



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Diabetes *Mellitus*: Suporte Social e Adesão aos Tratamentos**

**Sara Filipa Martins Castro**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Mendes Silva

**Covilhã, Outubro de 2015**



# Dedicatória

Dedico esta dissertação, com muito orgulho, aos meus pais, ao meu irmão e ao meu afilhado. Obrigado por me ajudarem a tornar-me uma pessoa cada vez melhor e por serem o meu refúgio sempre que preciso.



# Agradecimentos

À Professora Cláudia Silva, pelo carinho, atenção e disponibilidade que sempre demonstrou para comigo, por me ter apoiado e auxiliado ao longo deste percurso, bem como pelo seu saber e orientação.

A todos os meus amigos que mesmo longe, sempre me deram ânimo e força para continuar e alcançar esta etapa.

Aos amigos da universidade, são sem dúvida alguma para toda a vida, tendo sido um alicerce fundamental ao longo de todo este percurso, sobretudo na alegria que trouxeram há minha vida.

À Cláudia, pela alegria, conversas, compreensão, apoio, por ter sido essencialmente uma verdadeira companheira nesta jornada e me ter deixado encontrar em si uma grande amizade.

Ao meu pai pelo esforço de anos de distância para me proporcionar uma vida melhor e uma boa formação acadêmica. À minha mãe pelo auxílio e ombro amigo que sempre demonstrou quando os momentos se mostravam mais difíceis. Sem vocês nada disto teria sido possível de ser alcançado. Obrigada pelo amor incondicional dos dois, e pela coragem que sempre me deram para alcançar os meus objetivos, sei que estarão sempre presentes.

Ao meu irmão, que apesar da distância sempre se mostrou muito presente, apoiando-me incondicionalmente e prestando sempre amor e carinho, nunca me fazendo desistir. A ti meu piolhinho, simplesmente pelos sorrisos sinceros que me enchem de alegria e me dão força para enfrentar tudo. Também a ti Marta, pelo apoio incondicional e carinho que sempre demonstraste.

À minha tia Emília, que sempre se demonstrou prestável e incansável a cada pedido meu, nunca serão suficientes todos os obrigadas que te possa dizer.

Aos meus avós pelas bases que me souberam dar para ser a pessoa que sou hoje, ajudando-me a crescer a todos os níveis.

Ao meu namorado, por todo o amor, ternura, apoio incondicional, paciência demonstrados e sobretudo pelo suporte em todos os momentos, obrigada por acreditares em mim e nunca me deixares desistir.



# Resumo

Sendo a preocupação com o aumento da prevalência da diabetes e com o apoio que as pessoas com esta doença recebem, a investigação científica tem manifestado algum interesse pela temática da influência que o apoio social tem na adesão à terapêutica dos diabéticos. A diabetes *mellitus*, tratando-se de uma doença crónica, implica um plano de tratamento que envolve modificações no comportamento do doente, sendo assim a disponibilidade de apoio por parte de familiares, amigos ou outros, pode mostrar ser uma vantagem para o controlo da mesma. Assim sendo, o principal objetivo deste estudo é perceber de que modo o apoio social percebido pelos doentes com diabetes influencia as atividades de autocuidado com a diabetes, e a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas. A amostra deste estudo é composta por 78 indivíduos com diagnóstico de diabetes *mellitus*, utentes da consulta de Diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira e do Centro de Saúde da Covilhã, com idades compreendidas entre os 49 e os 85 anos, que preencheram o protocolo de investigação, que englobava os seguintes instrumentos: a Escala de Atividades de Auto-cuidado com a Diabetes (Bastos, Severo e Lopes, 2007), a Escala da Ansiedade e Depressão Hospitalar (traduzida e adaptada para a população portuguesa por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva, 1999) e a Escala de Apoio Social (traduzida e adaptada para a população portuguesa por Matos e Ferreira, 2000). Relativamente aos resultados da presente investigação estes sugerem que as variáveis sociodemográficas e clínicas estão associadas a diferenças estatisticamente significativas quer na adesão ao autocuidado na diabetes quer no suporte social. Verificaram-se portanto diferenças significativas entre as variáveis sexo, idade, ter filhos, insulina, problemas de saúde e há quantos anos tem conhecimento do diagnóstico em relação ao autocuidado com a diabetes, e também diferenças relativamente às variáveis, filhos, problemas de saúde, níveis de glicémia, satisfação com a qualidade do serviço de saúde e satisfação com a informação sobre a doença e tratamento. Verificou-se a existência de correlações significativas entre as dimensões do autocuidado e os níveis de depressão, os níveis de apoio informativo e de apoio emocional, e ainda entre as dimensões do apoio social e os níveis de ansiedade e depressão. Concluindo-se portanto que os níveis de apoio social estão, de forma geral, relacionado com a adesão aos autocuidados com a diabetes, revelando que os doentes com maior apoio mostram maior adesão.

## Palavras-chave

Diabetes *Mellitus*; Apoio Social; Adesão à terapêutica.



# Abstract

As the concern over the increasing prevalence of diabetes and the support that people with this disease receive, scientific research has shown some interest in the area of influence that social support has on compliance of diabetics. Diabetes mellitus, in the case of a chronic disease, involves a treatment plan that involves changes in the patient's behavior, so the availability of support from family, friends or others, may prove to be an advantage for controlling the same. Therefore, the aim of this study is to understand how the social support perceived by patients with diabetes influence the self-care activities with diabetes and their relationship to sociodemographic and clinical variables. The sample is composed of 78 individuals diagnosed with diabetes mellitus, Diabetologia query users of Cova Hospital of Beira and Health Centre in Covilha, aged between 49 and 85 years, who met the protocol research, which encompassed the following instruments: Self-Care Activities scale with Diabetes (Bastos, Severus and Lopes, 2007), the scale of the Hospital Anxiety and Depression (translated and adapted for the Portuguese population by McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva, 1999) and the Social Support Scale (translated and adapted for the Portuguese population by Matos and Ferreira, 2000). On the results of this research suggest that these sociodemographic and clinical variables are associated with statistically significant differences either in adherence to self-care in diabetes or in social support. There has therefore significant differences between sex, age, have children, insulin, health problems and how many years is aware of the diagnosis in relation to self-care with diabetes, and also differences for the variables, children, health problems, blood glucose levels, satisfaction with the quality of the health service and satisfaction with information about the disease and treatment. It was found that there were significant correlations between the dimensions of self-care and depression levels, levels of information support and emotional support and also between the dimensions of social support and levels of anxiety and depression. It is therefore concluded that social support levels are, in general, related to adherence to self-care with diabetes, showing that patients with greater support show greater compliance.

## Keywords

Diabetes Mellitus; Social support; Adherence to therapy.



# Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Tabelas	xiv
Lista de Acrónimos	xvii
Introdução	1
PARTE I - Enquadramento teórico	3
Capítulo I - A doença crónica	5
1.1. Definição de Doença Crónica	5
1.2. Definição e Classificação da Diabetes <i>Mellitus</i>	6
1.2.1. A Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 como doença crónica	7
1.2.2. Controlo e Tratamento da Diabetes tipo 2	8
1.2.3. Consequências psicológicas da Diabetes	10
1.2.4. Reação ao diagnóstico	11
1.2.5. Intervenção na Diabetes	13
Capítulo II - Adesão terapêutica na Diabetes <i>Mellitus</i>	15
2.1. Adesão à terapêutica	15
2.1.1. Fatores psicossociais que influenciam a adesão do doente à terapêutica	17
2.1.2. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica	18
Capítulo III - Suporte Social na Diabetes <i>Mellitus</i>	21
3.1. Definição de Suporte Social	21
3.1.1. Diferentes tipos de apoio/suporte social	23
3.1.2. Impacto da Diabetes na Família	24
Parte II - Corpo Empírico	27
Capítulo IV - Metodologia	29
4.1. Apresentação do estudo	29
4.2. Participantes/Amostra	30
4.3. Material/Instrumentos	34
4.4. Procedimentos	37
Capítulo V - Apresentação dos resultados	39
5.1. Análise descritiva da EAAC e relação com variáveis sociodemográficas	39
5.2. Análise descritiva da EAS e relação variáveis sociodemográficas	45
5.3. Relações entre as escalas de autocuidado (EAAC), de apoio social (EAS) e de ansiedade e depressão (HADS)	47
Capítulo VI - Discussão	53
Conclusão	59

Referências Bibliográficas

61

Anexos

69

# Lista de Tabelas

**Tabela 1:** Caracterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas;

**Tabela 2:** Caracterização da amostra em função da situação profissional;

**Tabela 3:** Caracterização da amostra em função das variáveis clínicas e do tratamento;

**Tabela 4:** Caracterização da amostra em função da satisfação com a informação e a satisfação com qualidade dos serviços;

**Tabela 5:** Caracterização da amostra em função do IMC;

**Tabela 6:** Caracterização da amostra em função do Colesterol LDL;

**Tabela 7:** Média, desvio padrão e teste de normalidade das dimensões da Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes (EAAC);

**Tabela 8:** Diferenças em função do género - teste de Mann-Whitney;

**Tabela 9:** Diferenças em função do grupo etário - teste de Mann-Whitney;

**Tabela 10:** Diferenças em função de ter ou não filhos - teste de Mann-Whitney;

**Tabela 11:** Diferenças em função de tomar ou não insulina - teste de Mann-Whitney;

**Tabela 12:** Diferenças em função da presença ou não de outros problemas de saúde - teste de Mann-Whitney;

**Tabela 13:** Diferenças da EAAC em função dos anos de diagnóstico - teste de Kruskal-Wallis;

**Tabela 14:** Média, desvio padrão e teste de normalidade das dimensões da Escala de Apoio Social (EAS);

**Tabela 15:** Diferenças na EAS em função de ter ou não filhos - teste de Mann-Whitney;

**Tabela 16:** Diferenças na EAS em função de ter ou não outros problemas de saúde - teste de Mann-Whitney;

**Tabela 17:** Diferenças na EAS em função dos níveis de glicémia - teste de Kruskal-Wallis;

**Tabela 18:** Correlações de Spearman entre as dimensões da Escala de atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC);

**Tabela 19:** Correlações de Spearman entre as dimensões da EAAC com as dimensões da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS);

**Tabela 20:** Correlações de Spearman entre a Adesão aos Autocuidados e o Apoio Social (EAS);

**Tabela 21:** Correlações de Spearman entre as dimensões da Escala de Apoio Social (EAS);

**Tabela 22:** Correlações de Spearman entre a EAS e a HADS.

## Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EAAC	Escala e Adesão ao Auto-cuidado com a Diabetes
EAS	Escala de Apoio Social
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IMC	Índice de Massa Corporal



# Introdução

O aumento da prevalência das doenças crónicas na maioria dos países ocidentais é o reflexo dos processos de industrialização, do urbanismo, do desenvolvimento económico e da globalização alimentar, que conduziram à alteração da dieta alimentar, ao aumento do sedentarismo e do consumo de tabaco (Malta, 2011).

A doença crónica traz algum sofrimento, que se traduz em perda da qualidade de vida, perda de produtividade e custos económicos, que normalmente se tornam incomportáveis pela sociedade. Esta exige preparação para a autogestão da doença, bem como exige recursos, conduzindo a resultados incertos e gerando ansiedade, medo e depressão (Sutton, Baum & Johnston, 2004). O diagnóstico de uma doença crónica implica alteração do comportamento, adoção de mecanismos de *coping* e submissão aos tratamentos. A doença crónica implica a adaptação a aspetos específicos da doença (por exemplo, como lidar com a dor e com a incapacidade, o desenvolvimento de relação com os profissionais de saúde) e, por outro lado, a manutenção de um adequado balanço emocional, preservação da autoimagem, competência e habilidades, preservação das relações sociais e familiares e preparação para a incerteza do futuro (Bishop, 1994).

Neste tipo de doenças encontra-se a diabetes, cuja incidência e prevalência têm aumentado a nível mundial, devendo-se esta ocorrência a diversos fatores tais como: o envelhecimento da população, o crescimento urbanístico e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, tais como o sedentarismo e a alimentação inadequada (Ribeiro, 2010). O Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2014) confirma o aumento da prevalência da diabetes também em Portugal.

Tratando-se de uma doença crónica que implica um plano de tratamento que envolve modificações no comportamento do doente (e.g., ao nível da alimentação e do exercício físico), parece pertinente aprofundar o seu estudo para o desenvolvimento de estratégias que melhorem a autogestão e o controle da diabetes pelo doente. Deste modo, esta investigação pretende perceber como o domínio psicossocial afeta a adaptação à doença, contribuindo para o conhecimento dos fatores determinantes na autogestão da diabetes.

Atualmente, sabe-se que a disponibilidade de apoio social, proporcionado por familiares, amigos ou outros, poderá ser uma vantagem para o controlo de doenças crónicas como a diabetes. Correia (2007) defende que a perceção de apoio social num indivíduo com doença crónica tem efeitos positivos no controlo da doença, tendo implicações práticas, na medida em que uma pessoa que perceçione um bom apoio social terá maior facilidade em se adaptar, física e psicologicamente a uma doença crónica.

O presente trabalho tem como finalidade contribuir para a compreensão da perceção que os doentes com Diabetes Mellitus têm em relação à sua doença e ao suporte social que

recebem, bem como verificar qual a relação entre o suporte/apoio social e a adesão ao tratamento.

A centralidade do tema deve-se ao aumento da prevalência da diabetes e a baixa adesão ao seu tratamento, associada a um mau controlo metabólico e ao desenvolvimento de complicações de saúde, contribuindo para o aumento dos custos económicos e a ineficiência do sistema de saúde.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é apresentado o suporte teórico ao tema, focando os aspetos clínicos e epidemiológicos da Diabetes *Mellitus*, os fatores psicossociais que interferem nesta patologia, a adesão à terapêutica e o apoio social na doença. Na segunda parte é descrito o estudo empírico realizado com uma amostra de 78 adultos com diabetes do Centro Hospitalar Cova da Beira e do Centro de Saúde da Covilhã.

# **PARTE I - Enquadramento teórico**



# Capítulo I - A doença crónica

As doenças crónicas, na atualidade, têm tido um grande impacto na saúde a nível mundial demonstrando ser, nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, um grande desafio para os profissionais da área, no sentido de identificar e inserir novas estratégias de atuação (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011).

A OMS (2003) afirma ainda que:

“As doenças crónicas são, de longe, a principal causa de morte no mundo, representando 60% de todas as mortes. Dos 35 milhões de pessoas que morreram de doença crónica em 2005, metade tinha menos de 70 anos de idade e metade eram mulheres. Esta epidemia invisível é uma causa subestimada da pobreza e impede o desenvolvimento económico de muitos países.”

Este tipo de doenças engloba atualmente cerca de 40 a 45% do total das doenças assinaladas no nosso país, sendo a tendência para que este número continue a ter um crescimento exponente. Milhares de pessoas são atingidos por doenças crónicas de todas as faixas etárias. Estes cidadãos precisam da utilização diária de medicamentos, produtos e materiais de desgaste rápido, os quais são indispensáveis à sua sobrevivência, ao correto e seguro tratamento e à sua qualidade de vida (Cunha, 2005).

Com o crescimento bastante acelerado em todo o mundo, sem distinção de região ou classe social, prevê-se que no ano 2020 80% da carga global de doença nos países em desenvolvimento advenha de problemas crónicos. Os países que mais contribuem para o aumento das doenças crónicas são os que têm baixos rendimentos (como é o exemplo da Índia), onde se nota um acentuado crescimento da Diabetes no período de 1995-2005, com um aumento de 195%. Em 2020, as condições crónicas irão representar 65% das despesas da saúde em todo mundo (Patrão, 2011).

## 1.1. Definição de Doença Crónica

As doenças crónicas são definidas como doenças que não têm cura e de longa duração, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitantes, que implicam gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente, cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afetado. Os pacientes têm de aprender a “gerir a sua doença”, onde estão envolvidas estratégias para lidar com os sintomas e as relações familiares e sociais, requerendo também cuidados permanentes durante vários anos ou décadas. Viver com uma doença crónica torna-se uma experiência exigente que pode afetar vários aspetos da vida de um indivíduo, nomeadamente, o funcionamento social, familiar e ocupacional (Cunha, 2005; Silveira & Ribeiro, 2005;

Machado, 2009; Patrão, 2011; Vilhena *et al.*, 2014; *Center for Managing Chronic Disease*, s.d.).

Portanto, para que se considere doença crónica esta tem que apresentar uma ou mais das seguintes particularidades: ser permanente; produzir incapacidade/deficiência residual; ser causada por alterações patológicas irreversíveis; exigir uma formação especial do doente para a reabilitação; e exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (OMS, 2003).

No contexto atual da assistência à saúde, as famílias têm assumido uma parcela considerável de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde dos seus familiares, especialmente aqueles com problemas crónicos, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado até à completa recuperação do familiar ou, quando esta não é possível, pelos cuidados de controlo da condição crónica da doença (Marcon *et al.*, 2005).

Percebemos, então, que a doença crónica acarreta mudanças, especialmente, no que diz respeito à rotina e ao planeamento de atividades, aumentando assim as responsabilidades e exigindo capacidades de natureza médica, social e emocional, de forma particular, nos casos de doenças incapacitantes, em que o doente deixa de exercer as suas atividades quotidianas (Marcon *et al.*, 2005).

## **1.2. Definição e Classificação da Diabetes Mellitus**

Na atualidade, a Diabetes *Mellitus* consiste num dos principais problemas de saúde, tanto no que diz respeito ao número de pessoas que são afetadas, originando por vezes incapacidade e mortalidade nas mesmas, quanto ao elevado investimento dos governos para o controlo e tratamento das suas complicações (Pace, Nunes & Ochoa-Vigo, 2003; Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007; Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Deste modo, a diabetes é um problema de saúde altamente prevalente no nosso meio e considerada como uma das doenças de mais difícil controlo por ser crónica, sistémica, multifatorial e poder causar várias complicações. Trata-se de um distúrbio metabólico causado pela completa ou parcial deficiência na produção de insulina pelo pâncreas e/ou diminuição da sua ação nos tecidos, prejudicando o metabolismo dos lipídios, glícidos, proteínas, água, vitaminas e minerais. Com o passar dos anos e dependendo do controlo da doença, podem aparecer complicações crónicas que comprometem não apenas o indivíduo, mas também a sua família e a sociedade, uma vez que acarretam implicações psicossociais e económicas (Almeida, 2004; Torres, Fernandes & Cruz, 2007; Grilo, Sousa e McIntyre, 2008; Júnior, 2010; Ramos, Ferreira & Najjar, 2014).

Viver com diabetes significa que o indivíduo tem que se ajustar a uma complexa e constante alteração entre as relações familiares, emoções, hábitos e controlo da glicemia, ou seja, mudanças às vezes consideradas exigentes tanto no estilo de vida pessoal quanto familiar (Rossi & Contatto, 2005).

Existem vários tipos de diabetes, sendo os mais prevalentes a diabetes tipo I e a diabetes tipo II. A diabetes Tipo 1 refere-se ao processo de destruição de células  $\beta$  que pode levar, no final, à diabetes *mellitus*, na qual a insulina se torna necessária para a sobrevivência do doente, de forma a prevenir o desenvolvimento de cetoacidose, coma e morte. Uma pessoa com diabetes do Tipo 1 pode estar metabolicamente normal antes da doença se manifestar clinicamente, mas o processo de destruição das células  $\beta$  pode ser detetado (Sociedade Portuguesa Diabetologia, s. d.).

Quanto ao Tipo 2, que é a forma mais comum de diabetes, é caracterizado por perturbações na ação e secreção da insulina, podendo qualquer uma delas ser predominante. Ambas estão, geralmente, presentes no momento em que esta forma de diabetes se manifesta clinicamente. As razões específicas para o desenvolvimento destas anomalias ainda não são conhecidas. Nestes doentes existem duas formas quando à medicação necessária, podendo esta ser à base de medicamentos orais, ou a toma de insulina (Sociedade Portuguesa Diabetologia, s. d.).

Apesar dos dois principais tipos de Diabetes *Mellitus* terem mecanismos patogénicos e características metabólicas diferentes, as complicações crónicas a longo prazo ocorrem em ambos os tipos, sendo, de facto, esta patologia um grave fator de risco para outras patologias que, em alguns casos, são específicas da diabetes ou complicações que se instalam de forma insidiosa, frequentemente só detetadas quando já instaladas há algum tempo (Amorim, 2009).

### **1.2.1. A Diabetes *Mellitus* tipo 2 como doença crónica**

Incidindo agora mais especificamente na diabetes tipo 2, esta tem um mecanismo fisiopatológico complexo, relacionando-se com o mau funcionamento ou diminuição na resposta dos recetores de glicose, presentes no tecido periférico à insulina. Nestes casos, a produção de insulina pode estar ou não normal. Dado que os recetores estão a funcionar indevidamente, a insulina não consegue promover a entrada de glicose necessária para dentro das células, aumentando também as concentrações da glicose na corrente sanguínea. Passa-se o fenómeno de “resistência à insulina”. As células beta do pâncreas aumentam a produção de insulina e, ao longo dos anos, a resistência à insulina acaba por levar as células beta à exaustão (Patrão, 2011).

Independentemente da tendência hereditária, a diabetes tipo 2 é desencadeada normalmente por hábitos não saudáveis, estando por isso associada a fatores ambientais, erros ou alterações nos hábitos alimentares, sedentarismo e stresse, sendo que 90% a 95% dos casos os doentes são obesos, hipertensos<sup>1</sup> e dislipidémicos<sup>2</sup>. Estando as graves alterações nos

---

<sup>1</sup> A hipertensão, nos adultos, é uma doença que se caracteriza por valores de pressão arterial superior a 140/90 mmHg, este valor está relacionado com um elevado risco de desenvolver complicações graves em diferentes órgãos.

<sup>2</sup> A dislipidemia é uma perturbação que altera os níveis séricos dos lipídeos (gordura), o que pode alterar o colesterol e triglicéridos. Também é um fator de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

hábitos de vida dos jovens a desencadear um aumento de incidência deste tipo de diabetes em adolescentes e jovens (Patrão, 2011).

No que diz respeito à incidência, esta é crescente com a idade e pode manter-se assintomática durante anos. Devido à sua evolução silenciosa, muitos dos casos são diagnosticados numa fase tardia. A evolução lenta do quadro de hiperglicemia origina, na altura do diagnóstico, ao aparecimento de lesão nos órgãos alvo. A hiperglicemia vai produzir um efeito tóxico no pâncreas, e nos tecidos insulino sensíveis, que vai levar a um ciclo vicioso conhecido por “toxicidade da glicose”. As pessoas com este tipo de diabetes têm níveis altos de produção de insulina durante anos, mas na altura do diagnóstico já existe insulinopenia, que se vai agravando com o decorrer dos anos o que dificulta o controlo metabólico (Patrão, 2011).

Relativamente à prevalência da diabetes em Portugal, é de extrema importância ter uma visão dos números que vão sendo apresentados, para que possamos denotar a dimensão da problemática. Deste modo, em 2013 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 13,0%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,3 pontos percentuais da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2013, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 11%. Em termos de composição da taxa de prevalência da Diabetes, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada.

Verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens (15,6%) e as mulheres (10,7%). Verificou-se também a existência de um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade, com mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos a terem Diabetes (Observatório Nacional da Diabetes, 2014). Encontrou-se uma relação entre o escalão de Índice de Massa Corporal (IMC) e a Diabetes, com perto de 90% da população com Diabetes a apresentar excesso de peso (49,2%) ou obesidade (39,6%) (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Em 2013 na Rede de Cuidados de Saúde Primários do SNS de Portugal Continental encontravam-se registados 765 901 utentes com Diabetes o que, comparativamente a 2012, traduz um aumento de 8,8% do número de utentes com Diabetes registados na Rede de Cuidados de Saúde Primários (correspondendo a um acréscimo de 62 mil utentes) (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

### **1.2.2. Controlo e Tratamento da Diabetes tipo 2**

Ter a diabetes controlada significa ter níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, o mais próximos possível da normalidade. Atendendo a vários fatores (idade, tipo de vida, atividade, existência de outras doenças) são definidos que valores de glicemia (açúcar no sangue) que cada pessoa deve ter em jejum e depois das refeições. O melhor modo de saber se uma pessoa com diabetes tem a doença controlada é efetuar testes de glicemia capilar (através da picada no dedo para medir o “açúcar no sangue”) diariamente e várias

vezes ao dia, antes e depois das refeições (Patrão, 2011; Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

O controlo de fatores de risco como é o caso da hipertensão arterial e dos níveis elevados de colesterol, é parte integrante do controlo da diabetes, de modo a não agravar as suas complicações, dada a associação existente entre elas (Patrão, 2011; Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

Para o tratamento da diabetes é necessário que a pessoa incorpore no seu quotidiano uma dieta equilibrada, atividade física regular, automonitorização da glicose sanguínea diariamente e, com o passar do tempo, o uso de medicamentos. Sendo em todos estes situações, e ao longo deste processo, importante o envolvimento da família, de forma a incentivar a pessoa a aderir aos cuidados necessários (Rossi & Contatto, 2005; Patrão, 2011).

Focando-nos mais no tratamento da Diabetes tipo 2, realça-se que o mais importante é o facto de ter que ser feita uma adaptação/correção a nível alimentar e na atividade física que se realiza diariamente; muitas vezes, este passo, com a eventual perda de peso se este for excessivo, é o suficiente para manter a diabetes controlada. O tratamento deve enfatizar a manutenção dos níveis de glicemia em níveis considerados normais, de forma a prevenir a descompensação aguda (hipoglicemia, cetoacidose), de forma a evitar ou minimizar os riscos de complicações tardias. Ou seja, este controlo glicémico exige que o diabético modifique o seu estilo de vida, podendo esta alteração ser muito dolorosa para o doente, daí a importância de a pessoa diabética ser seguida por uma equipa multidisciplinar, tendo por isso um papel ativo no seu tratamento (Patrão, 2011).

Segundo Patrão (2011), o tratamento é baseado em cinco conceitos fundamentais, que são eles: a consciencialização e educação do paciente; a alimentação e dieta, adequada a cada tipo de paciente; uma vida ativa; os medicamentos (hipoglicemiantes orais e/ou insulina, quando o paciente não responde à medicação oral); e a monitorização dos níveis de glicose e hemoglobina glicosilada. De modo a conseguir alcançar os objetivos terapêuticos, os indivíduos com diabetes devem seguir, de uma forma rigorosa e integrada, um conjunto de orientações em todos estes domínios, para reduzir os riscos das complicações a longo prazo.

Esta gestão correta do comportamento dos diabéticos tem como objetivo principal estabilizar a doença, sobretudo através do autocontrolo. Mas a falta de colaboração, envolvimento e responsabilidade do utente diabético leva a que ele nem sempre adira ao regime terapêutico corretamente, com consequências na sua qualidade de vida (Simões, 2012).

Evitar o surgimento de complicações, quer agudas, quer crónicas, consegue-se através do controlo da diabetes pelo maior tempo possível, sendo para isso fundamental que se criem condições que permitam ao paciente diabético ter oportunidade de gerir a sua doença. A aplicação de um plano terapêutico adequado, individualizado, bem como a motivação da própria pessoa para o cumprir são os meios essenciais (Simões, 2012).

O controlo inadequado da diabetes representa uma ameaça social e económica para o país e para a vida do indivíduo diabético, pois os riscos e a prematuridade das suas

complicações têm aumentado a incidência de doenças crônicas, acidentes vasculares cerebrais, cegueira, insuficiência renal, amputações em membros inferiores, entre outros (Rocha, 2001).

Quando não é possível controlar a Diabetes, apesar do ajuste na alimentação e do aumento da atividade física, é indispensável o uso de tratamentos farmacológicos e, em certos casos, a utilização da insulina. Acaba por também ser comum a necessidade de utilização de medicamentos para controlar o colesterol e a pressão arterial (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

É difícil pensar que se deve tratar uma doença que não tem sintomas, ou melhor dizendo, que estes não inquietam ou não dão sinais da sua existência, pelo menos no início. No entanto, existe a certeza de que a diabetes tipo 2 não tratada pode levar a variados e graves problemas de saúde, como: um maior risco de trombose de doença cardiovascular; doenças nos olhos, que levam à cegueira; doenças nos rins que levam à hemodiálise e ao transplante; e ainda a má circulação nas pernas e pés, com risco acrescido de amputações (Patrão, 2011).

Em suma, controlar a diabetes passa por estabelecer um regime alimentar equilibrado, com menos calorias, alimentos de menor índice glicêmico, fracionando as refeições e praticando exercício físico regularmente, concomitantemente com a administração de antidiabéticos orais ou insulina, para que o doente tenha uma melhor qualidade de vida mesmo tendo a doença (Simões, 2012).

### **1.2.3. Consequências psicológicas da Diabetes**

O diagnóstico de Diabetes *Mellitus* é desafiante para muitas pessoas, uma vez que impõe bastantes e grandes exigências que atingem todos os aspetos do quotidiano, caracterizando-se a vida destes doentes por contínuas alterações e estados de desequilíbrio que estão relacionados com alterações biofísicas e por reajustamentos psicológicos que conduzem frequentemente a situações de stresse (Amorim & Coelho, 2008). Viver bem com a diabetes é bastante importante, devendo os técnicos de saúde focar também a sua atenção no bem-estar psicológico geral e na componente emocional da diabetes, pois estes doentes passam pela frustração de ter uma doença que nunca irá desaparecer, tendo que aprender a conviver com ela o resto da sua vida, o medo das complicações e o reconhecimento de que, por vezes, os maiores esforços para controlar a doença podem não ser suficientes (Amorim & Coelho, 2008).

O stresse face à diabetes e a autoeficácia relativa ao tratamento desempenham um papel central no modelo de interação entre as variáveis ao determinar um conjunto de influências diretas e indiretas sobre o comportamento de adesão, o controlo metabólico e a qualidade de vida. Entre as variáveis psicológicas, o suporte social da família tem também um papel fulcral ao influenciar diretamente o stresse e a autoeficácia e, através destas, o

comportamento de adesão ao tratamento, o controlo metabólico e a qualidade de vida (Almeida, 2004).

O estado emocional do paciente parece ser também um fator influente na adesão terapêutica, nomeadamente a ansiedade e estados depressivos (de dimensão clínica). A ansiedade pode provocar alterações no estado neuro endócrino, que trará repercussões no perfil glicémico, pode também desencadear um conjunto de respostas de interação com a doença que levarão a níveis mais elevados de adaptação (Almeida, 2004). A depressão, por sua vez, apenas quando atinge níveis patológicos, parece estar relacionada com uma diminuição substancial do envolvimento nas atividades terapêuticas (Bennett, 1994).

As aptidões de confronto referem-se às capacidades do paciente para se adaptar de forma a ter uma resposta eficaz, que permita ultrapassar as exigências que sente face à doença e ultrapassar os obstáculos sentidos em relação à adesão ao tratamento (Bryon, 1998 *cit in* Almeida, 2004).

Quanto ao locus de controlo tem sido outra variável referida como interveniente no processo de controlo das exigências da doença e do tratamento. Alguns investigadores (Wallston, 1992) têm referido que o locus de controlo relativo à saúde explicaria a variação do comportamento de adesão terapêutica, ou seja, o paciente acreditar que possui algum controlo sobre a doença facilita a adesão ao tratamento, quando comparado com os que acreditam estar dependentes do acaso ou de outros fatores fora do seu controlo.

Portanto, o caso da *Diabetes Mellitus* é um exemplo claro de inter-relação com a psicopatologia, pois uma boa saúde mental terá um papel determinante no controlo adequado da doença, notando-se frequentemente que a falta de adesão ao tratamento não se deve à falta de conhecimentos por parte do doente acerca da doença, podendo um acompanhamento psicossocial e educacional ser, muitas vezes, necessário para aumentar a adesão ao autocuidado (Amorim & Coelho, 2008).

#### **1.2.4. Reação ao diagnóstico**

É relevante salientar que o diagnóstico da doença traz muitas vezes um impacto emocional para a pessoa, pois não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crónica (Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007). Deste modo, a existência da diabetes acaba com a harmonia orgânica e, muitas vezes, ultrapassa a pessoa do doente, acabando por interferir a nível da vida familiar e comunitária, e consequentemente afetando o seu conjunto de relações (Lopes, 2002). Ter que mudar hábitos de vida que já estão consolidados e assumir uma rotina que envolve uma disciplina rigorosa do planeamento alimentar, da incorporação ou incremento de atividade física, e uso permanente e contínuo de medicamentos, impõe a necessidade de entrar em contacto com sentimentos de alguma insegurança, desejos, crenças e atitudes. A mudança do estilo de vida não se instala facilmente, mas no decorrer de um caminho que envolve refletir o seu projeto

de vida e reavaliar as suas expectativas de futuro (Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007; Patrão 2011).

O facto de conviver com uma doença como a diabetes acarreta muitas mudanças, no que diz respeito ao desenvolvimento das suas atividades diárias. Sendo que essas mudanças, ao serem integradas no quotidiano, suscitam vivências de fortes sentimentos potencializadores de sofrimento. A maneira como o individuo vai reagir face à situação de doença, ou seja, se vai lidar melhor ou pior com as consequências da mesma, vai depender da estrutura psíquica e dos recursos internos de cada um. Assim, compreende-se que os fatores emocionais e também comportamentais são determinantes para o sucesso da terapêutica na diabetes (Ribas, 2013).

Podemos então referir a existência de diversos fatores que podem interferir na forma como o individuo reage ao diagnóstico de doença crónica. Segundo Patrão (2011) estes fatores podem ser agrupados em três categorias, relativos à doença, intrapessoais e ambientais.

No que diz respeito aos fatores relativos à doença, estes incluem parâmetros referentes à doença como a sua gravidade, a cronicidade e as restrições impostas à vida, visto a patologia da Diabetes impor oscilações ao longo do seu curso e ser relativamente imprevisível no dia-a-dia. A rigorosa terapêutica e exigências que esta acarreta exigem a monitorização da glicémia, a administração de insulina por via subcutânea várias vezes ao dia, bem como a restrição alimentar e a prática de exercício físico regularmente.

Quanto aos fatores intrapessoais, estes englobam as variáveis de personalidade ou cognitivas que interferem ou são afetadas pela doença (Patrão, 2011).

Por fim, os fatores ambientais, onde se inserem os fatores psicossociais, sócio ecológicos, familiares e da comunidade. Numa meta-análise realizada por Lavigne e Faier-Routman (1993, *cit in* Patrão, 2011), encontramos referência a dois tipos de variáveis ambientais, um conjunto reúne as condições socioeconómicas, e o outro é constituído pela adaptação psicossocial, a perceção de stresse relativamente à doença, a adaptação familiar às suas exigências e a organização, coesão e apoio familiar.

Nesta categoria, os estudos indicam, por exemplo, que a melhor adesão terapêutica e a adaptação à Diabetes estão associadas ao facto de pertencer a classes sociais mais elevadas, sendo os seus membros menos afetados pelas repercussões da doença (Muhlhauser et al., 1998, *cit in* Patrão, 2011). Segundo Tinsey (1992, *cit in* Patrão, 2011), muitas investigações revelam que famílias que pertencem a classes sociais inferiores recorrem menos aos serviços de saúde preventiva, aderindo menos às terapêuticas prescritas.

Os sentimentos desencadeados pela doença são também variáveis fundamentais a ter em consideração no desempenho face ao tratamento, dado que os aspetos emocionais do individuo podem interferir no controlo metabólico. Os sentimentos de cariz negativo ocorrem com frequência e estão associados ao complexo tratamento da diabetes (Ribas, 2013).

### 1.2.5. Intervenção na Diabetes

Segundo a OMS (2002) os sistemas de saúde ainda não detêm um plano de gestão que consiga dar resposta às consequências provocadas pela doença crónica. A organização mundial de saúde elaborou um relatório “Cuidados Inovadores para as Doenças Crónicas - componentes estruturais de ação”, com o objetivo de alertar para a necessidade de se introduzirem mudanças na saúde, que permitam soluções para uma gestão adequada das repercussões das patologias crónicas. Isto implica que os sistemas de saúde alterem as suas políticas e estratégias de intervenção. Para que isto aconteça, o poder político, as organizações de saúde e os doentes precisam de uma verdadeira adesão no sector da saúde, como forma de prevenção dos fatores de risco, ou seja, terá que existir uma parceria entre pacientes e familiares, equipas de assistência à saúde e pessoal de apoio da comunidade. Esta trilogia tem elevada eficiência quando cada membro é informado, motivado e capacitado para gerir as doenças crónicas.

Existe uma falta de autonomia dos pacientes para melhorar os resultados de saúde e uma baixa qualidade da relação entre o profissional de saúde e os utentes, para que ocorra a mudança os pacientes terão que assumir que são os primeiros responsáveis pelo seu estado de saúde e deverão ser participantes ativos no processo de mudança de comportamentos em saúde (Patrão, 2011).

Neste sentido, nota-se uma grande valorização na educação em saúde, sendo considerada parte integrante do tratamento das doenças crónicas. No entanto, e para que os programas de educação em saúde funcionem é preciso ter em atenção aspetos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais e as reais necessidades psicológicas da pessoa diabética (Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007; Simões, 2012). Este é um processo que requer algum tempo, pois não é fácil mudar os hábitos de alguém repentinamente. Daí que se deva facultar a informação de forma progressiva e assertiva, certificando-se que a pessoa compreendeu e cumpre o que lhe foi ensinado. Desta forma, o indivíduo vai-se adaptando gradualmente à sua atual situação e, aderindo ao regime terapêutico, contribuindo para que não haja tantas complicações futuras (Simões, 2012).

No que concerne à intervenção psicológica esta constitui um importante desafio na atualidade, quanto à promoção de estilos de vida saudáveis e também na prevenção e gestão dos efeitos da diabetes.

Podemos então recorrer à psicoterapia de apoio, de forma a ajudar os doentes a se adaptarem melhor às circunstâncias no contexto dos cuidados de saúde, promover o maior nível de autonomia possível, promover o crescimento emocional, melhoria da capacidade de julgamento da realidade aumentar a autoestima e a autoconfiança, prevenir a recaída da sua condição clínica e transferir a fonte de apoio dos profissionais para os familiares e/ou amigos, desde que estes existam e estejam em condições de assumir o papel de prestadores de cuidados (Silva, 2010).

De referir também o recurso à entrevista motivacional, pois uma das grandes dificuldades com que os diabéticos, os seus familiares e também os profissionais de saúde é a falta de motivação dos doentes para aderirem ao vasto e difícil conjunto de autocuidados que lhe são propostos. Esta abordagem pretende ajudar os pacientes a contruírem um compromisso e a alcançarem a decisão de mudar, com base numa série de estratégias propostas por distintos modelos (e.g., Psicoterapia centrada no Cliente, Terapia Cognitiva). O objetivo fundamental é encorajar o individuo a explorar as suas, por vezes, contraditórias crenças e atitudes face a uma mudanças de comportamento (Silva, 2010).

Ainda de mencionar a intervenção em grupo com indivíduos com diabetes. Guerra e Lima (2005 *cit in* Silva, 2010) consideram que os grupos de apoio buscam agregar e promover a coesão e o encontro de pessoas para que estas conheçam problemas semelhantes aos seus, encontrem uma espécie de apoio social alternativo, fundamental para a construção e desenvolvimento da sua própria identidade e equilíbrio nas mais diversas situações.

Portanto, deve dar-se cada vez mais importância ao alerta para a sensibilização desta problemática de forma interventiva, tanto a nível educativo como preventivo. Deste modo, deve-se apostar na realização de ações de educação sobre a adesão de forma periódica, o reforço de informação sobre o regime alimentar, em todos os momentos, mas essencialmente em períodos considerados mais críticos, tais como Natal, Páscoa e períodos de férias, e ainda a solicitação periódica de diários alimentares e de medicamentos, como forma de monitorizar os comportamentos adotados, que podem contribuir para melhorar a adaptação à diabetes. Podemos então afirmar que a educação e mais concretamente a educação para a saúde, revela ser um recurso fundamental que pretende promover uma melhor adesão à terapêutica.

## Capítulo II - Adesão terapêutica na Diabetes *Mellitus*

Uma pessoa com diabetes ao longo do tratamento experiencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação da sua condição crónica de saúde e, por consequência, a adoção de hábitos de vida saudáveis que permitam lidar com as limitações que advêm da doença (Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007).

A mudança de hábitos de vida é um processo lento e difícil, particularmente no que se refere à alimentação, pelo facto de estarem relacionados pelo menos com três fatores complexos: culturais, que são transmitidos de geração em geração ou por instituições sociais; económicos, referentes ao custo e à disponibilidade de alimentos; e, por fim, aos sociais, relacionados à aceitação ou rejeição de determinados padrões alimentares. Outros fatores também influenciam o indivíduo a adotar muitas vezes padrões inapropriados de comportamentos, tais como aversão a certos alimentos, crenças relacionadas a supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos (Zanetti, et al., 2006).

As categorias relativas à alimentação, medicação, atividade física e sentimentos associados à doença vão-se estruturando à volta de sentimentos e comportamentos, que funcionam como pressupostos norteadores do modo particular como cada paciente expressa os seus sentimentos, direciona o seu comportamento relacionado à saúde, tanto na procura de hábitos saudáveis como não saudáveis, determinando dificuldades/limitações para o controlo da diabetes (Péres, et al., 2007).

### 2.1. Adesão à terapêutica

A adesão terapêutica nos doentes com doenças crónicas, nos países desenvolvidos, ronda os 50%, mas a percentagem diminui significativamente quando se fala dos países em desenvolvimento. A escassez de recursos e as desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde transformam a não adesão num problema de grande dimensão, em muitos países (OMS, 2003).

Podemos então definir adesão como uma cooperação ativa entre o paciente e o seu médico, num trabalho conjunto, com vista a alcançar o sucesso terapêutico, ou seja, é como um grau de conformidade entre os conselhos dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico designado. A OMS (2003) refere que existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, relativamente ao cumprimento da toma da medicação, a realização de uma dieta, e/ou as mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

A adesão é manifesta na medida em que o comportamento do paciente correspondente à opinião, à informação ou ao cuidado médico, seguindo instruções para medicações, dietas e/ou fisioterapia. Considera-se que existe adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total (Drotar, 2000; Leite & Vasconcelos, 2003; Miller, 1997, *cit in* Oliveira e Gomes, 2004; Almeida & Sampaio, 2007; Haynes *et al.*, 2008).

A adesão ao tratamento na Diabetes é primordial, mas revela-se uma tarefa de elevada dificuldade que implica a monitorização da glicemia no sangue e a administração de medicação e/ou insulina várias vezes ao dia, o controlo alimentar com restrição dos hidratos de carbono e a prática regular de exercício físico (Almeida, 2004).

No que diz respeito ao tratamento quotidiano da Diabetes *Mellitus* Insulinodependente, este obriga a um regime terapêutico complicado e rigoroso com o objetivo de construir um perfil glicémico o mais próximo do normal possível. A adesão a este regime terapêutico é difícil pois implica uma diversidade de comportamentos de auto tratamento quotidianos (Almeida, 2004).

Vários estudos que se debruçam sobre a adesão mostram que esta continua a ser um problema, estimando-se um nível aproximado de 50% de não adesão às recomendações dos profissionais de saúde por parte dos pacientes. A duração do tratamento influencia a adesão, verificando-se pelo menos 38% de pessoas não aderentes em regimes de tratamento de curto prazo, e mais de 45% nos tratamentos de longa duração (Patrão, 2011).

Quanto aos benefícios da adesão estes parecem ser vários, encontrando-se geralmente relacionados com a prevenção de recaídas, com o alívio dos sintomas negativos, a melhoria da compreensão da condição de saúde, a diminuição da morbilidade e mortalidade e também a redução das hospitalizações. Deste modo, é evidente que a adesão não se refere apenas à implementação e adoção de comportamentos específicos, como a administração de insulina, mas também a uma orientação cognitiva para a mestria sobre a doença (Patrão, 2011).

Segundo vários estudos, o tratamento da diabetes exige um envolvimento multidimensional. No entanto, o facto de aderir a uma das dimensões não significa que irá aderir às outras. Segundo Nascimento do Ó e Loureiro (2007), a adesão à terapêutica medicamentosa é mais elevada do que a alteração do estilo de vida. Desta forma, a definição de não adesão ao tratamento da diabetes é difícil devido às características do próprio tratamento, bem como à responsabilidade do próprio diabético e dos seus familiares.

Um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos diz respeito à baixa adesão ao tratamento, o que se verifica ser um fenómeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida. É então extremamente importante estimular a adesão ao tratamento, bem como educar a nível da saúde, considerada uma das estratégias que proporcionam uma melhor adesão dos pacientes ao plano de tratamento (Simões, 2012).

Na diabetes, a adesão ao regime terapêutico é de grande importância, uma vez que os resultados desta patologia são determinados, em larga parte, pela eficácia do tratamento

prescrito e pelo nível de adesão do utente à medicação e à mudança de estilos de vida (Simões, 2012; Gomes-Villas Boas, Foss, Freitas & Pace, 2012).

Quanto à não adesão é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso de utilização dos serviços de saúde (Telles-Correia *et al.*, 2007). Assim, não aderir ao regime terapêutico influencia o sucesso dos tratamentos, o que acarreta custos significativos em termos médicos e sociais.

A não adesão ao regime terapêutico ou a má gestão do regime terapêutico tem uma origem multifatorial. Como nos referem Leite e Vasconcellos (2003), frequentemente atribui-se a culpa da não adesão ao regime terapêutico ao doente e mesmo ao desconhecimento que os seus familiares têm sobre a importância de respeitar os ensinamentos que se fornecem a estes utentes/famílias. Considera-se também a baixa escolaridade, o descuido e a não obediência aos ensinamentos aplicados, tanto pelos médicos, como pelos enfermeiros, como fatores que contribuem para a não adesão ao regime terapêutico (Simões, 2012).

### **2.1.1. Fatores psicossociais que influenciam a adesão do doente à terapêutica**

A não adesão ao tratamento de doenças crónicas tornou-se um problema de etiologia multifatorial. Diversas abordagens têm sido sugeridas para explicar os comportamentos de adesão a tratamentos de saúde (Dias *et al.*, 2011).

Segundo a OMS (2003), existem vários fatores determinantes para a adesão ao tratamento da diabetes, que são os seguintes: 1) características da patologia e do tratamento (complexidade do tratamento, duração da doença, prestação de cuidados); 2) fatores intrapessoais (idade, sexo, autoestima, autoeficácia, stresse, depressão, consumo abusivo de bebidas alcoólicas); 3) fatores interpessoais (bom suporte familiar e social, e o estabelecimento de uma relação empática com os profissionais de saúde são fatores associados a uma boa adesão ao tratamento); 4) fatores externos e ambientais (alterações governamentais, macro e microeconómicas, políticas, sociais, entre outras, têm influência na adesão ao tratamento, assim como as catástrofes naturais).

Verificam-se em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, problemas da adesão, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde (WHO, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004 *cit in* Dias *et al.*, 2011).

Podemos, assim, dizer que existem vários fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento e funcionarem como um obstáculo, podendo estar relacionados com o paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, situação profissional e nível socioeconómico), com a doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias), com as crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (perceção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima), com o tratamento (dentro do

qual se engloba a qualidade de vida, custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), com a instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento) com o relacionamento com a equipe de saúde e, ainda, fatores económicos (como o preço dos transportes e dos medicamentos, a distância ao local de tratamento) (Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Gusmão & Júnior, 2006; Machado, 2009).

Também de referir os fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, onde se evidencia o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, a taxa de comparticipação, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crónicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico (Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Oliveira *et al.*, 2007; Machado, 2009).

Quanto aos fatores relacionados com a doença de base e comorbilidade, destacam-se a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida (Bugalho e Carneiro, 2004 *cit in* Dias *et al.*, 2011) e o carácter da doença, isto é, se é uma situação de doença aguda ou crónica e se esta é sintomática ou assintomática (Giorgi, 2006).

Também os fatores relacionados com o próprio tratamento têm um papel importante, fatores em que se incluem a complexidade, a duração e a realização de alterações constantes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação (Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Machado, 2009).

Por fim, os fatores relacionados com a pessoa doente, em que se destacam os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções relativas a eventos de doença, quer anteriores, quer à atual, e as expectativas da própria pessoa. Estão também incluídas a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de autoeficácia para gerir o regime terapêutico (Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Oliveira *et al.*, 2007; Machado, 2009).

A adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde. Portanto, a opinião comum de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir o seu tratamento é em certa forma enganadora e reflete o esquecimento de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir ao seu tratamento (Gusmão & Júnior, 2006).

### **2.1.2. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica**

Para orientar e estimular o autocuidado nos diabéticos precisamos conhecer as suas crenças e, além disso, mostrar-lhes como podem ser decisivas na forma como aprendem a

cuidar de si (componente cognitivo, componente afetivo e componente comportamental). A concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências pessoais, e essas guardam uma relação direta com as suas crenças e valores os quais são formados ao longo da vida (Xavier, Brittar & Ataíde, 2009).

A vivência de uma educação e comunicação responsável por parte dos profissionais de saúde deve ser entendida como uma prioridade, quando se fala de saúde preventiva, dado que tem de haver partilha de responsabilidade, integrando aspetos como autonomia, liberdade de escolha e informação adequada (Simões, 2012).

A falta de informação pode levar os diabéticos a adotar comportamentos de risco e a forma de os evitar é não os ignorar, tendo uma atitude de abordagem da doença sem qualquer tabu ou preconceito. Os profissionais de saúde e os próprios familiares têm um papel fulcral na educação destes utentes. No entanto, quer os familiares por enraizamentos culturais ou religiosos, quer os profissionais de saúde por referirem sentir dificuldades na abordagem destes temas, demitem-se muitas vezes deste papel tão importante e fundamental para a educação dos utentes (Simões, 2012).

Nesta perspetiva, as estratégias de promoção da saúde e de controlo da doença junto da comunidade devem ser capazes de potenciar uma mudança de atitudes, ao nível individual e coletivo, fomentando a adesão, as medidas de segurança e a adoção de comportamentos saudáveis, não esquecendo que o binómio saúde/doença contém significantes biológicos, ambientais, culturais e sociais. Os estilos de vida dependem, assim, de toda uma estrutura sociocultural que condiciona as escolhas individuais ao mesmo tempo que incluem o conceito de autorresponsabilização (Simões, 2012).

Segundo Bugalho e Carneiro (2004, *cit in* Dias, 2011) existem dois tipos de intervenção para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções educacionais e comportamentais. No que diz respeito às intervenções educacionais, estas promovem a aquisição de conhecimentos sobre a medicação e ou a doença, concedem informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo (Dias, 2011).

Quanto às intervenções comportamentais têm como objetivos integrar na prática diária mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os doentes no tratamento, facultar estratégias e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação (Dias, 2011).

Assim, os doentes devem desenvolver ativamente o seu tratamento, através da autoadministração da terapêutica, permitindo a monitorização e o controlo da sua doença (Dias, 2011), sendo a educação terapêutica do diabético uma parte essencial em todo o processo, seja a nível hospitalar ou no centro de saúde. É uma estratégia que pretende contrariar a visão antiga do tratamento do diabético, em que o médico prescrevia, o enfermeiro colaborava e o peso da responsabilidade estava do lado dos profissionais. Neste momento, o utente começa a ter a perceção de que tem um papel preponderante para conseguir atingir bons resultados e ter uma melhor qualidade de vida (Simões, 2012).



## Capítulo III - Suporte Social na Diabetes *Mellitus*

São vários os estudos que têm vindo a comprovar não só a existência de relações positivas diretas entre o apoio social e a saúde, como é o caso de populações com doença crónica, como a diabetes, em que a quantidade e a qualidade do apoio social percebido se encontram associadas positiva e significativamente com diversos indicadores fisiológicos e comportamentais de adaptação (nomeadamente com o controlo metabólico), mas também a presença de efeitos indiretos, caracterizados pela diminuição do stress psicológico induzido pela doença, pela redução do risco de depressão, ansiedade e de patologias em caso de situações stressantes (Rasclé et al., 1997, *cit in* Silva et al., 2003).

Em relação à diabetes existe um reconhecimento cada vez maior da importância do contexto social dos doentes na capacidade destes gerirem a sua doença de forma eficaz. A investigação sobre o apoio social nesta área tem-se centrado essencialmente sobre os seus efeitos na adesão ao tratamento e no controlo glicémico dos doentes (Silva et al., 2003).

### 3.1. Definição de Suporte Social

O suporte social tem sido, geralmente, referenciado como um aspeto muito importante na maneira como os sujeitos gerem as diferentes situações da vida. O suporte social é: “*um termo abrangente que diz respeito à qualidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência de contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio que pode ser útil e prestar cuidados quando necessário*” (Serra, 1999, *cit in* Ribeiro, 2010, p. 124).

Segundo Ribeiro (1999) o suporte social desempenha um importante efeito protetor. Esta importância reside na informação dada pelos outros de que se é amado e que se faz parte da rede social. Neste sentido, também Sarason (1988, *cit in* Santos, Ribeiro & Lopes, 2003) refere que o que está na origem de um bom ajustamento individual é a existência e perceção de suporte social. Deste modo, o indivíduo tem conhecimento de que os outros gostam de si, e que de livre arbítrio farão o que for preciso para o auxiliar quando for necessário. Este autor refere ainda que o principal objetivo do suporte social é desenvolver um sentimento de valorização e de capacidade, e não proteger o indivíduo de se magoar, sendo que a meta principal é a aceitação e a comunicação de amor, que indiretamente têm um efeito protetor na saúde.

Da mesma ideia partilham Stroebe e Stroebe (1995, *cit in* Ribeiro, 2010), ao defender que os grupos sociais de pertença são importantes na definição do “eu”, estando o bem-estar

psicológico e a saúde associados ao apoio social e às avaliações positivas e negativas que cada indivíduo faz em relação a si mesmo e aos outros.

Podemos então dizer que o suporte social é mais especificamente um conceito que se refere a modos de assistência e relacionamento interpessoal. Muitas atitudes que os familiares adotam podem ser chamadas de suporte social e, quando um membro da família tem alguma necessidade, esse suporte deve ser visto como fornecimento de auxílio direto, através da demonstração de afeto, afirmação de entendimento, sentimentos ou ações (Stuart, 1991, *cit in* Ribeiro, 2010).

Assim, podemos dizer que este é um conceito multidimensional, que inclui a intensidade, os tipos (emocional, instrumental e informativo) e as fontes de apoio (cônjuge, amigos, parentes, colegas) (Thoits, 1995, *cit in* Gomes-Villas Boas *et al.*, 2009), sendo que uma das formas de avaliá-lo compreende a percepção da pessoa em relação à sua rede social, ou seja, a extensão na qual a pessoa acredita que as suas necessidades de apoio serão satisfeitas (Procidano & Heller, 1983, *cit in* Gomes-Villas Boas *et al.*, 2009).

O Apoio Social ajuda, então, a fornecer às pessoas os recursos emocionais e práticos de que elas precisam, como receber afeto, assistência e informação, tanto da família quanto dos amigos, e manter relações de companheirismo, fazendo com que as pessoas se sintam amadas, cuidadas e seguras, exercendo estes fatores um efeito de proteção da saúde e do bem-estar (Martins, 2005; Procidano, 1983, *cit in* Gomes-Villas Boas *et al.*, 2009).

Deste modo, o suporte social não se pode limitar apenas à família nuclear, mas também aos vínculos interpessoais como família, amigos, colegas de trabalho, membros da comunidade, ou seja, tudo o que pode servir de fonte emocional positiva com um clima de compreensão, empatia, estímulo e confiança (Helgeson, Snyder & Seltman, 2004; Santana 2002, *cit in* Ribeiro, 2010).

Quanto aos benefícios, Serra (2007) refere alguns, tais como: a promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos; a redução do isolamento; e pelo facto de se sentir mais estimado pelos outros, o indivíduo poderá receber afeto e atenção por parte dos familiares (conselhos, apoio, assistência a nível económico e cuidados na doença). O suporte social poderá também ser um fator atenuante das situações adversas do meio.

Este suporte tem também um papel mediador importante nos indivíduos com problemas crónicos e nas suas famílias, e tem um efeito “amortecedor” do impacto do stresse e constituiu um recurso de resolução de problemas (Almeida & Sampaio, 2007; Ribeiro, 1999). Vários são os estudos que confirmam a presença de efeitos positivos diretos do suporte social na saúde, como é a situação das populações com doenças crónicas, como é o caso da diabetes, em que a disponibilidade e a satisfação com o suporte social percebido estão correlacionadas com alguns indicadores adaptativos fisiológicos e comportamentais (Ribeiro, 2010).

Esta rede de apoio ou suporte social é consolidada pelos laços sociais entre as pessoas, especialmente entre os membros da família da pessoa com uma doença crónica,

melhorando o ajuste emocional e o uso de estratégias para enfrentar a situação de doença (Rossi, 2005).

Quanto à participação familiar ao longo do tratamento do indivíduo com diabetes, e segundo Bierlemann (2003), quanto maior for, de modo mais fácil este poderá aceitar a doença, pois não se pode esquecer que o tratamento é difícil, pois envolve não apenas a terapêutica à base de medicamentos, mas, principalmente, o cuidado diário, com objetivo de se preservar um bom controle metabólico.

Para além da família, amigos, colegas, também os profissionais de saúde desempenham um papel importante como fonte de apoio social (Nunes, 2005). No entanto, a família é apontada como a principal fonte de apoio. Desta forma, quando os profissionais de saúde envolvem os familiares na assistência ao doente, pode-se favorecer um maior entendimento da família sobre a doença e isso é fundamental para incentivá-la a ser uma fonte de apoio (Wen, Shepherd & Parchman, 2004).

A investigação comprova que o suporte social pode ter um efeito protetor na saúde, ao exercer sobre o indivíduo uma proteção contra o aparecimento de determinadas doenças ou sintomas da doença (Brannon & Fiest, 2001). O suporte social auxilia assim a promoção de estados gerais de saúde do indivíduo, sendo um fomentador da interação e ao ser um indicador de feedback positivo sobre o indivíduo.

Sabe-se, atualmente, que o suporte social que a pessoa com diabetes tem à sua disponibilidade pode ser uma vantagem na ajuda no controlo da doença, ou seja, se o suporte social disponível não é suficiente para o indivíduo, a gestão da diabetes pode ficar em risco, levando ao aparecimento de uma série de dificuldades físicas, psicológicas e sociais (Correia, 2007).

Portanto o aparecimento de uma doença crónica como a diabetes *mellitus* pode ser uma experiência difícil, visto que seu diagnóstico vem acompanhado com frequência de um nível considerável de stresse e medo relacionados com a natureza incurável da doença, bem como a ameaça das suas complicações e do seu complexo tratamento. Nessa perspetiva, o apoio social deverá ser incluído no plano de cuidados, para que a pessoa possa e consiga enfrentar positivamente as dificuldades impostas pela doença (Gomes-Villas Boas, 2009).

### **3.1.1. Diferentes tipos de apoio/suporte social**

Existem diferentes tipos de apoio social, Barrón (1996) sugere um modelo integrador que passa pelo apoio emocional, apoio material e instrumental e apoio informativo.

Quanto ao apoio emocional este diz respeito à disponibilidade de alguém com quem se pode falar, e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afetivo, ou seja, caracteriza-se por trocas que comportam atitudes emocionais positivas onde exista um clima de compreensão, apoio, estímulo, empatia e simpatia. Portanto, para o doente, saber que pode contar com a disponibilidade de alguém, dá a entender ao mesmo que tem pessoas que

lhes possam transmitir sensações de segurança e carinho, pressupondo assim este tipo de apoio a existência de relações de amizade e familiares, bem como a concretização pela demonstração de todos estes sentimentos referidos anteriormente (Barrón, 1996).

No que diz respeito ao apoio material, que também é designado como instrumental por outros autores, incide mais na ajuda da realização das tarefas domésticas, no empréstimo de dinheiro, no fornecimento de refeições, no acesso em termos de ajudas técnicas, bem como em cuidados de saúde, entre outras coisas. Estas atividades são realizadas no sentido de facilitar a realização das tarefas do quotidiano e aliviar o indivíduo de algumas tarefas, ajudando deste modo através de ações ou materiais, sendo estes proporcionados por outrem (Barrón, 1996). Em suma, este tipo de apoio caracteriza-se por ações ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. A finalidade deste tipo de apoio é sobretudo diminuir a sobrecarga das tarefas, bem como deixar algum tempo livre para atividades de lazer que pretenda realizar. Mas este apoio só é efetivo quando o recetor tem a perceção do mesmo como apropriado, pois caso isto não aconteça, a ajuda é avaliada como não sendo adequada, o que pode acontecer sempre que o sujeito sente algum tipo de ameaça à sua liberdade ou até mesmo quando se sente em dívida (Barrón, 1996).

Por fim, e no que concerne ao apoio informativo, este diz respeito ao processo pelo qual as pessoas recebem informações/indicações importantes, ajudando-os a compreender o mundo à sua volta, bem como a que se ajustem às alterações que nele acontecem (Barrón, 1996).

### **3.1.2. Impacto da Diabetes na Família**

O sistema familiar é complexo e dinâmico e influenciado pelo meio, quer histórico, social e cultural que vivência, sendo que as relações familiares, em alguma medida, interferem no processo saúde e doença dos seus membros, bem como na interpretação da experiência de cada pessoa da família. Nesse cenário, vivenciar o aparecimento da doença promove mudanças em todos os aspetos da vida quotidiana, tanto pessoal quanto familiar. Bem como requer atitudes que possibilitem enfrentar a situação colocada, promovendo a busca pela reconstrução da identidade pessoal e familiar (Mattos & Maruyama, 2009).

Vários autores reconhecem a importância da família como suporte social para a adaptação a uma doença crónica e às mudanças necessárias que ela impõe (Rossi, Pace & Hayashida, 2009). Em relação à diabetes, a pessoa e a sua família são responsáveis por mais de 95% do tratamento (OMS, 2003; Toljamo & Hentinen, 2001), sendo assim necessário fazer com que cada membro da família entenda o que é a doença, como é controlada e como agir em situações de emergência.

A doença crónica exige uma readaptação à nova realidade e a compreensão de que haverá uma constante busca pelo "controlo da situação" nas crises, as quais exigem da família

participação no processo e conseqüente crescimento diante de cada nova experiência vivida. Cada familiar possui modos próprios de lidar com seus sentimentos diante da vulnerabilidade da saúde do doente. Para isso, dispõe de estratégias próprias de enfrentamento de problemas (Silva & Correa, 2006).

As redes de apoio, como a presença da família, de amigos e de pessoas próximas, são importantes para enfrentar e ultrapassar as dificuldades, especialmente pelo facto de se tratar de uma patologia crónica, na qual é necessário superar as dificuldades prolongadas causadas pela doença (Maldaner *et al.*, 2008). Quando a família aceita a presença da doença crónica e adere aos cuidados, à medida que cada membro muda, afeta o comportamento do outro, o que favorece, conseqüentemente, a mudança de comportamento da pessoa com diabetes. Um aspeto muito importante é a participação e o envolvimento da família no cuidado da pessoa portadora de doença crónica. Mais concretamente, a pessoa diabética e os seus familiares precisam estar motivados para aceitar possíveis limitações nas atividades diárias impostas pela diabetes, e para enfrentar essas limitações (Rossi, Pace & Hayashida, 2009).

Um outro aspeto importante que devemos mencionar é a partilha da responsabilidade pelo tratamento e a promoção de estratégias de controlo da doença entre os membros da família (Almeida, 2004). Paralelamente, pode haver necessidade de aprender novas competências necessárias à realização do tratamento. O aceitar o plano terapêutico pela família facilita a adesão e torna mais fácil as mudanças que permitem a sua concretização, pois se a família não é informada e envolvida no plano terapêutico, vai aumentar a dificuldade da sua implementação e uma maior hipótese de surgirem situações de crise. Assim, pode existir por parte da família uma certa resistência na adoção dos novos papéis a padrões adaptativos ou acentuar excessivamente os papéis em volta do paciente, mas ambos tornando a família num sistema disfuncional, o que não é o esperado, nem o mais favorável para todo o núcleo familiar (Almeida, 2004). A participação familiar no processo educativo contribui para o seguimento do tratamento, na medida em que serve de fonte de apoio emocional nos momentos em que o diabético se sente impotente diante dos desafios advindos da doença (Zanetti *et al.*, 2007).



## Parte II - Corpo Empírico



## Capítulo IV - Metodologia

No presente capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada, assim de seguida será realizada uma breve apresentação do estudo, onde estarão patentes os seus objetivos, que serão avaliados e verificados estatisticamente. Posteriormente será apresentada uma caracterização da amostra, com o intuito de possibilitar ao leitor uma melhor percepção da população alvo desta investigação. Por fim, serão descritos os instrumentos utilizados na investigação, bem como os procedimentos adotados.

### 4.1. Apresentação do estudo

Este estudo pretende aprofundar o conhecimento sobre a doença crónica, mais especificamente no que concerne ao Suporte Social que os doentes com Diabetes *Mellitus* possuem para a gestão e controlo da sua doença. A percepção de apoio social num indivíduo com doença crónica tem efeitos positivos no controlo da doença, tendo implicações práticas, na medida em que uma pessoa que perceciona um bom apoio social terá maior facilidade em se adaptar física e psicologicamente a uma doença crónica. Assim, o apoio social é considerado um dos maiores preditores da saúde física e do bem-estar, desde a infância até a velhice, compreendendo um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e as suas redes sociais, com o intuito de satisfazer as suas necessidades e complementar os recursos que possuem, e assim enfrentar novas situações (Correia, 2007).

Trata-se de uma investigação empírica, de delineamento transversal, com uma metodologia quantitativa, assente na recolha e tratamento estatístico e sistemático dos dados, com vista ao estabelecimento de relações entre variáveis, tais como: idade, sexo, adesão ao tratamento, suporte social, níveis de autocuidado na diabetes e estado emocional.

Pretende-se, assim:

- Avaliar as diferenças na Escala de Autocuidado com a Diabetes (EAAC) em função das variáveis sociodemográficas;
- Avaliar as diferenças na Escala de Apoio Social (EAS) em função das variáveis sociodemográficas;
- Avaliar se o auto-cuidado dos doentes com Diabetes Mellitus varia em função do suporte social;
- Avaliar se as pessoas com filhos têm um nível de apoio social mais elevado que os que não têm filhos;
- Avaliar se o auto-cuidado dos doentes com Diabetes Mellitus varia em função dos níveis de depressão e ansiedade;
- Avaliar a relação existente entre suporte social e os níveis de ansiedade e depressão nestes doentes;

- Avaliar a relação entre as diferentes dimensões do Apoio Social e o auto-cuidado com a diabetes;

Estes objetivos irão possibilitar a resposta à questão de investigação: De que modo o Apoio Social percebido pelos doentes com diabetes influencia as atividades de Autocuidado com a doença?

## 4.2. Participantes/Amostra

A população alvo desta investigação foi o conjunto de utentes do Centro Hospitalar Cova da Beira e do Centro de Saúde da Covilhã, com diagnóstico de diabetes acompanhados nas consultas de Diabetologia, com idades compreendidas entre os 25 e os 85 anos. Estabeleceu-se como critérios de exclusão não ter condições físicas e/ou mentais para responder aos instrumentos de autorresposta, e estar institucionalizado.

A amostra total é constituída por 78 utentes, com uma distribuição por sexo muito semelhante (55,1% do sexo masculino e 44,9% do sexo feminino), com idades entre os 49 e os 85 anos e uma média de 66,1 anos (DP=0,501) (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Caracterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas*

Variáveis		N	%	
<b>Idade</b>	49 a 65 anos	Homens	20	25,6
		Mulheres	15	19,2
	66 a 85 anos	Homens	23	29,4
		Mulheres	20	25,6
	Total		78	100
<b>Sexo</b>	Masculino	43	55,1	
	Feminino	35	44,9	
	Total	78	100	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	5	6,4	
	Casado	47	60,3	
	Divorciado	7	9,0	
	Viúvo	16	20,5	
	União de Facto	3	3,8	
	Total	78	100	
<b>Habilitações Literárias</b>	Analfabetos	4	5,1	
	4ºano	56	71,8	
	9ºano	9	11,5	
	12ºano	8	10,3	
	Licenciatura	1	1,3	
	Total	78	100	

No que diz respeito ao nível de escolaridade denotamos que 5,1% dos participantes são analfabetos, sendo que a maioria dos participantes (71,8%) tem até ao 4ºano, 11,5% dos participantes tem o 9ºano, 10,3% tem o 12ºano de escolaridade e apenas 1,3% tem um curso superior (licenciatura ou mestrado). No que concerne ao estado civil a maioria dos participantes (60,3%) é casada, e 20,5% é viúvo (Tabela 1).

Relativamente à situação profissional denota-se que 79,5%, ou seja, a grande maioria dos participantes, se encontra reformada, de referir que apenas 12,9% está empregado (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Caracterização da amostra em função da situação profissional*

Variáveis	N	%	
Situação Profissional	Doméstico (a)	1	1,3
	Emprego <i>full time</i>	8	10,3
	Emprego <i>part time</i>	2	2,6
	Desempregado	3	3,8
	Reformado	62	79,5
	Outra Situação	2	2,6
	Total	78	100

Quanto às variáveis clínicas e do tratamento, é importante referir que dois terços dos participantes tinham sido diagnosticados como tendo diabetes há mais de 10 anos, 32,1% tinha conhecimento do diagnóstico há menos de 10 anos, e 10,3% dos participantes tinham sido diagnosticados com diabetes há mais de 20 anos (Tabela 3). No que diz respeito a outros problemas de saúde associados, a maioria dos participantes têm outros problemas de saúde para além da diabetes (59,0%). Quanto ao acompanhamento psicológico a maioria dos participantes não têm qualquer apoio a este nível (82,1%). No que concerne ao facto de ter algum familiar com Diabetes *Mellitus*, a maioria dos participantes (71,8%) refere ter familiares também com a doença.

Relativamente ao tratamento, denotamos que a maioria dos participantes (84,6%) tomam medicação oral, enquanto 43,6% tomam insulina. Quanto ao controlo glicémico, uma grande maioria 89,7% dos participantes refere fazer o controlo. No que refere aos níveis de glicémia a maioria dos participantes (55,1%) referem que os níveis costumam estar mais ou menos bons, 34,6% referem estar bons e apenas 10,3% referem que os valores indicam um mau controlo da glicémia. No que diz respeito ao internamento devido à Diabetes *Mellitus*, a maioria dos participantes (78,2%) nunca estiveram internados devido à doença e 21,8% já estiveram internados devido à diabetes *mellitus*. Por fim, no que concerne à consulta de oftalmologia a maioria dos participantes (69,2%) já recorreu a este tipo de consultas, e 30,8% nunca recorreu a uma consulta de oftalmologia (Tabela 3).

**Tabela 3***Caracterização da amostra em função das variáveis clínicas e do tratamento*

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico (anos)</b>	< 10 anos	25	32,1
	De 11 a 20 anos	45	57,7
	> 21 anos	8	10,3
	Total	78	100
<b>Problemas de saúde</b>	Não	32	41,0
	Sim	46	59,0
	Total	78	100
<b>Acompanhamento Psicológico</b>	Não	64	82,1
	Sim	14	17,9
	Total	78	100
<b>Familiar com Diabetes Mellitus</b>	Não	22	28,2
	Sim	56	71,8
	Total	78	100
<b>Medicação oral</b>	Não	12	15,4
	Sim	66	84,6
	Total	78	100
<b>Insulina</b>	Não	44	56,4
	Sim	34	43,6
	Total	78	100
<b>Controlo de Glicémia</b>	Não	8	10,3
	Sim	70	89,7
	Total	78	100
<b>Níveis de Glicémia</b>	Bons	27	34,6
	Mais ou Menos	43	55,1
	Maus	8	10,3
	Total	78	100
<b>Internamento devido à Diabetes Mellitus</b>	Não	61	78,2
	Sim	17	21,8
	Total	78	100
<b>Consulta de oftalmologia</b>	Não	24	30,8
	Sim	54	69,2
	Total	78	100

A maioria dos participantes (97,4%) demonstrou-se satisfeita ou muito satisfeita com as informações que tem sobre a doença e o tratamento (6,4% e 91% respetivamente), o mesmo foi verificado na satisfação com a qualidade dos serviços prestados no serviço de saúde, onde 92,3% dos participantes se declararam muito satisfeitos (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Caracterização da amostra em função da satisfação com a informação e a satisfação com qualidade dos serviços*

Variáveis		N	%
Satisfação com informação sobre a doença e tratamento	Muito Insatisfeito	1	1,3
	Insatisfeito	1	1,3
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	5	6,4
	Satisfeito	53	67,9
	Muito Satisfeito	18	23,1
	Total	78	100
Satisfação com qualidade dos serviços de saúde	Muito Insatisfeito	1	1,3
	Insatisfeito	3	3,8
	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	2	2,6
	Satisfeito	49	62,8
	Muito Satisfeito	23	29,5
	Total	78	100

Apesar de não ter sido possível recolher informação sobre critérios clínicos para todos os participantes, principalmente para os que eram seguidos no Centro de Saúde, consideramos importante apresentar os resultados obtidos. Relativamente ao Índice de Massa Corporal (IMC) denota-se que 46,2%, ou seja, a maior parte dos participantes, se encontra na fase de pré-obesidade, de salientar que 25,6% foi diagnosticado com obesidade, e apenas 11,5% tem um IMC considerado normal (Tabela 5).

**Tabela 5**

*Caracterização da amostra em função do IMC*

Variáveis		N	%
IMC	Normal	1	11,5
	Pré-obesidade	36	46,2
	Obesidade	20	25,6
	Total	65	83,3

Relativamente ao Colesterol LDL verificou-se que cerca de 30,8% têm valores elevados, 25,6% revelam valores Intermedios, e somente 12,8% apresentam valores classificados como normais (Tabela 6).

**Tabela 6**

*Caracterização da amostra em função do Colesterol LDL*

Variáveis	N	%
-----------	---	---

Colesterol LDL	Normal	10	12,8
	Intermédio	20	25,6
	Elevado	24	30,8
	Total	54	69,2

### 4.3. Material/Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste trabalho incluem um questionário sociodemográfico, a Escala de Autocuidados com a diabetes (Bastos, Severo & Lopes, 2007), e a versão portuguesa dos questionários *Hospital Anxiety and Depression Scale* (McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999) e da Escala de Apoio Social (Matos & Ferreira, 2000).

#### Questionário sociodemográfico

Com vista à caracterização sociodemográfica dos participantes, construiu-se um questionário para a recolha de informação, estando esta dividida em quatro categorias, sendo elas a informação geral, informação relativa à situação familiar, informação relativa à situação profissional e também informação relativa à condição clínica. Na primeira categoria estão incluídas as variáveis idade, sexo, nacionalidade, habilitações literárias e local de residência. Na segunda categoria estão incluídas as variáveis que dizem respeito ao estado civil, número de filhos, e se reside sozinho. Na terceira categoria estão incluídas as variáveis da situação profissional e se se encontra de baixa médica. Quanto à terceira categoria estão incluídas as variáveis do diagnóstico da sua doença, há quanto tempo é seguido nas consultas no hospital, se tem mais algum problema de saúde crónico, se tem algum tipo de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, se tem familiares com diabetes, se faz medicação oral e/ou injetável, regularidade do controlo da glicémia, se já esteve internado devido à diabetes, se já recorreu a alguma consulta de oftalmologia devido à diabetes, até que ponto está satisfeito com a informação que tem sobre a sua doença e o tratamento e até que ponto está satisfeito com a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que frequenta.

#### Escala de Atividades de Auto-cuidado com a Diabetes

A Escala de Atividades de Auto-cuidado com a Diabetes (EAAC) de Bastos, Severo e Lopes (2007) é uma medida multidimensional de autogestão da diabetes, com adequada fiabilidade teste-reteste, e evidência de validade e sensibilidade à mudança.

Mede indirectamente a adesão, através dos níveis de autocuidado, não avaliando a concordância com o regime prescrito. A sua aplicação permite identificar áreas de necessidades em cuidados de saúde e o planeamento de intervenções para a sua resolução, assim como avaliar o resultado dessas intervenções, medindo a mudança no comportamento

que se pretende modificar (Bastos, Severo e Lopes, 2007). O conhecimento da situação da adesão nos cuidados com a Diabetes será um contributo precioso para os profissionais de saúde, tanto na abordagem clínica como na educacional, mas também na procura e adequação de novas estratégias no tratamento e controlo desta doença (Bastos, Severo e Lopes, 2007).

A escala original é composta por um total de 19 itens, agrupados em seis dimensões: alimentação (dois itens referentes à alimentação em geral e três itens relativos à alimentação específica); exercício físico (dois itens); monitorização da glicemia (dois itens); medicação (um item ou a média de dois, em alternativa); cuidados com os pés (cinco itens); hábitos tabágicos (quatro itens). A escala é parametrizada em dias por semana em que os indivíduos apresentam determinado comportamento, variando o score de cada item entre 0 e 7. O *score* por dimensão resulta da média do número de dias dos itens que constituem a dimensão (Bastos, Severo e Lopes, 2007).

O questionário foi traduzido para a língua portuguesa e foi feita uma adaptação a nível cultural. Podemos denotar mudanças em alguns itens, nomeadamente no item relativo ao consumo de gorduras que foi subdividido nos dois aspetos que o especificavam (consumo de carne vermelhas e derivados gordos do leite), para obter uma maior clarificação da questão, dado serem dois aspetos culturalmente percebidos de forma distinta. Foram acrescentados, também, dois aspetos da dieta, que culturalmente fazem sentido: o consumo de pão acompanhando a refeição principal, e a mistura de alimentos do mesmo grupo de composição nutricional (com elevado nível de hidratos de carbono), como massa e batata, arroz e batata, no acompanhamento das refeições principais. Outros itens adicionais foram o consumo de álcool dentro e fora das refeições e, ainda, o consumo de doces e o uso de açúcar para adoçar bebidas, itens que se sabe estarem diretamente relacionados com o controlo da Diabetes e importantes no contexto dos hábitos dos Portugueses (Bastos, Severo e Lopes, 2007).

Para o estudo da consistência interna da escala EAAC foi calculado e utilizado o *alpha de Cronbach*, sendo esta uma das medidas mais utilizadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (ou itens). Este varia entre 0 e 1, considerando-se como com indicador de consistência interna ser superior a 0,8, sendo o valor obtido um limite inferior da consistência interna (Pestana & Gageiro, 2000). Assim, e sabendo-se que a adesão é multidimensional, avaliou-se a consistência interna de cada uma das dimensões no presente estudo e de acordo com a escala original. A subescala de alimentação geral, constituída por três itens, apresenta um  $\alpha$  de *Cronbach* de 0,35. A alimentação específica, constituída por sete itens e apresenta um  $\alpha=0,49$ . A atividade física, constituída por dois itens, apresenta um  $\alpha=0,74$ . Quanto à monitorização da glicémia, constituída por dois itens e apresentando um  $\alpha=0,78$ . No que diz respeito ao cuidado com os pés, este ponto é constituído por três itens e obteve-se um  $\alpha$  de *Cronbach* de 0,96. Nas dimensões medicamentos e hábitos tabágicos, optou-se por não se calcular o valor do *alpha de Cronbach*, uma vez que dentro da mesma dimensão existem diferentes formas de cotação dos itens. Assim, e segundo os valores

apresentados, podemos dizer que no geral e para a população em estudo encontramos uma boa consistência interna.

### ***Hospital Anxiety and Depression Scale***

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi construída com o objetivo primário de auxiliar os clínicos na identificação e reconhecimento do estado emocional do sujeito relacionado com a doença física (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses & Baltar, 2015), ou seja, avalia de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio. Este apesar de ter sido desenvolvido para ser utilizado nestes doentes, é na atualidade alargamento utilizado na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997).

A HADS foi traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999) para a população portuguesa e tem a denominação de Escala da Ansiedade e Depressão Hospitalar, tendo sido necessária uma adaptação ao nível do campo lexical e cultural.

Esta escala é composta por duas subescalas (escala de ansiedade e escala de depressão), que se encontra organizada em 7 itens em cada escala, existindo 4 respostas possíveis para cada item que são cotadas de 0 a 3, em que o valor de 0 aponta para uma menor gravidade e o valor de 3 para uma maior gravidade, sendo que as pontuações podem variar entre 0 e 21 para as duas subescalas. Quanto às pontuações globais indicam a presença ou ausência de ansiedade e depressão: valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, de 8 a 10 são considerados leves, de 11 a 15 são considerados moderados e de 16 a 21 são considerados elevados níveis de severidade. De mencionar que este é um questionário de autorresposta que leva 2 a 5 minutos a ser respondido (Pais-Ribeiro *et al.*, 2015).

Quanto aos coeficientes de *alfa de Cronbach* variam entre 0,75 a 0,90 na subescala ansiedade e entre 0,75 a 0,85 na subescala da depressão (Sousa, 2003).

### **Escala de Apoio Social**

A Escala de Apoio Social (EAS) foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Matos e Ferreira (2000). Esta pretende estudar os aspetos funcionais do apoio social, avaliando a disponibilidade percebida de apoio emocional, instrumental e informativo. É uma escala de autorresposta o que permite obter uma medida do grau em que o individuo avalia o seu apoio social, salientando o carácter de apoio social percebido.

A construção desta escala partiu da elaboração de uma série alargada de itens, que engloba um conjunto de 16 questões que permite cinco possibilidades de resposta, numa escala tipo *likert*, com a atribuição de uma pontuação de 1 a 5, em que 5 corresponde a níveis mais elevados de Apoio Social, exceto os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 que, pela forma como estão formulados, são cotados inversamente (Amorim e Coelho, 2008).

Os itens agrupam-se em três fatores ou dimensões que são mais frequentemente associados a este constructo teórico: apoio informativo; apoio emocional; e apoio instrumental (Amorim e Coelho, 2008). Os resultados do estudo sugerem que as subescalas do questionário de avaliação de Apoio Social, aplicadas à amostra de indivíduos com Diabetes *Mellitus* tipo 2 em estudo apresentam um valor de alfa de *Cronbach* aceitável, entre 0,61 e 0,80 (Amorim & Coelho, 2008). Assim, no presente estudo, o alpha de *Cronbach* relativo à dimensão apoio informativo, que é constituída por seis itens, é de 0,88. Quanto à dimensão do apoio emocional, constituída por cinco itens, o  $\alpha$  de *Cronbach* é de 0,62. E no que diz respeito ao apoio instrumental, constituído por cinco itens, o  $\alpha=0,70$ . Deste modo, e segundo os valores apresentados, podemos dizer que no geral e para a população em estudo encontramos uma boa consistência interna.

#### 4.4. Procedimentos

O projeto de investigação foi submetido e aprovado pela Comissão de ética do Centro Hospitalar Cova da Beira e do Centro de Saúde da Covilhã, tendo a recolha de dados decorrido de Fevereiro a Maio de 2015 nas mesmas instituições. Os utentes foram convidados a participar enquanto esperavam por uma consulta de Diabetologia, tendo-se procedido à leitura e assinatura do consentimento informado antes da passagem dos questionários. Importa referir que todas as recolhas se iniciaram com o esclarecimento dos objetivos do estudo a cada participante, e com a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados. Em todo o processo de recolha dos dados foi feita uma abordagem individual, realizada de forma presencial, de forma a facilitar o preenchimento bem como o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir ao longo do preenchimento do protocolo.

Depois de reunidos os dados necessários, foi construída uma base de dados no programa de análise de dados qualitativos, utilizando o *software Stastical Package for Social Science* versão 21.0 (SPSS) para o Windows, no qual foi tratada e analisada toda a informação recolhida.

Depois de feita a caracterização da amostra, foram calculados os totais das escalas e verificada a normalidade destas variáveis. O estudo inferencial dos dados permitiu verificar e validar ou não os objetivos de investigação formulados e concretizar os objetivos de análise.

No sentido de analisar a relação estatística entre as variáveis categóricas, recorreu-se ao teste de independência do Qui-quadrado, considerando que as variáveis em análise são independentes, para um intervalo de confiança de 95%. Portanto, se o valor de  $p$  obtido for igual ou superior a 0.05 ( $p \geq 0.05$ ) considera-se que as diferenças entre os valores observados e os valores esperados não são significativamente diferentes e, portanto as variáveis não se relacionam, caso o contrário aconteça, ou seja, o valor ser inferior a 0.05 ( $p < 0.05$ ) considera-se que as diferenças entre os valores observados e os valores esperados são significativamente diferentes, querendo com isto dizer que as variáveis se relacionam (Pestana & Gageiro, 2008).

Para testar a correlação entre as dimensões das diferentes escalas recorreu-se ao Teste de Correlação de *Spearman*. Para comparar os valores médios da escala de autocuidado da diabetes e da escala do suporte social foram utilizados os testes não paramétricos de *Mann-Whitney* (para uma comparação entre dois grupos) e o teste de *Kruskal-Wallis* (para a comparação entre três ou mais grupos), tendo sido utilizados estes testes, uma vez que as duas escalas não seguiam uma distribuição normal.

## Capítulo V - Apresentação dos resultados

No presente capítulo são expostos os resultados deste estudo. Começa-se por fazer uma análise descritiva dos resultados nos diferentes instrumentos de avaliação e o seu cruzamento com as variáveis sociodemográficas. Passa-se depois para a análise estatística das relações entre variáveis, com base nos objetivos apresentados anteriormente.

### 5.1. Análise descritiva da EAAC e relação com variáveis sociodemográficas

No que diz respeito ao estudo do autocuidado na diabetes, e mais propriamente no que concerne aos resultados obtidos na Escala de Atividades de Autocuidado com a diabetes, verificamos que apenas a dimensão alimentação específica apresenta uma distribuição normal (Tabela 7). A estatística descritiva desta Escala revelou que o cuidado com os pés foi a dimensão de autocuidado com uma média superior de adesão ( $M=6.19$ ;  $DP=1.62$ ), seguindo-se a monitorização da glicémia ( $M=5.33$ ;  $DP=2.23$ ), a toma da medicação ( $M=5.23$ ;  $DP=1.36$ ) e a alimentação geral ( $M=4.39$ ;  $DP=1.65$ ). Por outro lado, a dimensão atividade física ( $M=2.46$ ;  $DP=2.60$ ) foi a que revelou uma menor adesão. A dimensão alimentação específica avalia o número de dias em que o doente transgrediu os cuidados alimentares recomendados aos pacientes com diabetes, pelo que o baixo valor obtido revela alguma adesão a esses cuidados ( $M=1.91$ ;  $DP=1.22$ ) sendo de destacar que esta dimensão avalia o número de dias em que o doente cometeu erros alimentares (Tabela 7).

**Tabela 7**

*Média, desvio padrão e teste de normalidade das dimensões da Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes (EAAC)*

	Média	DP	Kolmogorov-Smirnov*	
			Statistic (df)	Sig.
Alimentação Geral	4.39	1.65	.165	.000
Alimentação Específica	1.91	1.22	.091	.179
Atividade Física	2.46	2.60	.213	.000
Monitorização Glicémica	5.33	2.23	.310	.000
Cuidado com os Pés	6.19	1.62	.421	.000
Medicamentos	5.23	1.36	.352	.000

\*Com correção de Lilliefors

Procedeu-se depois ao estudo da EAAC em função das variáveis sociodemográficas: género, idade, ter ou não filhos, tomar ou não insulina, outros problemas de saúde, controlo da glicémia e anos de diagnóstico.

No que diz respeito à análise das dimensões de autocuidado em função do género, foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres apenas em relação à alimentação específica ( $Z=-3.808$ ;  $p<.05$ ) (Tabela x). Nesta dimensão verificamos que foram os homens que registaram valores médios superiores (Mean Rank=48.30), tendo as mulheres apresentado valores médias inferiores (Mean Rank=28.69). Nas restantes dimensões da EAAC não foram observadas diferenças significativas nos valores médios de adesão em relação ao género (Tabela 8).

**Tabela 8**

*Diferenças em função do género - teste de Mann-Whitney*

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig. (2-tailed)
<b>Alimentação Geral</b>	Masculino	43	38.31	1647.50	-.520	.603
	Feminino	35	40.96	1433.50		
	Total	78				
<b>Alimentação Específica</b>	Masculino	43	48.30	2077.00	-3.808	<b>.000</b>
	Feminino	35	28.69	1004.00		
	Total	78				
<b>Atividade Física</b>	Masculino	43	38.73	1665.50	-.343	.732
	Feminino	35	40.44	1415.50		
	Total	78				
<b>Monitorização Glicémica</b>	Masculino	43	37.90	1629.50	-.755	.450
	Feminino	35	41.47	1451.50		
	Total	78				
<b>Cuidado com os Pés</b>	Masculino	43	39.23	1687.00	-.148	.882
	Feminino	35	39.83	1394.00		
	Total	78				
<b>Medicamentos</b>	Masculino	43	39.83	1712.50	-.165	.869
	Feminino	35	39.10	1368.50		
	Total	78				

No que diz respeito à análise das dimensões de autocuidado em função da idade, não foram observadas diferenças significativas, mas encontra-se um valor perto da significância na dimensão medicação ( $Z=-1.926$ ;  $p<.05$ ), tendo verificado que são os participantes com idades entre os 49 e os 65 anos que apresentam valores mais elevados de adesão (Mean Rank=44,16) (Tabela 9).

**Tabela 9***Diferenças em função do grupo etário - teste de Mann-Whitney*

	Idade	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig. (2-tailed)
<b>Alimentação Geral</b>	49 anos até 65	35	39.79	1392.50	-.102	.919
	66 anos até 85	43	39.27	1688.50		
	Total	78				
<b>Alimentação Específica</b>	49 anos até 65	35	39.90	1396.50	-.141	.888
	66 anos até 85	43	39.17	1684.50		
	Total	78				
<b>Atividade Física</b>	49 anos até 65	35	35.17	1231.00	-1.575	.115
	66 anos até 85	43	43.02	1850.00		
	Total	78				
<b>Monitorização Glicêmica</b>	49 anos até 65	35	40.37	1413.00	-.334	.739
	66 anos até 85	43	38.79	1668.00		
	Total	78				
<b>Cuidado com os Pés</b>	49 anos até 65	35	42.31	1481.00	-1.267	.205
	66 anos até 85	43	37.21	1600.00		
	Total	78				
<b>Medicamentos</b>	49 anos até 65	35	44.16	1545.50	-1.926	<b>.054</b>
	66 anos até 85	43	35.71	1535.50		
	Total	78				

Quanto à análise das dimensões de autocuidado em função de ter ou não filhos, não foram observadas diferenças significativas, mas encontra-se um valor perto da significância entre a dimensão alimentação específica ( $Z=-1.908$ ;  $p<.05$ ), tendo-se verificado que são os participantes que não têm filhos que apresentam valores mais elevados nesta dimensão, revelando um maior número de dias em que transgridem as regras alimentares (Mean Rank=55,07) (Tabela 10).

**Tabela 10***Diferenças em função de ter ou não filhos - teste de Mann-Whitney*

	Filhos	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig. (2-tailed)
<b>Alimentação Geral</b>	Não	7	47.64	333.50	-1.011	.312
	Sim	71	38.70	2747.50		
	Total	78				
<b>Alimentação Específica</b>	Não	7	55.07	385.50	-1.908	<b>.056</b>
	Sim	71	37.96	2695.50		
	Total	78				
<b>Atividade Física</b>	Não	7	42.93	300.50	-.434	.664

	Sim	71	39.16	2780.50		
	Total	78				
<b>Monitorização Glicémica</b>	Não	7	34.79	243.50	-.628	.530
	Sim	71	39.96	2837.50		
	Total	78				
<b>Cuidado com os Pés</b>	Não	7	37.57	263.00	-.302	.762
	Sim	71	39.69	2818.00		
	Total	78				
<b>Medicamentos</b>	Não	7	31.64	221.50	-1.131	.258
	Sim	71	40.27	2859.50		
	Total	78				

No que se refere ao tipo de tratamento, especificamente à toma ou não de insulina, verificou-se que os doentes que tomam insulina foram os que registaram maiores níveis de adesão à alimentação geral (Mean Rank=45.29; Z=-2.014; p<.05) (Tabela 11). Da mesma forma que foram os doentes que tomam insulina que registaram valores mais elevados de adesão à monitorização da glicémia (Mean Rank=51.69; Z=4.548; p<.05), bem como maiores níveis de adesão à medicação (Mean Rank=54.97; Z=-6.233; p<5). Nas restantes dimensões do autocuidado não foram observadas diferenças significativas.

**Tabela 11**

*Diferenças em função de tomar ou não insulina - teste de Mann-Whitney*

	Insulina	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig. (2-tailed)
<b>Alimentação Geral</b>	Não	44	35.02	1541.00	-2.014	<b>.044</b>
	Sim	34	45.29	1540.00		
	Total	78				
<b>Alimentação Específica</b>	Não	44	39.93	1757.00	-.192	.848
	Sim	34	38.94	1324.00		
	Total	78				
<b>Atividade Física</b>	Não	44	43.55	1916.00	-1.856	.064
	Sim	34	34.26	1165.00		
	Total	78				
<b>Monitorização Glicémica</b>	Não	44	30.08	1323.50	-4.548	<b>.000</b>
	Sim	34	51.69	1757.50		
	Total	78				
<b>Cuidado com os Pés</b>	Não	44	38.91	1712.00	-.336	.737
	Sim	34	40.26	1369.00		
	Total	78				
<b>Medicamentos</b>	Não	44	27.55	1212.00	-6.233	<b>.000</b>

Sim	34	54.97	1869.00
Total	78		

No que diz respeito aos problemas de saúde, verificou-se que os doentes que não têm outros problemas de saúde foram os que registaram maiores resultados na alimentação específica (Mean Rank=45.70; Z=-2.019; p<.05), revelando uma menor adesão aos cuidados específicos com a alimentação. Verificamos, por outro lado, que são estes doentes que não têm outros problemas de saúde que registam maiores valores de adesão à medicação (Mean Rank=45.19; Z=-2.174; p<.05). Nas restantes dimensões de autocuidado não foram observadas diferenças significativas relativamente aos problemas de saúde (Tabela 12).

**Tabela 12**

*Diferenças em função da presença ou não de outros problemas de saúde - teste de Mann-Whitney*

	Problemas de Saúde	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig. (2-tailed)
<b>Alimentação Geral</b>	Não	32	37.81	1210.00	-.557	.578
	Sim	46	40.67	1871.00		
	Total	78				
<b>Alimentação Específica</b>	Não	32	45.70	1462.50	-2.019	.043
	Sim	46	35.18	1618.50		
	Total	78				
<b>Atividade Física</b>	Não	32	35.44	1134.00	-1.366	.172
	Sim	46	42.33	1947.00		
	Total	78				
<b>Monitorização Glicémica</b>	Não	32	42.50	1360.00	-1.062	.288
	Sim	46	37.41	1721.00		
	Total	78				
<b>Cuidado com os Pés</b>	Não	32	41.67	1333.50	-.904	.366
	Sim	46	37.99	1747.50		
	Total	78				
<b>Medicamentos</b>	Não	32	45.19	1446.00	-2.174	.030
	Sim	46	35.54	1635.00		
	Total	78				

No que se refere à análise das dimensões de autocuidado em função dos anos de diagnóstico, foram considerados três grupos: os doentes que foram diagnosticados há menos de 10 anos; os doentes que foram diagnosticados há pelo menos 11 anos e até 20 anos; e os doentes que sabem do diagnóstico há mais de 20 anos. O teste de Kruskal-Wallis permitiu

confirmar a existência de diferenças significativas na dimensão monitorização da glicémia ( $X^2(2)=18.761$ ;  $p<.05$ ), sendo os resultados superiores nos doentes que têm conhecimento da doença há mais anos (há mais de 20 anos) (Mean Rank=57.50). Também se verificaram diferenças significativas na dimensão medicação ( $X^2(2)=6.470$ ;  $p<.05$ ), sendo superior também nos doentes que têm conhecimento da doença há mais anos (há mais de 20 anos) (Mean Rank=52.81). Nas restantes dimensões da EAAC não foram observadas diferenças significativas nos valores médios de adesão entre os três grupos com diferentes tempos de diagnóstico (Tabela 13).

**Tabela 13**

*Diferenças da EAAC em função dos anos de diagnóstico - teste de Kruskal-Wallis*

	Anos de Diagnóstico	N	Mean Rank	$X^2$ (df)	Sig.
<b>Alimentação Geral</b>	< 10 anos	25	36.64	1.104 (2)	.576
	[11-20[ anos	45	39.93		
	>= 20 anos	8	46.00		
	Total	78			
<b>Alimentação Específica</b>	< 10 anos	25	42.70	.787 (2)	.675
	[11-20[ anos	45	38.29		
	>= 20 anos	8	36.31		
	Total	78			
<b>Atividade Física</b>	< 10 anos	25	44.86	2.676 (2)	.262
	[11-20[ anos	45	37.84		
	>= 20 anos	8	32.06		
	Total	78			
<b>Monitorização da Glicémia</b>	< 10 anos	25	25.84	18.761 (2)	.000
	[11-20[ anos	45	43.89		
	>= 20 anos	8	57.50		
	Total	78			
<b>Cuidado com os Pés</b>	< 10 anos	25	39.96	.561 (2)	.755
	[11-20[ anos	45	40.03		
	>= 20 anos	8	35.06		
	Total	78			
<b>Medicamentos</b>	< 10 anos	25	33.38	6.470 (2)	.039
	[11-20[ anos	45	40.53		
	>= 20 anos	8	52.81		
	Total	78			

## 5.2. Análise descritiva da EAS e relação com variáveis sociodemográficas

No que diz respeito ao estudo do apoio social, e mais propriamente no que concerne à Escala de Apoio Social (EAS), que avalia a disponibilidade percebida de apoio social, verificamos que as três dimensões não apresentam uma distribuição normal (Tabela 14). Assim a estatística descritiva revelou que o apoio informativo foi a dimensão de apoio com uma média superior (M=22.60; DP=5.57), seguindo-se o apoio instrumental (M=20.36; DP=4.26), sendo que o apoio emocional revelou o valor mais baixo de todas as dimensões (M=19.01; DP=4.02) (Tabela 14).

**Tabela 14**

*Média, desvio padrão e teste de normalidade das dimensões da Escala de Apoio Social (EAS)*

	Média	DP	Kolmogorov-Smirnov*	
			Statistic (df)	Sig.
Apoio Informativo	22.60	5.57	.111	.019
Apoio Emocional	19.01	4.02	.103	.038
Apoio Instrumental	20.36	4.26	.201	.000

\*Com correção de Lilliefors

Procedeu-se a uma análise comparativa do instrumento em função das variáveis sociodemográficas: ter ou não filhos, presença de outros problemas de saúde e níveis de glicémia.

No que se refere ao ter ou não filhos, verificou-se que os doentes que não têm filhos foram os que registaram maiores níveis de apoio emocional (Mean Rank=55.79; Z=-2.005; p<.05). Não se tendo observado diferenças significativas relativamente às restantes dimensões (Tabela 15).

**Tabela 15**

*Diferenças na EAS em função de ter ou não filhos - teste de Mann-Whitney*

	Filhos	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig. (2-tailed)
Apoio Informativo	Não	7	50.07	350.50	-1.299	.194
	Sim	71	38.46	2730.50		
	Total	78				
Apoio Emocional	Não	7	55.79	390.50	-2.005	.045
	Sim	71	37.89	2690.50		
	Total	78				
Apoio Instrumental	Não	7	53.79	376.50	-1.768	.077
	Sim	71	38.09	2704.50		
	Total	78				

No que se refere aos problemas de saúde, verificou-se que os doentes que não têm outros problemas de saúde foram os que registaram maiores níveis de apoio informativo (Mean Rank=47.19; Z=-2.508;  $p < .05$ ). Não se tendo observado diferenças significativas relativamente às restantes dimensões (Tabela 16).

**Tabela 16**

*Diferenças na EAS em função de ter ou não outros problemas de saúde - teste de Mann-Whitney*

	Problemas de Saúde	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig. (2-tailed)
Apoio Informativo	Não	32	47.19	1510.00	-2.508	.012
	Sim	46	34.15	1571.00		
	Total	78				
Apoio Emocional	Não	32	43.84	1403.00	-1.420	.156
	Sim	46	36.48	1678.00		
	Total	78				
Apoio Instrumental	Não	32	41.05	1313.50	-.508	.611
	Sim	46	38.42	1767.50		
	Total	78				

Relativamente aos grupos formados pelos níveis de glicémia, verificou-se que o apoio instrumental revelou diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2(2)=11.702$ ;  $p < .05$ ), sendo superior nos doentes que revelam bons níveis de glicémia (Mean Rank=48.31), não se tendo observado diferenças significativas relativamente às restantes dimensões (Tabela 17).

**Tabela 17**

*Diferenças na EAS em função dos níveis de glicémia - teste de Kruskal-Wallis*

	Níveis de Glicémia	N	Mean Rank	$\chi^2$ (df)	Sig.
Apoio Informativo	Bons	27	43.37	2.196	.334
	Mais ou Menos	43	38.80		
	Maus	8	30.19		
	Total	78			
Apoio Emocional	Bons	27	46.13	4.770	.092
	Mais ou Menos	43	37.48		
	Maus	8	28.00		
	Total	78			
Apoio Instrumental	Bons	27	48.31	11.702	.003
	Mais ou Menos	43	37.95		
	Maus	8	18.06		

Total	78
-------	----

### 5.3. Relações entre as escalas de autocuidado (EAAC), de apoio social (EAS) e de ansiedade e depressão (HADS)

Através do teste de correlação de *Spearman* foram analisadas as correlações entre as diferentes dimensões do autocuidado (Tabela 18). Foi observada uma correlação positiva e altamente significativa entre as dimensões medicação e monitorização glicêmica ( $r=.398$ ;  $p<.01$ ), demonstrando que o aumento da adesão a uma das dimensões de autocuidado implica valores superiores de adesão à outra. A monitorização da glicemia revelou igualmente uma correlação positiva, sendo esta fraca, com a alimentação geral ( $r=.268$ ;  $p<.05$ ), sugerindo que aumentando o autocuidado com a monitorização da glicémia, aumenta também o autocuidado com a alimentação geral. Não se verificam correlações significativas entre as restantes dimensões (Tabela 18).

**Tabela 18**

*Correlações de Spearman entre as dimensões da Escala de atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC)*

		AG	AE	AF	MG	CP	M
<b>Alimentação</b>	$R_s$	-.109	1.000				
<b>Específica</b>	Sig. (2-tailed)	.342	.				
	N	78	78				
<b>Atividade</b>	$R_s$	.001	-.040	1.000			
<b>Física</b>	Sig. (2-tailed)	.991	.730	.			
	N	78	78	78			
<b>Monitorização</b>	$R_s$	<b>.268*</b>	-.204	.109	1.000		
<b>Glicémica</b>	Sig. (2-tailed)	.018	.073	.340	.		
	N	78	78	78	78		
<b>Cuidado com os Pés</b>	$R_s$	.159	.067	.149	.048	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.165	.561	.193	.676	.	
	N	78	78	78	78	78	
<b>Medicamentos</b>	$R_s$	.200	.120	-.200	<b>.398**</b>	.095	1.000
	Sig. (2-tailed)	.079	.296	.079	.000	.407	.
	N	78	78	78	78	78	78

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Através do teste de correlação de *Spearman* foram também analisadas as correlações entre o autocuidado (EAAC) e os níveis de depressão e ansiedade medidos pela HADS. Foi

observada uma correlação negativa significativa entre a depressão e a atividade física ( $r=-.264$ ;  $p<.05$ ) o que indica que quando aumentam os sintomas de depressão a atividade física diminui. Verificou-se ainda uma outra correlação negativa com valor significativo entre a depressão e o cuidado com os pés ( $r=-.395$ ;  $p<.01$ ), sugerindo que quanto maiores forem os níveis de depressão menor vai ser o cuidado com os pés. Estas foram as únicas correlações significativas observadas entre as dimensões do autocuidado e a escala de depressão. Entre as dimensões de autocuidado e a escala de ansiedade não foram observadas correlações significativas (Tabela 19).

**Tabela 19**

*Correlações de Spearman entre as dimensões da EAAC com as dimensões da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*

		Escala de Depressão	Escala de Ansiedade
Alimentação Geral	$R_s$	-.052	-.040
	Sig. (2-tailed)	.651	.730
	N	78	78
Alimentação Específica	$R_s$	.000	-.101
	Sig. (2-tailed)	.999	.381
	N	78	78
Atividade Física	$R_s$	<b>-.264*</b>	-.211
	Sig. (2-tailed)	.020	.064
	N	78	78
Monitorização da Glicémia	$R_s$	-.033	.004
	Sig. (2-tailed)	.771	.973
	N	78	78
Cuidado com os Pés	$R_s$	<b>-.395**</b>	-.214
	Sig. (2-tailed)	.000	.060
	N	78	78
Medicamentos	$R_s$	-.025	.077
	Sig. (2-tailed)	.828	.505
	N	78	78

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Através do teste de correlação de *Spearman* foram analisadas as correlações entre o autocuidado e os diferentes tipos de apoio social (informativo, emocional e instrumental), medidos pela EAS. Foi observada uma correlação positiva e significativa entre o apoio informativo e a alimentação geral ( $r=.227$ ;  $p<.05$ ), o que indica que o aumento do apoio informativo do doente faz aumentar a adesão à alimentação geral. Também se verificou uma

correlação positiva e significativa entre o apoio informativo e o cuidado com os pés ( $r=.271$ ;  $p<.05$ ), sugerindo que com o aumento do apoio informativo, maior será também o autocuidado com os pés.

Foram ainda verificadas outras duas correlações, uma delas uma correlação positiva e significativa entre o apoio emocional e a alimentação geral ( $r=.248$ ;  $p<.05$ ), o que indica que com o aumento do apoio emocional o autocuidado com a alimentação geral também aumenta. A outra correlação, e última, foi encontrada entre o apoio emocional e o cuidado com os pés ( $r=.237$ ;  $p<.05$ ), sugerindo que o aumento do apoio emocional percebido pelo doente faz aumentar o cuidado com os pés. Entre o autocuidado e o apoio instrumental não foram observadas correlações significativas (Tabela 20).

**Tabela 20**

*Correlações de Spearman entre a Adesão aos Autocuidados e o Apoio Social (EAS)*

		Apoio Informativo	Apoio Emocional	Apoio Instrumental
<b>Alimentação Geral</b>	$R_s$	<b>.227*</b>	<b>.248*</b>	.029
	Sig. (2-tailed)	.046	.029	.798
	N	78	78	78
<b>Alimentação Específica</b>	$R_s$	.120	.175	.037
	Sig. (2-tailed)	.297	.126	.750
	N	78	78	78
<b>Atividade Física</b>	$R_s$	-.069	-.044	.123
	Sig. (2-tailed)	.547	.700	.285
	N	78	78	78
<b>Monitorização da Glicémia</b>	$R_s$	.034	.040	-.105
	Sig. (2-tailed)	.768	.730	.361
	N	78	78	78
<b>Cuidado com os Pés</b>	$R_s$	<b>.271*</b>	<b>.237*</b>	.164
	Sig. (2-tailed)	.016	.037	.152
	N	78	78	78
<b>Medicamentos</b>	$R_s$	.147	.084	-.154
	Sig. (2-tailed)	.198	.464	.179
	N	78	78	78

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Foram também analisadas as correlações entre as diferentes dimensões do apoio social, recorrendo ao teste de correlação de *Spearman* (Tabela 21). Foi observada uma correlação positiva e altamente significativa entre o apoio emocional e o apoio informativo

( $r=.772$ ;  $p<.01$ ), demonstrando que com o aumento do apoio informativo aumenta também o apoio emocional percebido. O apoio instrumental revelou igualmente uma correlação positiva e significativa com o apoio informativo ( $r=.414$ ;  $p<.01$ ), sugerindo que aumentando o apoio informativo, aumenta também o apoio instrumental. Verificou-se ainda uma correlação positiva e significativa entre o apoio instrumental e o apoio emocional ( $r=.467$ ;  $p<.01$ ), demonstrando que com o aumento do apoio emocional o apoio instrumental também aumenta.

**Tabela 21**

*Correlações de Spearman entre as dimensões da Escala de Apoio Social (EAS)*

		Apoio Informativo	Apoio Emocional	Apoio Instrumental
Apoio Emocional	$R_s$	.772**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.000	.	
	N	78	78	
Apoio Instrumental	$R_s$	.414**	.467**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
	N	78	78	78

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Através do teste de correlação de *Spearman* foram analisadas as correlações entre os diferentes tipos de apoio social e os níveis de depressão e ansiedade medidos pela HADS. Foi observada uma correlação negativa e significativa entre a depressão e o apoio informativo ( $r=-.268$ ;  $p<.05$ ), o que indica que o apoio informativo percebido diminui quando aumentam os sintomas de depressão. Verificou-se também uma outra correlação negativa com valor significativo entre a depressão e o apoio emocional ( $r=-.246$ ;  $p<.05$ ), sugerindo que quanto maiores forem os níveis de depressão menor é o apoio emocional percebido. Ainda relativamente à depressão, verificou-se outra correlação negativa entre esta e o apoio instrumental ( $r=-.283$ ;  $p<.05$ ), o que indica que ao aumentarem os níveis de depressão diminui também o apoio instrumental percebido pelo doente.

Por fim, verificou-se uma correlação negativa significativa entre a ansiedade e o apoio instrumental ( $r=-.320$ ;  $p<.01$ ), sugerindo que quando diminui o apoio instrumental os níveis de ansiedade aumentam. A escala de ansiedade não revelou mais nenhuma associação significativa com as restantes dimensões da EAS (Tabela 22).

**Tabela 22**

*Correlações de Spearman entre a EAS e a HADS*

		Escala de Depressão	Escala de Ansiedade
Apoio Informativo	$R_s$	-.268*	-.088

	Sig. (2-tailed)	.018	.443
	N	78	78
<b>Apoio Emocional</b>	$R_s$	<b>-.246*</b>	-.216
	Sig. (2-tailed)	.030	.058
	N	78	78
<b>Apoio Instrumental</b>	$R_s$	<b>-.283*</b>	<b>-.320**</b>
	Sig. (2-tailed)	.012	.004
	N	78	78

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)



## Capítulo VI - Discussão

Um maior desenvolvimento científico e tecnológico, bem como o envelhecimento populacional têm contribuído para o aumento da esperança de vida. As alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam necessariamente doença se bem que a probabilidade do seu aparecimento aumenta com a idade devido à vulnerabilidade aos processos patológicos (Patrão, 2011). Por outro lado, a um nível mundial verifica-se um risco cada vez maior no desenvolvimento de doenças crónico-degenerativas, que originam metade das mortes prematuras, em homens e mulheres com menos de 65 anos e onde se inclui a Diabetes *Mellitus* tipo 2. Sendo a DM uma perturbação metabólica permanente e dinâmica, a consciencialização para um regime alimentar cuidado e individualizado, o exercício físico regular, a manutenção do peso o mais próximo possível do normal, a autovigilância da glicemia e a administração da medicação e/ou insulina de forma correta, seriam a forma ideal para manter este tipo de indivíduos com maior longevidade e qualidade de vida (Patrão, 2011). Porém a literatura permite verificar uma falta de adesão generalizada nos doentes com diabetes, o que é mais evidente em determinadas atividades de autocuidado (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006).

No que diz respeito à amostra final deste trabalho, esta foi constituída por 78 pacientes com diabetes tipo 2 seguidos no Centro Hospitalar Cova da Beira e do Centro de Saúde da Covilhã, com uma média de idades de 66 anos, e na grande maioria com diagnóstico de diabetes há mais de 10 anos. Em termos clínicos, destaca-se que 71,8% tinham peso excessivo, sendo pré-obesos ou obesos e também os níveis de colesterol, em que a maioria revela valores que se situam no intermédio e no elevado (56,4%). Quanto ao controlo de glicémia, de salientar o facto de 89,7% referirem fazer o controlo regularmente, e 55,1% revelarem que os níveis de glicémia se encontram mais ou menos. Um estudo de Holmstrom e Rosenqvist (2005) encontrou também um número baixo de doentes com um bom controlo da glicémia, justificando os autores que esta carência de controlo pode ser devido à instrução ineficaz, falta de adesão da pessoa e ausência de suporte.

No que se refere às variáveis satisfação com a qualidade do serviço de saúde e satisfação com a qualidade dos serviços de saúde, na primeira foi possível verificar que 67,9% dos doentes da consulta de Diabetologia, ou seja, a maioria encontra-se satisfeita quanto à informação que lhes é transmitida pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), sobre a doença e o tratamento que têm que seguir. O mesmo se verifica no que respeita à segunda variável, satisfação com a qualidade dos serviços de saúde, onde 62,8% se mostrou igualmente satisfeito. Segundo Guimarães (2009) os doentes satisfeitos, têm tendência para cumprir mais adequadamente o regime terapêutico, procuram manter a atividade, de uma maneira global estes sentem-se melhor com o seu estado de saúde, tendencialmente recomendam os serviços de saúde que frequentam. Deste modo, a satisfação dos doentes no que diz respeito ao seu

tratamento é um indicativo de qualidade nas instituições de saúde (Neves, 2002 *cit in* Azenha, 2014).

A análise descritiva dos resultados na EAAC mostrou uma boa adesão nas áreas respetivas à monitorização da glicémia e da medicação, porém os resultados na alimentação geral e principalmente na atividade física e no cuidado com os pés mostraram algumas dificuldades de adesão nestas duas dimensões. A literatura corrobora os dados obtidos, referindo que a prática de exercício físico revela uma baixa adesão, enquanto que a adesão à medicação se revela sempre superior (Gomides, Villas-Boas, Coelho & Pace, 2013).

Relativamente às atividades de autocuidado com a diabetes observaram-se diferenças significativas em termos de género no que se refere à alimentação específica, tendo sido observados valores superiores nos doentes do sexo masculino, estes valores traduzem uma menor adesão por parte dos homens a esta dimensão, isto é, um maior número de erros alimentares (e.g., “*Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)*”, “*Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhado da refeição do almoço ou jantar*”). O estudo de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) não corrobora este resultado, não tendo encontrado diferenças significativas relativamente ao género no que respeita ao autocuidado e adesão ao tratamento.

Quanto à idade, os doentes entre os 49 e os 65 anos (a faixa etária mais baixa da amostra) foram os que registaram valores médios superiores no que diz respeito à medicação, revelando uma melhor adesão aos medicamentos nesta faixa etária. Segundo Oliveira e Pereira (2012), este facto não se tem verificado em estudos anteriores sobre a adesão, salientando que existe uma maior probabilidade de sujeitos mais velhos terem um maior controlo no que diz respeito à toma da medicação, bem como uma maior eficácia no cuidado com a alimentação e um melhor controlo da glicémia.

Verificámos que os doentes que não têm filhos demonstraram valores mais elevados em relação à alimentação específica, o que revela que têm um menor autocuidado no que diz respeito a este tipo de alimentação. Um estudo de Bicudo (1997), que envolveu pessoas diabéticas com idades superiores a 40 anos, identificou que a falta de adesão ou baixo autocuidado da diabetes normalmente estava associado ao baixo suporte social familiar, como é o caso de pessoas que não têm filhos que forneçam esse tipo de apoios, principalmente no que diz respeito à alimentação específica.

Quanto às diferenças no autocuidado com a diabetes entre os doentes que tomam insulina e os que fazem outro tipo de medicação, verificamos que os doentes que tomam insulina registaram valores superiores no que respeita à alimentação geral, à monitorização da glicémia e à medicação, sugerindo que os doentes que tomam insulina têm um maior autocuidado com a sua alimentação, maior adesão à monitorização da glicémia e à toma de medicação. Este resultado está associado ao maior rigor que o tratamento com insulina exige, com a necessidade de monitorizar os níveis de glicémia para ajustar a dose de insulina. Na literatura é referido que, por parte de pessoas com diabetes, se verifica a crença de que a medicação e o controlo glicémico é mais importante do que a alimentação para o controlo da

diabetes, e de a pessoa diabética considerar mais fácil tomar a medicação prescrita do que incluir no seu dia-a-dia mudanças no seu estilo de vida ao qual esta patologia exige, visto que nesta investigação verificamos uma preocupação de forma igualitária a estes três aspetos (Neves, 2014).

Já no que diz respeito ao facto de os participantes terem ou não outro tipo de problemas de saúde associado, verificou-se que os doentes que não revelam outro tipo de problemas de saúde registaram valores superiores quanto à medicação e à alimentação específica, o que sugere que estes revelam maior adesão relativamente à medicação, mas menor autocuidado quanto à alimentação específica, ou seja, cometem mais transgressões ao nível dos cuidados com a alimentação.

Quanto aos anos de diagnóstico conseguimos confirmar que existem diferenças significativas em relação à monitorização da glicémia e à medicação, demonstrando que são os doentes que têm conhecimento na doença há mais tempo (há mais de 20 anos) têm um maior autocuidado nestas duas dimensões. Estes resultados são corroborados por um estudo desenvolvido por Ribeiro (2010), em que os resultados demonstraram que quanto maior é a duração da doença, maior é a adesão aos autocuidados com a diabetes, pois ao longo do tempo que os pacientes têm a doença vão aprofundando os seus conhecimentos sobre a mesma, o que pode contribuir para uma melhor monitorização da diabetes.

Segundo a literatura, uma boa rede de suporte é essencial para as mudanças comportamentais que são necessárias para o controlo da diabetes, bem como para atingir os objetivos de tratamento a longo prazo. Por outro lado, a responsabilidade pelo autocuidado da doença é do próprio doente, sendo a informação que lhes é prestada, principalmente pelos profissionais de saúde, fundamental para a adesão às atividades de autocontrolo da diabetes, bem como o suporte social familiar (Funnell, 2004).

O Suporte Social é considerado como tendo um papel central na manutenção da saúde do indivíduo com diabetes, funcionando como protetor em relação a situações adversas, as implicações que esta doença implica no quotidiano do indivíduo, facilitando a adaptação a situações de crise emocional, podendo ainda ter um papel na adesão a um regime terapêutico (Amorim & Coelho, 2008). Notamos nesta investigação que existe um maior enfoque nos apoios informativo e emocional por parte dos participantes, o que reflete a importância destes dois no autocuidado com a diabetes. Segundo os resultados obtidos numa meta-análise realizada, existem evidências sólidas de que o apoio social tem efeitos substanciais na adesão do paciente à terapêutica, variando de acordo com os diferentes tipos de apoio social (DiMatteo, 2004).

Quanto à análise descritiva dos resultados na EAS esta mostrou a existência de uma boa perceção de apoio nas áreas referentes ao apoio informativo e apoio emocional, contudo os resultados quanto ao apoio instrumental mostraram não ter perceção de apoio nesta dimensão.

Verificamos que os doentes que não têm outros problemas de saúde são os que revelam valores mais elevados no apoio informativo, sugerindo que são os que recebem mais

informação importante sobre o controlo da doença, o que os ajudou a fazerem as alterações necessárias na sua vida evitando o surgimento de outros problemas associados. Para Wong *et al.* (2005), e relativamente ao apoio informativo, os profissionais de saúde representam um papel muito importante quanto ao incentivo para o autocuidado, de modo a facilitar a mudança do estilo de vida, dando apoio psicológico e social, devendo nesse processo, ser envolvida a família para um maior fortalecimento no apoio físico e emocional, ajudando no cuidado.

Já no que diz respeito aos níveis de glicémia, verificou-se que os valores são superiores nos doentes que revelam bom apoio instrumental, o que sugere que são estes doentes que têm uma maior ajuda por parte de outros em relação à estabilização dos níveis de glicémia, bem como na diminuição da sobrecarga em relação a estas tarefas.

As pessoas com diabetes devem ser sistematicamente estimuladas a adotar estilos de vida saudáveis, o que inclui a educação relativamente à alimentação, à medicação, aos cuidados a ter com os pés e à prática regular de atividade física, pois não é possível um bom controlo da doença sem a conjunção de todos estes fatores (Rossi, 2005).

Relativamente à relação existente entre o autocuidado e os diferentes tipos de apoio social, verificaram-se valores positivos e significativos entre o apoio informativo e a alimentação geral, sugerindo que o aumento do apoio informativo do doente faz aumentar os cuidados gerais com a sua alimentação. Verificamos também uma relação positiva entre o apoio informativo e o cuidado com os pés, o que sugere que com o aumento da informação parece conduzir a uma maior adesão ao autocuidado com os pés. Foi ainda verificada uma relação entre o apoio emocional percebido e a alimentação geral, o que indica que com o aumento do apoio emocional o cuidado com a alimentação também aumenta, ou seja, o doente cumpre as recomendações gerais para uma alimentação mais saudável. Por fim foi encontrada uma relação entre o apoio emocional e o cuidado com os pés, sugerindo que o aumento do apoio emocional do doente faz também aumentar o autocuidado com os pés.

De forma geral, os resultados indicam que quanto maior for a perceção de apoio social maior será a adesão aos autocuidados com a diabetes, resultados estes que corroboram a literatura. Dio *et al.* (2003) e Lerman (2005) referem que um adequado apoio social e familiar, bem como o facto de se sentir cuidado e valorizado pelos outros, parece promover o bem-estar emocional, sendo um aspeto importante para uma boa adaptação à doença e à adesão ao tratamento.

Diante do diagnóstico de diabetes *mellitus* e do tratamento, são recorrentes sentimentos de ansiedade e depressão, o que dificulta o desempenho dos papéis de autocuidado (Filho, Rodrigues e Santos, 2008). Se bem que grande parte dos estudos (longitudinais e transversais), não encontrem evidências de problemas psicológicos graves em pessoas com este tipo de diagnóstico (Silva, 2010).

Quanto aos resultados encontrados neste estudo, é importante referir que não foi observada nenhuma correlação estatisticamente significativa quanto à sintomatologia ansiosa com o autocuidado com a diabetes. No entanto, verificou-se uma associação entre o

autocuidado e os níveis de depressão, tendo sido observada uma relação negativa significativa entre a depressão e a atividade física, indicando que quando aumentam os sintomas de depressão os níveis de atividade física diminuem. Verificou-se ainda uma outra relação negativa com valor significativo entre a depressão e o cuidado com os pés, sugerindo que quanto maiores forem os níveis de depressão menor vai ser o cuidado de vigilância com os pés. Segundo Filho, Rodrigues e Santos (2008), a forma como os portadores desta doença reagem diante da mesma interfere no desempenho do autocuidado, podendo acarretar a depreciação da autoimagem, o isolamento social, a destruturação do núcleo familiar e consequentemente o não cumprimento do autocuidado.

Foram também analisadas as relações entre os diferentes tipos de apoio social e os níveis de depressão, tendo-se observado uma relação negativa e significativa entre a depressão e o apoio informativo, o que indica que quando a depressão aumenta a percepção de apoio informativo diminui. Verificou-se também uma outra relação negativa com valor significativo entre a depressão e o apoio emocional, sugerindo que maiores níveis de depressão estão associados a uma menor percepção de apoio emocional. Ainda relativamente à depressão, verificou-se outra relação negativa entre esta e o apoio instrumental, o que indica que ao aumentarem os níveis de depressão diminui o apoio instrumental. Por fim, verificou-se uma relação negativa significativa entre a ansiedade e o apoio instrumental, sugerindo que um apoio instrumental está associado a maiores níveis de ansiedade.

Nagelkerk *et al.* (2006) que refere que a sintomatologia ansiosa e depressiva é bastante elevada na população diabética, o que contribuiu bastante para o surgimento de mais complicações. Se bem que grande parte dos estudos (longitudinais e transversais), não encontram evidências de problemas psicológicos graves (Silva, 2010). De referir que um estudo sobre a influência das variáveis psicossociais na gravidade do estado de ânimo depressivo, realizado por Nunes (2005), mostra que quanto melhor o apoio social, menos grave é a sintomatologia depressiva expressa pelos doentes, o que está de acordo com os nossos resultados.

## Principais Limitações

No que diz respeito às limitações desta investigação, e após a discussão dos resultados obtidos e da reflexão sobre os mesmos, é possível e torna-se necessário enumerar algumas encontradas ao longo deste estudo. Em primeiro lugar há que referir o facto de a amostra não possuir um número muito elevado de participantes, comparativamente à população que representa, os doentes com diabetes acompanhados no Centro Hospitalar Cova da Beira e no Centro de Saúde da Covilhã. Também de referir o tempo de aplicação do protocolo, que fazia com que não pudessem ser aplicados em maior número devido ao tempo que os participantes levavam a preenche-lo, cerca de 20 a 30 minutos. De mencionar o facto de grande parte dos participantes serem idosos e não existir a possibilidade do preenchimento dos protocolos ser

feito pelos mesmos, tendo que ser praticamente sempre aplicado pelos investigadores. Outra limitação prende-se com a recolha da amostra ter sido apenas feita com utentes em seguimento em consultas de Diabetologia residentes no distrito de Castelo Branco, maioritariamente do concelho da Covilhã, o que dificulta a generalização dos resultados para outros contextos ou áreas geográficas. Uma outra limitação a apresentar prende-se com a dificuldade em encontrar estudos comparativos que procedessem à análise do suporte social e o autocuidado em diabéticos. Pretendendo assim com este estudo dar resposta a este défice na investigação da relação entre o suporte social percebido pelos doentes e a adesão ao autocuidado.

Ainda no que diz respeito ao processo de aplicação, o facto de o questionário ser preenchido em papel pode ter dificultado a adesão de um maior número de doentes com diabetes, mas fez com que garantíssemos que os respondentes eram pacientes seguidos naquelas instituições de saúde e aceder a informação clínica junto do médico assistente.

## Conclusão

Levando em consideração a série de fatores que englobam o complexo controlo da Diabetes *Mellitus*, no que diz respeito à alimentação, à medicação, ao choque por que passa a pessoa diabética ao saber o diagnóstico, bem como a sua família, os dados encontrados neste estudo tiveram como objetivo contribuir para aprofundar o conhecimento sobre a influência que tem o apoio social na adesão ao autocuidado na diabetes. Os resultados permitiram verificar que parte dos participantes, dependendo de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, apresenta níveis não muito elevados de autocuidado relativamente à diabetes, sendo os piores níveis de adesão verificados no que diz respeito à alimentação geral, à atividade física e ainda no cuidado com os pés.

Também denotamos que o suporte social percebido pelo doente está associado ao comportamento do autocuidado desempenhado pelos participantes, como podemos confirmar com os resultados do presente estudo, pois quando os participantes revelam um apoio social percebido maior, essencialmente no que diz respeito ao apoio informativo e emocional, também os níveis de autocuidado com a diabetes, quanto aos cuidados com a alimentação geral e no cuidado com os pés, aumentam. São vários os estudos que têm vindo a referir os efeitos positivos que este fator tem na saúde para as pessoas com doença crónica, como é o caso da diabetes, em que a quantidade e qualidade do apoio social percebido se encontram associados com variáveis, como os níveis de glicémia, o facto de ter ou não outros problemas de saúde e também em função de ter ou não ter filhos.

Deste modo, torna-se cada vez mais evidente que o tratamento médico é só uma das faces da ajuda para o controlo da doença. O acesso dos doentes com DM a um suporte psicossocial adequado, fazendo com que fiquem mais capacitados para gerir a doença de forma mais efetiva e consistente, o que pode vir a contribuir para melhorar a gestão e o controlo da doença, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida.

Podemos constatar a existência de uma vasta proporção de estudos acerca desta temática sobre a adaptação dos doentes com diabetes ao regime terapêutico e sobre a adesão aos autocuidados. Mesmo assim, existem pontos que não têm um grande aprofundamento por parte dos investigadores, e que seria importante perceber, como é o caso da perspectiva dos familiares e/ou cuidadores dos doentes com DM sobre a adesão terapêutica.

Por fim, é importante realçar a importância da promoção do autocuidado com a diabetes, devido à sua gravidade, fazendo-o de forma simples e adequada às características dos doentes, por forma a alcançar níveis de glicémia controlados, prevenindo o aparecimento de complicações agudas e crónicas. Nesta área destaca-se a construção de uma boa relação entre os profissionais de saúde e o doente, como fonte de suporte informativo, instrumental e

também emocional, o que ficou demonstrado melhora a adesão do doente às atividades de autocuidado.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, P. (2004). *Impacto dos fatores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1* [Tese de Doutoramento]. Universidade do Minho, Braga.
- Almeida, T. & Sampaio, F. (2007). Stress e Suporte Social em Familiares de Pessoa com Paralisia Cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1),145-151.
- Amorim, I. & Coelho, R. (2008). Diabetes *mellitus* tipo2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doença*, 9(2), 319-333.
- Amorim, M. (2009). *Para lá dos números... Aspectos psicossociais e qualidade de vida do individuo com diabetes mellitus tipo 2* [Tese de Doutoramento]. Universidade do Porto: Portugal.
- Azenha, C. (2014). *Qualidade de vida e satisfação com o tratamento em diabéticos tipo II* [Tese de Mestrado]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: aspectos teóricos y aplycaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores
- Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.
- Bennett, D. (1994). Depression Among Children with Chronic Medical Problems: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 19(2), 149-169.
- Bicudo, S. (1997). Diabetes mellitus tipo II e o suporte social familiar: suas relações com o controle da doença [Tese de Mestrado]. Universidade Federal do Espírito Santo.
- Bishop, G. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Upper Saddle River: Allyn and Bacon.
- Brannon, L. & Fiest, J. (2001). *Psicologia de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Center for Managing Chronic Disease (s.d). Retirado de: <http://cmcd.sph.umich.edu/diabetes.html>
- Correia, C.S.L. (2007). *Adesão e Gestão do Regime terapêutico em diabéticos tipo 2* [Tese de Mestrado]. Universidade Aberta: Lisboa.

- Dias, E., Wanderley, J., & Mendes, R. (2002). Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar (2ªEd.). Campinas: UNICAMP.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- DiMatteo, M. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Healthy Psychology*, 23(2), 207-218.
- Filho, C., Rodrigues, W. & Santos, R. (2008). Papéis de autocuidado - subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes *mellitus*. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), 125-129.
- Funnell, M. (2004). Overcoming obstacles: collaboration for change. *European Journal of Endocrinology*, 151, 19-22.
- Giorgi, D. (2006). *Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo*. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 47-50.
- Gomes-Villas Boas, Santos, Foss-Freitas & Pace (2009). A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes *mellitus*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 390-396
- Gomes-Villas Boas, L., Foss, M., Freitas, M. & Pace, A. (2012). Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), páginas.
- Gomides, D., Villas-Boas, L., Coelho, A. & Pace, A. (2013). Autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 289-293.
- Grilo, M., Sousa, C. & McIntyre, T. (2008). Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *Revista Brasileira em promoção da saúde*, 21(4), 281-289.
- Guimarães, M. (2009). *Satisfação do Utente e qualidade Apercebida - Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar* [Tese de Mestrado]. Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Gusmão, J. & Júnior, D. (2006). Adesão ao tratamento - conceitos. *Revista Brasileira Hipertensão*, 13(1), 23-25.
- Haynes, R., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. & Yao, X. (2008). *Interventions for Enhancing Medication Adherence*. The Cochrane Database of Systematic Reviews.

- Helgeson, V., Snyder, P. & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology, 23*(1), 3-15.
- 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.
- Holmstrom, I., & Rosenqvist, U. (2005). Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing, 49*(2), 146-154.
- Leite, S. & Vasconcellos, M. (2003). Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. *Ciência e Saúde Colectiva, 8*(3), 775-782.
- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. *Archives of Medical Research, 36*, 300-306. México.
- Machado, M. (2009). *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. [Tese de Mestrado]. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho: Braga.
- Maldaner, C., Beuter, M., Brondani, C., Budó, M. & Pauletto, M. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crónica: o doente em terapia hemodiálítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 29*(4), 647-653.
- Malta, J. (2011). *Diabetes: percepção da doença e auto-cuidado* [Tese de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa: Lisboa.
- Marcon, S., Radovanovic, C., Waidman, M., Oliveira, M. & Sales, C. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crónica de saúde. *Florianópolis, 14*, 116-124.
- Mattos, M. & Maruyama, S. (2009). A experiência em família de uma pessoa com diabetes *mellitus* e em tratamento por hemodiálise. *Revista Eletrónica de Enfermagem, 11*(4), 971-981.
- Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of advanced nursing, 151*-158.
- Nascimento do Ó, M. & Loureiro, I. (2007). Adesão ao regime terapêutico da diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes, 2*(2), 18-21.

- Neves, M. (2014). *Adesão ao regime terapêutico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2: importância dos conhecimentos e da motivação* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Nunes, M. (2005). *Apoio Social na Diabetes*. *Millenium*, 31, 135-149.
- Observatório Nacional de Diabetes (2014). *Diabetes Factos e Números*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Oliveira, V. & Gomes, W. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crónicas. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 459-469).
- Oliveira, D. & Pareira, M. (2012). Representações da doença, ajustamento conjugal e adesão aos auto-cuidados e controlo metabólico em diabéticos tipo 2. *Revista Interamericana de Psicologia*, 46(3), 357-364.
- 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), 312-319.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2015). Validation study of Portuguese version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Patrão, M. (2011). *Auto-eficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo2 insulino tratadas* [Tese de Mestrado]. Universidade de Coimbra.
- Péres, D., Santos, M., Zanetti, M. & Ferronato, A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1105-1112.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramos, L., Ferreira, L. & Najjar, E. (2014). Efeitos de automonitorização sobre indicadores emocionais e adesão ao tratamento do diabetes. *Psicologia, Saúde & Doença*, 15 (3), 567-585.
- Ribas, C. (2013). *Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes mellitus*. [Tese de Doutorado], Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto.

- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Ribeiro, M. (2010). *Suporte social e adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2* [Tese de Mestrado]. Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Rocha, R. (2001). *Riscos de ulcerações nos pés: perfil de um grupo de diabéticos do tipo 2* [Tese de Mestrado]. Universidade Federal da Bahia: Salvador.
- Rossi, V. (2005). *Suporte social familiar no cuidado das pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2* [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto.
- Rossi, V., Pace, A. & Hayashida, M. (2009). Apoio familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis*, 2 (3), pág.
- Sarason, I. (1988). Social Support, personality and health. M. P. Jenisse (Ed.), *Individual Differences, Stress and health Psychology*, 7 (pp109-112). New York: Springer-Verlog.
- 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.
- Serra, A.V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3ªed.). Coimbra: Minerva.
- 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 crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doença*, 4(1), 21-32.
- Silva, F. & Correa, I. (2006). Doença crónica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. *Revista Min. Enfermagem*, 10(1), 18-23.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência*, 2(2), 34-41.
- Silva, I. (2010). *Psicologia da Diabetes*. Lisboa: Placebo Editora.
- Silveira, L., Ribeiro, V. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 91-104.

- Simões, M. (2012). *O diabético tipo 2 e a adesão ao regime terapêutico* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R. & Santos, C. (2011). *Coping e adesão ao regime terapêutico. Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 151-160.
- Sutton, S., Baum, A. & Johnston, M. (2004). *The Sage handbook of health psychology*. Londres: Sage Publications.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E. & Monteiro, E. (2007). *Adesão nos Doentes Transplantados. Acta Médica Portuguesa*, 20 (1), 73-85.
- Toljamo, M., Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 780-786.
- Torres, R., Fernandes, J. & Cruz, E. (2007). Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(2/3), 61-70.
- Vilhena, E., Pais Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Martins da Silva, A. & Mendonça, D. (2014). Fatores psicossociais preditores de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doença*, 15(1), 220-233.
- Xavier, A., Bittar, D. & Ataíde, M. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, 18 (1), 124-130.
- Zanetti, M., Otero, L., Freitas, M., Santos, M., Guimarães, F., Couri, C., Péres, D., Ferronato, A., Dal Sasso, K. & Barbieri, A. (2006). Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 19(4), 253-60.
- Zanetti, M., Biaggi, M., Santos, M., Péres, D. & Teixeira, C. (2008). O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (2), 186-192.
- Wallston, K. (1992). Hocus-Pocus, the Focus Isn't Strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Theory and Research*, 16(2), 183-199.
- Wen, L., Shepherd, M. & Parchman, M. (2004). Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 30(6), 980-993.
- WHO (2002). *Cuidados Inovadores para Doenças Crónicas. Componentes Estruturais da Acção. Relatório Mundial de Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental.*

- WHO (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organization, (13), pp. 107-114.
- Wong, F., Mok, M., Chan, T. & Tsang, M. (2005). Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 391-402.
- World Health Organization (2015). Programa de Diabetes: Sobre diabetes. [http://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/en/index1.html](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/en/index1.html)



# Anexos