesão ao tratamento mais baixos do que as mulheres. Concluiu-se, ainda, que as mulheres aderem mais à dieta alimentar do que os homens, confirmando a hipótese 9 realçando-se que os homens parecem ser mais resistentes à adoção de uma dieta alimentar equilibrada do que as mulheres (Faria et al., 2014). Estes resultados são também

corroborados pelo estudo de Péres, Franco e Santos (2006), que encontraram diferenças relativamente ao género na adesão ao tratamento da diabetes, sendo que as mulheres tendiam a ter pontuações mais elevadas. Os autores avançam que em termos históricos, as mulheres procuram mais regularmente os serviços de saúde e são elas que assumem um papel social mais relevante nos cuidados de saúde dentro da família, sendo elas que transmitem as práticas de manutenção da saúde e cuidam dos seus entes próximos.

No entanto, outros estudos têm revelado como fatores associados à baixa adesão a uma dieta alimentar adequada nas mulheres, a ausência de sintomas da doença, bem como o facto de estas tocarem, olharem e prepararem os alimentos para as suas famílias e não os podem ingerir (Costa et al., 2001).

Relativamente à influência da idade do doente e do tempo decorrido desde o diagnóstico, verificámos que nem a idade dos participantes, nem o tempo de diagnóstico, aparentam ter impacto na adesão ao tratamento, contrariamente ao que era previsto, de acordo com a investigação anterior, rejeitando-se assim a hipótese 11. Por exemplo, Chourdakis e colaboradores (2014), num estudo realizado na Grécia sobre comportamentos de autocuidados na diabetes, verificaram que os pacientes mais velhos, bem como aqueles com uma maior duração da doença, relataram uma maior adesão ao tratamento. Já nos estudos de Warren e Hixenbaugh (1998, citado por Silva et al., 2006) foi verificado que a população com mais de 50 anos tende a aderir menos à terapêutica na presença de amigos.

4.3. Adesão ao Tratamento, Suporte Social e Sintomas Depressivos ou de Ansiedade

De acordo com a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, os resultados sugerem que em média existe uma ausência de sintomatologia depressiva e ansiógena na presente amostra, com 67,5% dos participantes a revelarem ausência de sintomas quer depressivos, quer de ansiedade. Numa revisão bibliográfica elaborada por Moreira e colaboradores (2003), os autores encontraram uma prevalência da depressão na diabetes a variar entre os 0 e os 60,5%, no entanto, os estudos de Valdés, Miranda e Tamay (2012) corroboram os presentes resultados, verificando-se que grande parte da sua amostra revelava a ausência de sintomas depressivos e/ou de ansiedade (58,8%).

Ainda assim, a comparação por género mostra que as mulheres parecem apresentar maiores níveis de sintomas depressivos e/ou de ansiedade que os homens, confirmando a hipótese 10. Amorim e Coelho (2008), bem como Khawaja e colaboradores (2010) referem que as mulheres estão mais propensas a desenvolver sintomas de ansiedade e de depressão, o que vai ao encontro do previsto pela American Psychological Association (2013) que admite que a prevalência dos problemas relacionados com o humor seja duas vezes mais elevada nas mulheres do que nos homens.

Apesar de, em termos totais, não ter sido revelada associação entre a adesão ao tratamento e a presença de sintomas depressivos ou ansiógenos (rejeitando a hipótese 5), a dimensão atividade física apresenta-se negativamente associada à presença de sintomas depressivos e ansiógenos, o que nos leva a confirmar a hipótese 6. De acordo com o modelo de regressão múltipla proposto, a presença de sintomas depressivos e o número de filhos parecem prever a adesão à atividade física em doentes com diabetes. Papelbaum e colaboradores (2005) admitem que um nível de atividade física baixo faz com que os sujeitos estejam mais vulneráveis a apresentar sintomas de depressão. No mesmo sentido, Torres e Piña (2010) acrescentam que o exercício físico parece ser afetado por situações vinculadas com o stresse e, por sua vez, com sintomas depressivos. Anderson e colaboradores (2009) encontraram os mesmos resultados na sua investigação e os estudos de Albuquerque, Correia e Ferreira (2015) também vêm reforçar esta ideia, adiantando a necessidade da execução de uma avaliação cuidadosa da prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão em doentes com diabetes. Os mesmo autores revelam, ainda, que muitas vezes estes distúrbios são desvalorizados ou subdiagnosticados em particular na população diabética.

Constatou-se que, contrariamente ao que era esperado, neste estudo a adesão ao tratamento não estava associada com o nível de apoio social percebido, levando-nos a rejeitar a hipótese 4. Pace e colaboradores (2003) avaliaram o conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes, verificando que das 24 famílias entrevistadas, apenas 12 aparentavam saber de que se trata realmente a doença. Este estudo revela a importância da educação dos familiares relativamente aos cuidados a ter com a doença e a sua gestão, na medida em que a família é um dos fatores mais importantes de suporte na adesão ao tratamento prescrito. Deste modo, devemos ter em conta que o facto do apoio social percebido não estar associado com a adesão ao tratamento, pode resultar da fraca informação dos entes significativos acerca da doença, bem como acerca dos cuidados e recomendações a seguir.

Por outro lado, Torres e Piña (2010) demonstraram que o apoio social está associado não só ao cumprimento da dieta alimentar, como ao consumo dos medicamentos. No entanto, Mayberry, Egede, Wagner e Osborn (2015) revelam que os membros da família podem tornar-se mais favoráveis aos autocuidados dos diabéticos caso estejam conscientes de que o diabético apresenta elevados sintomas depressivos e/ou que não adere ao tratamento.

Outro resultado relevante do nosso estudo foi a correlação encontrada entre os cuidados com os pés e o apoio social informativo, revelando que o apoio informativo está relacionado com esta dimensão dos autocuidados. Numa escala logística, foi ainda verificado que o sucesso na adesão aos cuidados com os pés é mais provável em indivíduos com uma maior perceção de apoio social informativo. O apoio informativo representa o processo de receção de informações ou recomendações no sentido de ajudar os sujeitos na sua compreensão do mundo e na sua adaptação a eventuais mudanças que possam ocorrer

(Martins, 2005). No caso da doença crónica, estas informações e orientações são muitas vezes dadas pela equipa de saúde. Atualmente, nota-se a importância de apoio de uma equipa multidisciplinar englobando não só o médico, como também os enfermeiros e nutricionistas (Guimarães & Takayanagui, 2002). Estudos revelam que os sujeitos com diabetes tendem a sentir-se satisfeitos com os serviços prestados pela equipa de saúde (Barros, Rocha & Helena, 2008) e, por sua vez, o interesse e a colaboração desses mesmos profissionais de saúde parece favorecer uma mudança na prática educativa, desenvolvendo competências de autogestão da doença e promovendo um estilo de vida mais saudável (Rodrigues, Vieira & Torres, 2010). Realce-se que nas consultas de diabetologia o cuidado com a vigilância dos pés fazia habitualmente parte da rotina de enfermagem. A família é também uma dimensão fundamental na perceção de apoio social. Concretamente, no que diz respeito aos cuidados com os pés, estudos revelam que, por vezes, os doentes diabéticos não conseguem exercer os comportamentos desejados de forma autónoma, bem como manter a regularidade dos mesmos. Assim, o apoio social é bastante relevante para os sujeitos, estimulando-os na realização destes comportamentos de autocuidado e auxiliando-os sempre que necessário (Barbui & Cocco, 2002).

Nota-se uma necessidade de reflexão relativamente à natureza não estática do suporte social, ou seja, este pode variar consoante o tempo e as circunstâncias. À medida que a doença evolui, tendo em conta as fases de diagnóstico, de tratamento e de manutenção, as perceções dos sujeitos relativamente a este apoio podem também sofrer alterações. Assim, sublinha-se a necessidade de serem desenvolvidos estudos longitudinais a fim de compreender e destringir a forma como o apoio social é entendido e como exerce influência no controlo metabólico e na adesão ao tratamento (Silva et al., 2003).

É de salientar que existe cada vez mais uma necessidade de sensibilização relativamente à importância da promoção da saúde, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes. Nesse sentido, importa não só promover uma atitude preventiva no surgimento de complicações inerentes à doença, como incentivar à consciencialização de que é possível levar uma vida saudável mesmo sendo portador da doença. Para isso, é fundamental uma mudança nos hábitos de vida, não só do sujeito como dos que o rodeiam, prevenindo que estes também acabem por desenvolver a doença, já que se encontram predispostos (Costa et al., 2001).

4.4. Limitações do estudo

Posteriormente à discussão dos resultados consideramos relevante a ponderação acerca de algumas limitações associadas ao presente estudo. Uma das principais limitações diz respeito ao reduzido número de participantes da amostra que, aliado ao facto de ser uma amostra por conveniência, faz com que os resultados não possam ser generalizados para outras populações, devido à carência de aleatoriedade dos participantes e de homogeneidade da amostra. Porém, é de realçar que se trata de uma amostra recolhida em

dois hospitais diferentes, o que aumenta a probabilidade de os resultados traduzirem a realidade dos doentes com diabetes seguidos nas consultas externas hospitalares.

Outro dos pontos a melhorar refere-se à recolha dos dados. A escolha de um determinado método de avaliação acarreta sempre consigo algumas vantagens e algumas desvantagens, pelo que não existem um método melhor que outro. As informações nesta investigação foram recolhidas através de questionários de autorrelato, o que por um lado é vantajoso, pois é de rápida e fácil aplicação, mas por outro lado não nos garante que a desejabilidade social não possa influenciar os resultados obtidos, assim como o fornecimento de informações deturpadas. Convém, no entanto, destacar que os instrumentos de avaliação escolhidos revelaram boas características psicométricas. Não foi possível a recolha de dados clínicos sobre os participantes junto dos médicos assistentes, o que teria contribuído para uma melhor caracterização da amostra e possibilitar o cruzamento dos dados sobre o tratamento.

Relativamente às características sociodemográficas da amostra, o facto de os participantes serem na sua maioria idosos e com baixo grau de escolaridade, fez com que, por um lado, existisse uma maior dificuldade no entendimento das questões e, por outro, a administração dos questionários fosse bastante morosa e exigente.

Por fim, ressalva-se o carácter não estático e adaptativo das variáveis que podendo estar em constante mudança e evolução faz com que exista uma necessidade de elaboração de estudos longitudinais a fim de compreender realmente a temática, de forma a ser possível tirar elações mais concretas, fiáveis e universais. A realização de entrevistas a alguns doentes com diabetes poderia ter enriquecido o conhecimento sobre a perceção de suporte social e da adesão ao tratamento nestes doentes, sendo uma sugestão para futuras investigações.

Bibliografia

- Albuquerque, C., Correia, C. & Ferreira, M. (2015). Adherence to the therapeutic regime in person with type 2 diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 350 - 358.
- Almeida, V. & Matos, A. (2003). A diabetes na adolescência. Um estudo biopsicossocial. *RIPCS/IJCHP*, 3(1), 61-76.
- Amorim, M. (2000). A teoria da ação racional nos comportamentos de saúde. *Temas em Psicologia*, 8 (1), 39-44.
- Amorim, I. & Coelho, R. (2008). Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 319-333.
- Anderson, D., Horton, C., O'Toole, M., Brownson, C., Fazzino, P. & Fisher, E. (2009). Integrating depression care with diabetes care in real- world settings: Lessons from the Robert Wood Johnson Foundation Diabetes Initiative. *Diabetes Spectrum*, 20 (1) 10-16.
- Andrade, G. & Vaistman, J. (2002). Apoio social e redes: Conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.
- Andrade, S., Santos, D., Bastos, A., Pedromônico, M., Almeida-Filho, M. & Barreto, M. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 606-611.
- André, S., Chibante, R. & Cunha, M. (2014). Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 21-26.
- António, P. (2010). A Psicologia e a doença crónica: intervenção em grupo na Diabetes Mellitus. *Psicologia, saúde & doenças*, 11(1), 15-27.
- Assunção, M., Santo, I. & Costa, J. (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.
- Assunção, T. & Ursine, P. (2008). Estudo de factores associados à adesão ao tratamento não

farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2189-2197.

Barbosa, R., Duarte, C. & Sanots, L. (2012). Psicossomática, gestação e diabetes. *Psicologia: ciência e profissão*, 32(2), 472-483.

Barbui, E. & Cocco, M. (2002). Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. *Revista Esc Enfermagem*, 36(1), 97-103.

Barrón, A. (1996) *Apoyo social : aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: España Editores.

Barros, A., Rocha, M. & Helena, E. (2008). Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 37(1), 54-62.

Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Medica Portuguesa*, 20, 11-20.

Beverly, E., & Wray, L. (2010). The role of collective efficacy in exercise adherence: A qualitative study of spousal support and type 2 diabetes management. *Health Education Research*, 25, 211-223.

Blansky, C. & Lenardt, M. (2005). A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 180-188.

Brannon, L. & Feist, J. (1997). *Health Psychology: an introduction to behaviour and health*. USA: Brooks/Cole Publishing Company.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ). *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. Retirado de <http://www.uib.no/ipq/>

Broadbent, E. Donkin, L. & Stroh, J. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34, 338-340.

Canesqui, A. & Barsaglini, N. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103-1114.

- Caprara, A. & Franco, A. (1999). A relação paciente-médico: para a humanização da prática médica. *Caderno de Saúde Pública*, 15(3), 647-654.
- Cardoso, A., Queirós, P. & Ribeiro, C. (2015). Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes *mellitus*: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 246-255.
- Chourdakism, M., Kontogiannis, V., Malachas, K., Pliakas, T. & Kritis, A. (2014). Self-care behaviors of adults with type 2 diabetes mellitus in Greece. *J Community Health*, 39, 972-979.
- Clark, N. (2003). Management of chronic disease by patients. *Rev. Public Health*, 24, 289-313.
- Cohen, O., Birnbaum, G., Meyuchas, 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.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 52, 55-86.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A. & Fiuza, M. (2011). Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos fatores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista portuguesa de cardiologia*, 29(4), 509-537.
- Costa, E., Campos, R. & Costa, E. (2014). Relationship between socio-demographic, clinical and psychosocial variables in patients with type 2 diabetes. *Análise Psicológica*, 1(XXXII), 63-77.
- Costa, J., Balga, R., Alfenas, R. & Cotta, R. (2001). Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 2001-2009.
- Cotta, R., Batista, K., Reis, R., Souza, A., Dias, G., Castro, F. & Alfenas, R. (2009). Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família - município de Teixeira, MG. *Ciências da Saúde Coletiva*, 14(4), 1251-1260.

- Cunha, M., Chibante, R. & André, S. (2014). Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Edição Especial 1)*, 21-26.
- Da Costa, D., Clarke A. E., Dobkin, P. L., Senecal, J. L., Fortin, P. R., Danoff, D. S., et al., (1999). The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 201-207.
- Debray, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático: Um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DiMatteo, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychocology*, 23(2), 207-218.
- Direção Geral de Saúde (2011). *Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus*. 002/2011. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011.aspx>
- Ferrão, M. (2012). 4º Caderno de Apontamentos: Correlação e Modelo de Regressão Linear para Unidade Curricular de Estatística Aplicada à Psicologia I. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Ferraz, A., Zanetti, M., Brandão, E., Romeo, L., Foss, M., Paccola, G., Paula, F., Gouveia, L. & Montenegro Jr, R. (2000). Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. *Medicina-Ribeirão Preto*, 33, 170-175.
- Ferreira, G. & Pereira, G. (2014). Validação do questionário do comportamento planeado na diabetes- atividade física. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 409-426.
- Filho, D. & Júnior, J. (2009). Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson. *Revista Política Hoje*, 18(1), 115-146.
- Ford, M., Tilley, B. & McDonald, P. (1998). Social support among african-american adults with diabetes. Part 1: Theoretical framework. *Journal of the National Medical Association*, 90, 361-365.
- Funnell M. & Anderson R. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clin*

Diabetes, 22(3),123-127.

Gama, M. (2002). Do milagre canadense do século XX às esperanças de cura do século XXI. *Endocrinologia & Diabetes Clinica e Experimental*, 2(2), 3-5.

Galvão, M & Janeiro, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 225-230.

Glasgow, R., Hampson, S., Strycker, L. & Ruggiero, L. (1997). Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, 20, 556-561.

Gleria, I., Matsushita, R. & Silva, S. (2004). Sistemas complexos, criticalidade e leis de potência. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, 26(2), 99-108.

Goldney, R., Phillips, P., Fisher, L. & Wilson, D. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: A population study. *Diabetes Care*, 27(5), 1066-1070.

Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em Rede. Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Guénette, L., Breton, M., Guillaumie, L., Lauzier, S., Grégoire, J. & Moisan, J. (2016). Psychosocial factors associated with adherence to non-insulin antidiabetes treatments. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 30, 335-342.

Guénette, L., Moisan, J., Breton, M., Sirois, C. & Grégoire, J. (2013). Difficulty adhering to antidiabetic treatment: Factors associated with persistence and compliance. *Diabetes & Metabolism*, 39, 250-257.

Guimarães, F. & Takayanagui, A. (2002). Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Nutrição, Campinas*, 15(1), 37-44.

Hagger, M.S. & Orbell, S., (2003). A meta-analytic review of the commonsense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141- 184.

- Hagedoorn, M., Kuijer, R. G., Buunk, B. P., DeJong, G. M., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it most? *Health Psychology, 19*, 274-282.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology, 15*, 135-148.
- Hernández-Ronquillo, L., Tellez-Zenteno, J., Garduño-Espinosa, J. & González-Aceves, E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Pública de México, 45*(3), 191-197.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research, 42*, 17-41.
- Horne, R., Chapman, S., Parhem, R., Freemantle, N., Forbes, A. & Cooper, V. (2013). Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. *Plos One, 8*(12), 1-24.
- Kaplan, R. M., & Hartwell, S. L. (1987). Differential effects of social support and social networks on physiological and social outcomes in men and women with type II diabetes mellitus. *Health Psychology, 6*, 387-398.
- Karlen, B., Idsoe, T., Hanestad, B., Murberg, T. & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine, 9*(1), 53-70.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B. R., Murberg, T. & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine, 9*(1), 53-70.
- Karter A., Ferrara A., Darbinian J., Ackerson L. & Selby J. (2000). Self- monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care, 23*, 477-83.
- Khan, C., Franks, M., Stephens, M. & Rook, K. (2013). Influences of spousal support and control on diabetes management through physical activity. *Health Psychology, 32*(7), 739-747.

- Khuwaja, A., Lalani, S., Dhanani, R., Azam, I., Rafique, G. & White, F. (2010). Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology Metabolic Syndrome*, 2, 72.
- Kurita, G. & Pimenta, C. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*, 38(3), 254-61.
- Larkin, A., Hoffman, C., Stevens, A., Douglas, A. & Bloomgarden, Z. (2015). Determinants of adherence to diabetes treatment. *Journal of Diabetes*, 7, 864-871.
- Lustman, P., Griffith, L. & Clouse, R. (1997). Depression in adults with diabetes. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2, 15.23.
- Nunes, M. (2005). Apoio social na diabetes. *Millenium*, 31, 135-149.
- Maia, F. & Araújo, L. (2004). Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia*, 48 (2), 261-266.
- Maldaner C., Beuter M., Brondani C., Budó M., Pauletto M. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-653.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, R. (2005). Relevância do apoio social na velhice. Educação, ciência e tecnologia. *Millenium*, 31, 128-134.
- Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de apoio social. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-251.
- Mayberry, L., Egede, L., Wagner, J. & Osborn, C. (2015). Stress, depression and medication nonadherence in diabetes: test of the exacerbating and buffering effects of family support. *J Behav Med*, 38, 363-371.
- Mendes, R., Ribeiro, J. & Silva, A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia I: dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia: Saúde & Doença*, 3 (1), 61-68.

- Miranzi, S., Ferreira, F., Iwamoto, H., Pereira, G. & Miranzi, M. (2008). Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 672-679.
- Moreira, R., Papelbaum, M., Appolinario, J., Matos, A., Coutinho, W., Meirelles, R., Ellinger, V. & Zagury, L. (2003). Diabetes Mellitus e Depressão: Uma Revisão Sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 47(1), 19-29.
- 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.
- Observatório Nacional da Diabetes (2014). Diabetes Factos e Números. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Retirado de <http://spd.pt/images/observatorio%20diabetes%202014.pdf>
- Oliveira, D. & Pereira, M. (2012). Representações da doença, ajustamento conjugal e adesão aos auto-cuidados e controlo metabólico em diabéticos tipo 2. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(3), 357-364.
- Oliveira, N., Souza, M., Zanetti, M. & Santos, M. (2010). Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupos de apoio psicológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 301-307.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 333-339.
- Osborn, C. & Egede, L. (2012). The relationship between depressive symptoms and medication nonadherence in type 2 diabetes: The role of social support. *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 249-253.
- Pace, A., Nunes, P. & Ochoa-Vigo, K. (2003). O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(3), 312-9.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A. & Meneses, R. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Papelbaum, M., Appolinario, J., Moreira, O., Ellinger, V., Kupfer, R. & Coutinho, W. (2005). Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of

- type 2 diabetes mellitus patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 135-138.
- Park, H. & Kim, M. (2012). Impact of social role strain, depression, social support and age on diabetes self- efficacy in Korean women with type 2 diabetes. *Journal Cardiovascular Nursing*, 27(1), 76-83.
- Peralta, G. & Figuerola, D. (2003). Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinol Nutr*, 50(7), 280-285.
- Perdigão, C., Rocha, E., Duarte, J., Santo, A. & Macedo, A. (2011). Prevalência, caracterização e distribuição dos principais fatores de risco cardiovascular em Portugal - uma análise do estudo AMÁLIA. *Revista portuguesa de cardiologia*, 4, 393-432.
- Pereira, R., Cotta, R. Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S & Cecon, P. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria RS*, 28(1), 27-38.
- Péres, D., Franco, L. & Santos, M. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 310-317.
- Pontieri, F. & Bachion, M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 151-160.
- Ramos, M. (2002). Apoio Social e a Saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Roazzi, A. Souza, B. & Roazzi, M. (2014). Da Teoria da Ação Racional à Teoria da Ação Planejada: Modelos para explicar e prever o comportamento. *Revista AMAzônica*, XIII (1), 175-208.
- Rocha, R., Zanetti, M. & Santos, M. (2009). Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm*, 22(1), 17-23.
- Rodrigues, A., Vieira, G. & Torres, H. (2010). A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), 531- 537.

- Rodriguez-Moran, M., & Guerra, R. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública Mexico*, 39(1), 44-47.
- Romero B., Barceló A. & Machado C. (2001). Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de *diabetes mellitus* no Brasil: relatório preliminar. *Rev Panam Salud Publica*, 10(5), 318-327.
- Santo, M., Souza, L., Souza, A., Ferreira, F., Silva, C. & Taitson, P. (2012). Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Enfermagem Revista*, 15(1), 88-101.
- Santos, C., Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) e pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doença*, 4(2), 185-204.
- Santos, J. & Enumo, S. (2003). Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16(2), 411-425.
- Searle, A., Norman, P., Rachel, T. & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 175-184.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 20 (2), 185-194.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 21-32.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Referência*, 11(2), 33-41.
- Snaith, R. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29), 1-4.
- Soriguer F, Goday, A., Bosch-Comas, A., Bordiú, E., Calle-Pascual, A., Carmena, R.,..., Vendrell, J. (2012). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es study. *Diabetologia*, 55(1), 88-93.

- Sousa, M., Peixoto, M. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, *II(8)*, 59-67.
- Tamayo, M. & Tróccoli, B. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, *7(1)*, 37-46.
- Tanqueiro, M. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista Enfermagem Referência*, *III(9)*, 151-160.
- Toobert, D., Hampson, S. & Glasgow, R. (2000). The summary of diabetes self-care: activities measure. *Diabetes Care*, *23(7)*, 943-950.
- Torres, A. & Piña, J. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, *28(1)*, 45-53.
- Torres, H., Franco, L., Stradioto, M., Hortale, V. & Schall, V. (2009). Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Revista Saúde Pública*, *43(2)*, 291-298.
- Valdés, M., Miranda, M. & Tamay, E. (2012). Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en una Clínica Regional del municipio de Jilotepec, México. *Aten Fam*, *19(3)*, 58-60.
- Venturini F., Nichol M., Sung J., Bailey K., Cody M. & McCombs J. (1999). Compliance with sulfonylureas in a health maintenance organization: a pharmacy record-based study. *Ann Pharmacother*, *33*, 281-288.
- Villas Boas, L., Foss, M., Freitas, M., Torres, H., Monteiro, L. & Pace, A. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*, *Florianópolis*, *20(2)*, 272-9.
- Weiner, I., Nezu, A., Nezu, C. & Geller, P. (2003). *Handbook of Psychology - volume 9: Health Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization (2011). *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Acedido em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf

Xavier, A., Bittar, D. & Ataíde, M. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(1), 124-130.

Anexos



Ex.^{ma} Senhora
Prof.^a Doutora Paula Saraiva Carvalho
Departamento de Psicologia
Universidade da Beira Interior
Estrada do Sineiro
6200-209 Covilhã

Sua referência

Sua comunicação de:

Nossa referência

Data:

ASSUNTO: Pedido de prolongamento do período de colheita de dados no estudo "PROJETO CRON/PFT2014 – Doença crónica e saúde mental: variáveis psicossociais, familiares e do contexto de trabalho"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, nada temos a opor ao prolongamento do prazo para realização do estudo.

Todavia, reforçamos a necessidade de apresentação dos resultados finais a esta ULS.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor Clínico

(Dr. Luis Gil Barreiros)

UGM

ULSG Imp.002/00

Av. Rainha D. Amélia - 6300-858 Guarda Tel. 271 210 940 Fax 271 223 104 scron@nodo.ca@ulsguarda.mh.saude.pt