

Marília Veigas Ribeiro

Suporte Social e Adesão ao Tratamento em Indivíduos com diabetes tipo 2

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2010

Marília Veigas Ribeiro

Suporte Social e Adesão ao Tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2010

Marília Veigas Ribeiro

Suporte Social e Adesão ao Tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, pela mestranda Marília Veigas Ribeiro, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Silva.

Porto, 2010

Resumo

O presente estudo exploratório correlacional teve como objectivos analisar: (1) As relações entre as variáveis demográficas, a adesão aos auto-cuidados com a diabetes e a satisfação com o suporte social; (2) A relação entre as variáveis médicas (duração da doença, participação em grupos para a educação da diabetes, mudanças de hábitos no dia-a-dia), adesão aos auto-cuidados com a diabetes e a satisfação com o suporte social; (3) A relação entre a satisfação com o suporte social nas suas diferentes dimensões (satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais) e a adesão aos auto-cuidados com a diabetes nos seus vários domínios (hábitos alimentares, actividades física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés e toma da medicação). Foi avaliado uma amostra de conveniência de 106 indivíduos com diagnóstico diabetes tipo 2 com duração da doença que varia entre 2 a 276 meses ($M=81,12$; $DP=66,76$), dos quais 56,6% são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 39 e os 80 anos ($M=58,91$; $DP=12,84$), residentes na região norte de Portugal (distrito de Vila Real). Os doentes responderam a um questionário demográfico, ao Questionário de Adesão aos Auto-cuidados na Diabetes (desenvolvido para o presente estudo) e à Escala de Satisfação com o Suporte Social, num contexto de uma entrevista pessoal, após o seu consentimento informado. Os resultados da presente investigação sugerem que as variáveis demográficas e as variáveis médicas estão associadas a diferenças estatisticamente significativas quer na adesão ao auto-cuidado na diabetes quer satisfação com o suporte social. Verificou-se a existência de correlações significativas entre as variáveis sócio-demográficas, idade, duração da doença e o número de filhos com a adesão aos auto-cuidados, estando estas correlacionadas positivamente no entanto nas habilitações literárias correlacionam-se negativamente. Verificando-se também na associação das mesmas variáveis com a satisfação com o suporte social uma correlação positiva na idade e nas habilitações literárias uma correlação negativa. Conclui-se que a satisfação com o suporte social está, de forma geral relacionada com a adesão aos auto-cuidados com a diabetes e os resultados sugerem que os doentes com maior satisfação mostram maior adesão. Os principais resultados deste estudo realçam a importância de se privilegiar os aspectos psicossociais no atendimento da pessoa com diabetes, ao mesmo nível dos biológicos, pois estes poderão mostrar-se como um factor-chave para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Abstrat:

The aims of this exploratory correlational study were the following: (1) To analyse the relationship between the demographic variables, the participation rate in self-care programmes for diabetes and the satisfaction rate with the social support; (2) The relationship between the medical variables (duration of the illness, participation in diabetes education groups, a change in daily habits), the participation rate in diabetes self-care and the satisfaction rate with the social support, (3) the relationship between the satisfaction with the social support in its different dimensions(satisfaction with friends, intimacy, satisfaction with family and social activities) and the participation rate in diabetes self-care programmes in its various aspects (dietary habits, physical activity, monitoring of glycemia, caring for the feet and taking medication). A sample of 106 individuals diagnosed with type 2 diabetes was analysed with the duration of disease varying between 2 to 276 months ($M=81,12$; $DP=66,76$), of which 56.6% are female, with ages ranging from 39 to 80 years old ($M=58.91$; $DP=12.84$), all residents of the northern region of Portugal (district of Vila Real). The patients responded to a socio-demographic clinical questionnaire, the Questionnaire of Participation in the Diabetes Self-Care Programme (developed for the study) and to the Scale of Satisfaction with the Social Support, carried out through a personal interview, after informed consent. The results of the present study suggest that the demographic variables as well as the medical variables are associated with significant statistical differences whether in the rate of participation in the diabetes self-care programme or in the rate of satisfaction with the social support. There were significant positive correlations observed between the age, length of disease and the number of off-springs participating in the self-care programme; however, the level of education. The conclusion is that the rate of satisfaction with the social support is related in a general way with the participation rate in the diabetes self-care programme and the results suggest that the patients with a higher rate of satisfaction show a higher participation rate. The main results of this study highlight the importance of valuing the psychosocial aspects at the same level of the biological aspects when caring for people with diabetes, because these might prove to be a key factor in improving the health and quality of life of people with diabetes.

Resumé

L' étude présente que corrélational exploratoire avait comme objectif pour analyser les relation parmi les variables démographique, l' adhérence se soucie solennité avec au diabète et la satisfaction du support de l' assistance social; (2) la relation parmi le médical (la durée de la maladie, la participation dans des groupes pour l' enseignement du diabètes, changement d' habitude dans jour après jour) les variables, d' adhérence à le soucient solennité avec le diabète et sa satisfaction du support de l' assistance social;(3) la relation parmi la satisfaction du support de l' assistance social dans leur dimension différente (la satisfaction avec les amis, l' intimité, la satisfaction avec la famille et les activités diverse) et l' adhérence à se soucie solennité avec le diabète dans plusieurs domaines (les habitudes alimentaire, les activités physique, le moniteur de l' insuline, le soin des pieds et le prend de la médication . Un échantillon de la commodité de 106 individus a été évalué avec le diabète de diagnostic 2 avec la durée da la maladie qui varie parmi 2 à 276 mois ($M=81,12$; $DP=66,76$) dont 56,6% sont du sexe féminin avec des âges compris entre 39 et 80 ans ($M=58,91$; $DP=12,84$) résidants dans le secteur du nord du Portugal (quartier de Villa Real). Les patients ont répondu à un questionnaire démographique d' associé et clinique, au questionnaire d' adhérence dans le diabète (développé pour l' étude présente) et à l' échelle de satisfaction avec le support social, dans un contexte d' un entretien personnel, après son consentement informé. Les résultats de l' enquête présente suggère que les variable démographiques veulent dans l' adhérence au soin de solennité dans le diabète veulent la satisfaction du support social. L' existence de corrélations significatives à été vérifiée parmi l' âge, la durée de la maladie et le numéro d' enfants avec l' adhérence à se soucie solennité, étant ceux corrélés positivement. Cependant, les qualifications des mêmes variables avec la satisfaction de la fête supportent une corrélation positive avec l' âge et une corrélation négative avec les qualifications littéraires. Il est fini que la satisfaction du support social est, de la façon générale liée avec adhérence à se soucie solennité dans le diabète et les résultants suggèrent que les patients avec la plus grande satisfaction montrent la plus grande adhérence. Les résultants principaux de cette étude améliorent l' importance de favoriser les aspects psychique dans le service de la personne avec le diabète, au même niveau des biologiques, parce que l' on peut montrer ceux-ci comme une clé de facteur pour améliorer la santé et la qualité de vie des gens avec le diabète.

Dedicatória

Aos meus pais por todo o esforço e dedicação!

Ao meu avô Albertino, por tudo que sempre me ensinou e por tudo que para mim representa!

Agradecimentos

Durante a elaboração e concretização deste projecto contei com a colaboração de algumas pessoas sem as quais a Dissertação de Mestrado aqui apresentada, não teria sido possível. Na impossibilidade de agradecer a toda a gente, que de algum modo contribuiu para o resultado final, gostaria de deixar aqui o meu agradecimento especial a alguns.

Primeiramente, os meus agradecimentos vão para a minha orientadora do Centro de Saúde, à Doutora Marisa Borges pela sua confiança que em mim depositou, pelo acompanhamento da minha aprendizagem e pela sua inspiração e à minha orientadora da Faculdade à Professora Doutora Isabel Silva a sua total disponibilidade e apoio, as suas sugestões durante o estágio e no desenvolvimento da dissertação a sua ajuda foi preciosa.

Também desejo agradecer a todos os profissionais do centro de saúde II de Vila Real que comigo colaboraram e disponibilizaram a sua ajuda. À directora do Centro de Saúde Dr^a Maria João Serafino, agradeço a permissão para a realização do estudo conducente a esta dissertação de mestrado neste centro de saúde. À Enf. Elza agradeço a preciosa colaboração sem a qual a recolha de dados para esta investigação teria sido impossível.

Agradeço igualmente aos utentes que participaram neste estudo, sem o qual este trabalho não poderia ter sido concretizado.

O apoio, a disponibilidade de todos os meus colegas de curso. Em especial à Joana e a Vânia que sempre me acompanharam ao longo desta aventura académica, estando presente nos bons e maus momentos.

A todos os meus amigos de longos anos pela amizade e pelo carinho, obrigado pela compreensão pela falta de tempo.

Ao Ricardo por estar sempre presente, mesmo quando eu não estava, pelo apoio incondicional e sobretudo pela paciência

E, finalmente, mas não por último, é fundamental mencionar a minha família pelo seu apoio incondicional: os meus pais pela sua enorme ajuda, esforço e dedicação, o meu irmão Jorge pelo empenho e apoio perdendo horas a fio para me ajudar. Obrigado por tudo!

Lista de Abreviaturas

OMS- Organização Mundial de Saúde.

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

QACD- Questionários de Auto-Cuidados na Diabetes

Índice Geral

Resumo	i
Abstract	ii
Resumé	iii
Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Lista de Abreviaturas	vi
Índice de anexos	ix
Índice de quadros	ix
1-Introdução	1
Capítulo I – Diabetes	7
Capítulo II- Variáveis Psicológicas da Investigação	11
1.Adesão Terapêutica	12
1.1. Determinantes da adesão	14
1.2. Adesão ao Regime terapêutico na Diabetes tipo 2	17
1.3. Modelos e teorias da Adesão	23
1.1.3.A Teoria da Auto-determinação	24
1.1.4. A influência dos contextos na Motivação	25
1.1.5.A teoria da Auto-determinação na Saúde e na doença crónica	30
2. Suporte Social	32
2.1.Dimensões do Suporte Social	36
2.2. Suporte Social e a Saúde	38
2.3. Suporte Social e a Adesão ao Tratamento	38
2.4.A diabetes e o suporte social	40
3.Suporte Social e a Adesão diabetes	44
Capítulo III- investigação	49
1. Objectivos e variáveis do Estudo	50
2.Método.....	51
3.Participantes	51
4.Material.....	53
4.1. Questionário de Auto-Cuidados na diabetes	53

4.2.Escala de Satisfação com o Suporte Social	56
5.Procedimento	57
Capítulo IV- Resultados	60
Capítulo V- Discussão	75
Limitações do estudo	85
Considerações Finais	86
Bibliografia.....	89

Índice de Anexos

Anexo A “Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa”	
Anexo B “Autorização do Centro de Saúde nº II, Vila Real”	
Anexo C “Declaração de Consentimento”	
Anexo D “Questionário Sócio-Demográfico”	
Anexo E “Questionário de Auto-Cuidado da Diabetes”	
Anexo F “Escala de Satisfação com o Suporte Social”	

Índice de Quadros

Quadro 1: <i>Caracterização Sócio-Demográfica da amostra (N=106)</i>	52
Quadro 2: <i>Caracterização quanto á participação em grupos para a educação da diabetes e mudanças de hábitos no dia-a-dia dos participantes (N=106).</i>	53
Quadro 3: <i>Análise em componentes principais, com rotação Varimax</i>	55
Quadro 4: <i>Valores do alfa de Cronbach para as cinco subescalas.</i>	55
Quadro 5: <i>Valores do alfa de Cronbach para a escala total e para as quatro subescalas.</i>	57
Quadro 6: <i>Análise comparativa da Adesão ao Tratamento em função do sexo.</i>	61
Quadro 7: <i>Análise comparativa da Adesão ao Tratamento em função ao meio de residência</i>	62
Quadro 8: <i>Análise comparativa (ANOVA) da Adesão ao Tratamento em função do estado civil.</i>	62
Quadro 9: <i>Análise comparativa (ANOVA) da Adesão ao Tratamento em função das categorias situação profissional.</i>	63
Quadro 10: <i>Análise comparativa (ANOVA) da Adesão ao Tratamento em função da variável convivência.</i>	64
Quadro 11: <i>Análise comparativa da Adesão ao Tratamento em função da participação em grupos.</i>	64
Quadro 12: <i>Análise comparativa da Adesão ao Tratamento em função às mudanças no dia-a-dia.</i>	65
Quadro 13: <i>Análise correlacional entre a Adesão ao Tratamento e idade.</i>	66
Quadro 14: <i>Análise correlacional entre a Adesão ao Tratamento e habilitações literárias.</i>	66
Quadro 15: <i>Análise correlacional entre a Adesão ao Tratamento e duração da doença</i>	66
Quadro 16: <i>Análise correlacional entre a Adesão ao Tratamento e número de filhos.</i>	67
Quadro 17: <i>Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias da variável sexo.</i>	67
Quadro 18: <i>Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias meio de residência.</i>	68
Quadro 19: <i>Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias estado civil.</i>	68
Quadro 20: <i>Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias profissionais.</i>	69
Quadro 21: <i>Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias convivência.</i>	70

Quadro 22: <i>Análise comparativa da Satisfação com o Apoio Social em função da variável participação em grupos para a educação da diabetes.</i>	70
Quadro 23: <i>Análise comparativa da Satisfação com o Apoio em função da variável mudanças de hábitos no dia-a-dia.</i>	71
Quadro 24: <i>Análise correlacional entre a ESSI e suas dimensões com a idade.</i>	72
Quadro 25: <i>Análise correlacional entre a ESSI e suas dimensões com as habilitações literárias.</i>	72
Quadro 26: <i>Análise correlacional entre a ESSI e suas dimensões com a duração da doença.</i>	72
Quadro 27: <i>Análise correlacional entre a ESSI e suas dimensões com o número de filhos.</i>	73
Quadro 28: <i>Análise correlacional entre a ESSI e as dimensões do QACD.</i>	73
Quadro 29: <i>Análise correlacional entre as dimensões da ESSI e o QACD.</i>	74

“Ser Psicólogo....

*Quero, como psicólogo aprender a ouvir sem julgar, ver
sem me escandalizar e sempre acreditar no bem.*

Mesmo na contra-esperança, esperar.

*E quando falar, ter consciência do peso da minha
palavra, do concelho, da minha sinalização.*

*Que as lágrimas que diante de mim rolarem,
pensamentos, declarações e esperanças testemunhadas,
sejam segredos que me acompanhem até o fim...”*

Walmir Monteiro

Introdução:

A diabetes Mellitus como uma condição crónica de saúde.

A diabetes mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se num grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adopção de estilos de vida pouco saudáveis, caracterizados pelo sedentarismo e dieta inadequada, e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da diabetes em todo o mundo (Temprão, 2006). Trata-se de uma doença que assume características sistémicas que exigem da pessoa com diabetes uma mudança do seu estilo de vida e um constante desenvolvimento de competências de gestão, com vista ao equilíbrio metabólico, a partir da tríade farmacoterapia, alimentação e exercício físico (Neto, 2004). Em Portugal quase um milhão de pessoas têm diabetes. De acordo com o estudo desenvolvido pela Sociedade Portuguesa da Diabetologia, em conjunto com a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina de Coimbra e com o apoio da Direcção Geral da Saúde já atingimos o número de casos esperados só para 2025 ou seja 16 anos antes do que estava previsto (Mendes, 2009). Segundo Correia (2009), este crescimento de 6,5% da prevalência da diabetes, deve-se ao aumento da esperança de vida - a doença afecta sobretudo pessoas mais velhas.

A incidência e a prevalência da diabetes mellitus tipo 2, estão a aumentar, alcançando proporções epidémicas. As suas repercussões, tanto no que se refere à incapacidade, à mortalidade prematura, aos custos relacionados, aos tratamentos, complicações físicas e o impacto pessoal, familiar e social da doença, mostram a necessidade de uma educação sobre a diabetes, que vise desenvolver no indivíduo conhecimento, atitudes e habilidades necessárias para o desempenho do auto - controlo da doença.

A diabetes é considerada uma doença em expansão epidémica, sobretudo nos países desenvolvidos e industrializados. Esta doença constitui um grave problema de saúde pública, com elevados custos sociais e económicos. Estes custos estão associados com o aumento da morbilidade e mortalidade e também com as despesas de uma vigilância e terapêutica crónicas. Os custos e sofrimento pessoais relacionados com as complicações tardias não podem ser quantificados, no entanto, os custos económicos gastos em saúde com esta doença são muito elevados (Duarte, 2002).

Sendo a diabetes uma doença metabólica, crónica é importante abordar o conceito de “doença crónica”, que se refere a uma alteração do estado de saúde que (1) interfere com o funcionamento quotidiano por um período superior a 3 meses; ou (2) causa um período de hospitalização superior a um mês; ou (3) ocorrência simultânea de ambas as condições (Almeida, 2003). Barros (1999), acrescenta, ainda que as doenças crónicas são: indesejáveis; parcialmente controláveis ou incontroláveis; podem envolver redução do leque de opções sociais, ocupacionais, escolares, profissionais e familiares; podem implicar perdas permanentes e/ou temporárias de saúde e funcionalidade; podem abarcar perigo ou risco de vida.

As doenças crónicas podem surgir em qualquer idade e incluem um leque muito variado de doenças, como por exemplo, a artrite reumatóide, a epilepsia, a diabetes, entre outras. O tratamento deste tipo de patologias não implica uma cura, mas uma gestão quotidiana (Ribeiro, 1998).

O termo “condições crónicas”, de acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2003), engloba os problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem algum tipo de controlo.

Sob a perspectiva da saúde, já não é adequado considerar as condições crónicas como um problema isolado, nem tampouco incluí-las nas categorias de doença transmissíveis ou não transmissíveis. As condições crónicas constituem problemas de saúde que requerem controlo contínuo por anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, essas condições englobam uma categoria extremamente vasta de complicações que aparentemente poderiam não ter qualquer relação entre si (OMS, 2003).

A diabetes é uma doença crónica que se caracteriza por uma alteração do metabolismo das proteínas, gorduras e hidratos de carbono, resultante da incapacidade ou produção suficiente de insulina pelo pâncreas (Vásquez, Alegria & López, 2003).

Diversos processos patogénicos estão envolvidos no desenvolvimento da diabetes. Estes vão desde a destruição auto-imune das células beta do pâncreas, com consequente deficiência de insulina, até as anormalidades no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas na diabetes é a acção deficiente da insulina sobre os tecidos-alvo. A acção deficiente da insulina resulta da secreção inadequada e/ou respostas dos tecidos diminuídas à insulina em um ou mais pontos nas vias complexas da acção hormonal. A

deficiência de secreção de insulina e os efeitos na acção da insulina frequentemente coexistem na mesma pessoa, e ainda não está claro qual é a anormalidade se é que existe uma isolada e se é a causa primária da hiperglicemia (American Diabetes Association, 2004).

Diagnosticar o tipo de diabetes de que uma pessoa sofre geralmente depende das circunstâncias presentes na ocasião do diagnóstico, e muitas pessoas não se enquadram facilmente numa única classe (American Diabetes Association, 2005).

A hiperglicemia crónica está associada com danos a longo prazo, disfunção e insuficiência de vários órgãos, especialmente dos olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos (American Diabetes Association, 2005).

Apesar de se reconhecer que a diabetes é uma alteração metabólica pela falta absoluta ou relativa da secreção de insulina e/ou dificuldade da sua utilização pelos tecidos periféricos, vários outros factores podem contribuir para a regulação dos níveis glicémicos, como o estado nutricional, hábitos alimentares, actividade física, factores emocionais e como a pessoa e os seus familiares e amigos percebem a doença (American Diabetes Association, 2002).

Para que uma pessoa com diabetes consiga atingir e manter um bom controlo metabólico, é necessário que, diariamente, monitorize os níveis da glicemia capilar, controle a pressão arterial, peso corporal, faça o uso correcto dos medicamentos, tenha cuidado com os pés, pratique exercício físico, readapte a sua alimentação, entre outros cuidados, acarretando um stress físico e psicológico tanto para a própria pessoa como para os seus familiares (Martire et al, 2004).

Viver com diabetes significa ajustar-se à complexa reciprocidade entre as relações familiares, emoções, hábitos e controlo de glicemia. Essas mudanças, às vezes consideradas drásticas tanto no estilo de vida pessoal como familiar, só se tornam efectivas com a participação dos membros do núcleo familiar, objectivando a melhoria da qualidade de vida da pessoa com diabetes e a prevenção de complicações agudas e crónicas (Rossi, 2005).

A diabetes tem chamado a atenção de estudiosos na área da Psicologia da Saúde, especialmente em virtude da complexidade da busca de mudanças no estilo de vida do

doente, e da exigência de um tratamento que deverá ser executado durante toda a vida (Bezerra, Brazil, Ferreira, Ferreira & Nobre, 2006).

Segundo Gross (2004), o impacto do diagnóstico da diabetes na vida de uma pessoa pode trazer muito sofrimento e desajustes emocionais decorrentes da necessidade de modificar o estilo de vida em vigor até o momento do diagnóstico e das perspectivas de desenvolver complicações limitantes. Estes doentes enfrentam, desde o diagnóstico, mudanças importantes no estilo de vida, como mudanças nos hábitos alimentares e a realização de exercício físico regular. Além disso, necessitam de entender informações complexas para organizar o seu tratamento, sentindo-se ameaçados pela possibilidade de complicações futuras e pela possibilidade de morte prematura (Gross, 2004).

A realidade do cuidado com a diabetes é que 98% deste é provido pelo doente. Dessa maneira, o doente é o centro de controlo e de tomada de decisões no tratamento diário da diabetes, pelo que, esta pode ser considerada uma doença crónica auto-controlável (Anderson & Rubin, 2002).

O tratamento da diabetes exige a adopção de comportamentos de alguma complexidade que têm que ser assimilados na rotina diária. A sua abordagem terapêutica pode envolver além de medicamentos, uma série de mudanças no estilo de vida dos doentes (Santos & Costa, 2002). A cronicidade da patologia, associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do doente pode contribuir para a fraca adesão vulgarmente encontrada nas pessoas com diabetes (Cox & Golder-Frederick, 1992).

De acordo com a literatura, a taxa de adesão nas doenças crónicas tende a ser inferior à taxa nas doenças agudas (Bishop, 1994).

Segundo vários estudos feitos nas últimas décadas, as pessoas com diabetes dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não-adesão costumam variar entre os 40 e 90% (Golder-Frederick, Clark & Carter, 1988).

Medir adesão é um processo complicado, dado esta não ser, na maioria das vezes, passível de ser avaliada directamente. Este processo torna-se tanto mais complicado quanto mais complexo for o regime em relação ao qual pretendemos avaliar o fenómeno da adesão. Na diabetes, esta dificuldade aumenta face à complexidade do regime, que

envolve não apenas a administração de terapêutica farmacológica, mas sobretudo a mudança de comportamentos e estilos de vida. Acresce ainda o facto dos cuidados com a diabetes estarem centrados na responsabilidade e decisão de próprio e/ou familiares próximos (Basto, Lopes & Severo, 2007).

A diabetes deve de ser entendida como um problema global, ou seja, a ênfase não deve ser somente referente aos aspectos biológicos da doença, mas também as contribuições do estilo de vida e dos factores comportamentais para o desenvolvimento da diabetes (Clarck, 2002).

Para as pessoas que têm diabetes, o tratamento diário, os problemas emocionais associados com a doença e as ameaças de complicações limitantes têm um efeito importante no bem-estar físico, psicológico e social dos pacientes (Golder-Frederick, Clarck & Carter, 1992).

Além disso, as variáveis psicossociais têm um impacto importante no auto-cuidado e no sucesso do tratamento (Dunn, 1986). Daí ser importante fazer uma abordagem compreensiva na avaliação da adesão ao tratamento na diabetes tendo em conta o suporte social.

Segundo Silva (2006), a investigação sobre o apoio social na diabetes tem-se centrado principalmente sobre o efeito na adesão ao tratamento e no controlo glicémico.

Sabe-se actualmente que o suporte social que o diabético tem disponível pode ser uma mais-valia para o controlo da diabetes. Se o suporte social disponível não é satisfatório para o indivíduo diabético, a gestão da diabetes pode ficar comprometida, podendo levar ao aparecimento de uma série de complicações físicas, psicológicas e sociais (Correia, 2007).

A literatura sugere que as pessoas que possuem uma vasta rede de relações interpessoais demonstram maiores níveis de envolvimento nos regimes terapêuticos (Sousa, 2003).

Tendo em conta as várias características inerentes à diabetes mencionadas anteriormente e ao facto de nos últimos anos ter-se assistido a um aumento do interesse em relação aos aspectos psicossociais e à qualidade de vida das pessoas com diabetes. No presente estudo interessa-nos particularmente analisar a relação entre a satisfação

com o apoio social e a adesão ao tratamento em pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é apresentado o suporte teórico ao tema focado os aspectos clínicos e epidemiológicos da diabetes tipo 2, os factores psicossociais que intervêm nesta patologia, a adesão ao tratamento e o suporte social. Na segunda parte, procede-se à exposição dos aspectos metodológicos do presente estudo com a descrição dos resultados, a sua discussão, e finalmente, a conclusão tecendo-se algumas considerações, que possam ser importantes para estudos futuros e para a prática clínica.

CAPÍTULO I - DIABETES

Segundo a *American Diabetes Association* (1998), a diabetes é uma doença caracterizada pelo aumento do nível de glicemia no sangue, denominado hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção e/ou acção da insulina no organismo. A classificação da diabetes inclui quatro classes clínicas: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes. O estudo desenvolvido no presente trabalho foca apenas a diabetes tipo 2, tipo mais frequente da diabetes mellitus.

O pico do aparecimento da diabetes mellitus tipo 2 ocorre aos 60 anos de idade, sendo mais frequentemente diagnosticado após os 40 anos, podendo no entanto surgir antes (Silva, 2003).

A diabetes tipo 2 é decorrente de uma combinação de duas condições: (1) a deficiência na produção de insulina e (2) a resistência insulínica, ou seja, a dificuldade de acção da insulina principalmente nos músculos e fígado, dificultando a entrada da glicose nas células do organismo. O resultado é um aumento da glicose nas células do organismo, aumentando a taxa de glicose no sangue, produzindo uma hiperglicemia persistente (Franco, 2004). A diabetes tipo 2 é o tipo mais vulgar, atingindo aproximadamente 90% dos diabéticos, e ocorre mais tipicamente no adulto com obesidade. Surge habitualmente de forma silenciosa, frequentemente não dando qualquer sinal ou sintoma, pelo que quando é diagnosticada (por vezes em análises de rotina), poderá já ter alguns anos de evolução, podendo também existir já algumas complicações associadas.

As causas do seu aparecimento parecem estar relacionadas com uma tendência hereditária e com hábitos de vida menos saudáveis. A exacta etiologia da diabetes tipo 2 ainda é desconhecida, mas associa-se a uma forte predisposição genética e familiar, bem como com o estilo de vida e os factores ambientais presentes no dia-a-dia do indivíduo (Oliveira, 2004). A obesidade, o sedentarismo e uma alimentação incorrecta estão na base do aparecimento desta patologia. Outros factores de risco como a hipertensão, a hiperlipidémica, a diabetes gestacional, as doenças do pâncreas e as doenças endócrinas, podem aumentar a susceptibilidade à diabetes tipo 2 (American Diabetes Association, 2002; Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001).

A prevalência da diabetes tipo 2 aumenta com a idade, o grau de obesidade e sedentarismo do indivíduo (Oliveira, 2004).

Os objectivos fundamentais do tratamento da diabetes passam pela compensação ou controlo metabólico e consequente prevenção das complicações (hiperglicemia/hipoglicemia) e a prevenção ou o atraso das complicações crónicas que são uma ameaça lenta e progressiva na saúde do doente. O tratamento visa compensação metabólica e a normalização dos valores glicémicos ao longo do dia (American Diabetes Association, 2003a, 2003b).

Graça (2000) refere que a mudança no estilo de vida, o combate ao stress, a prática regular de exercício físico, o controlo periódico do peso e o combate à obesidade e ao sedentarismo, tornam-se medidas essenciais na prevenção e no controlo da diabetes tipo 2 e na prevenção das suas complicações.

Partindo da revisão da literatura, há vários estudos que confirmam esta ideia, de entre eles destacamos o estudo do “*Finish Diabetes Prevention Study*”, que teve como objectivo determinar como os efeitos da alteração dos estilos de vida nos doentes diabéticos podem prevenir ou atrasar o aparecimento da diabetes tipo 2. Os autores deste estudo estudaram 523 indivíduos com obesidade, com tolerância diminuída à glicose e com um estado de hiperglicemia. Aos indivíduos pertencentes ao grupo de controlo apenas lhe foi fornecida informação geral sobre a alimentação e exercício. O outro grupo de indivíduos foi submetido a uma intervenção sistemática, em que eram encorajados a reduzir o peso corporal, bem como a ingestão de lípidos e de gorduras saturadas e incentivados a aumentar a ingestão de fibras e à prática de exercício físico, de modo a modificar os seus estilos de vida. Os resultados finais demonstraram que neste último grupo, o risco da diabetes foi inferior em 58% comparativamente com o grupo controlo (Sousa, 2003).

É de unanimidade médica que as alterações no estilo de vida (restrição dietética e exercício físico) são duas das modalidades importantes no tratamento de pessoas com obesidade com diabetes tipo 2, pois parecem promover a insulinosensibilidade (Sousa, 2003).

Sendo a diabetes uma doença exigente quer do ponto de vista físico, quer psicológico, os factores psicossociais também se mostram relevantes para os eu tratamento. A investigação tem demonstrado que o impacto psicossocial desta doença é um dos cinco factores que melhor prevê a mortalidade e a morbilidade nos indivíduos

com diabetes, fazendo melhor até que muitas das variáveis clínicas e fisiológicas (Davis, Hess & Hiss, 1988).

CAPITULO II - VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS DA INVESTIGAÇÃO

1. Adesão terapêutica

O fenómeno da adesão ao regime terapêutico, definida como a extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta, ou à alteração de hábitos e estilos de vida, corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde, tendo merecido um grande enfoque da comunidade científica, nomeadamente médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, aqueles que mais de perto lidam com a problemática da não-adesão. Tendo sido tema de um encontro da Organização Mundial de Saúde, em 2001, tal é a magnitude do problema da não adesão e a sua importância nos cuidados de saúde.

De acordo com Haynes, McDonald, Garg e Montague (2003), a adesão ao regime terapêutico define-se como o grau de concordância dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto. Esta definição, abrangente e precisa, permite-nos perceber a complexidade e variedade de comportamentos que podem ser tratados enquanto fenómenos de adesão aos tratamentos (Delgado & Lima, 2001). Seguindo esta linha, O Adherence Project da OMS, no âmbito das doenças crónicas (como a diabetes) e da adesão aos tratamentos, adoptou a seguinte definição:

“The extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider” (WHO, 2003, p.3).

Esta definição enfatiza a importância da pessoa concordar com as recomendações dos prestadores de cuidados sejam eles médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos (WHO, 2003).

A adesão representa a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde (Brannon & Fiest 1997; Villa & Vinaccia, 2006). Um dos termos comumente associado a adesão compliance tem implícita uma relação em que o médico tem um papel de decidir o que é ou não ajustado, dando indicações ao doente que apenas se deve limitar a cumpri-las. Se este não as cumprir pode ser interpretado como um comportamento desviante.

A “adesão” Adherence, surge como um termo alternativo, em que o indivíduo tem a liberdade de decidir e se não cumprir, não será necessariamente culpado (Horne, 2000;

Turk & Meicheibaum, 1991). Implicando uma postura mais activa por parte do indivíduo na redução de comportamentos de risco e na promoção de hábitos saudáveis, resultando numa colaboração dinâmica e responsável do doente com o profissional de saúde (Amorós, et al., 2003).

Neto (2004), a adesão ao tratamento constitui um de 3 estádios do processo de participação no percurso terapêutico, inseridos no modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento. O primeiro estádio designa-se por **Concordância** (*Compliance*) e pode ser definido como a extensão da concordância com as prescrições médicas (na fase inicial). A característica essencial deste estádio é a confiança do indivíduo relativamente ao diagnóstico e tratamento de saúde instituído. O segundo estádio denomina-se **Adesão** (*Adherence*) e neste o utente continua o tratamento com que concordou com uma vigilância limitada, mesmo em situações conflituosas que limitam o seguimento do tratamento. Finalmente, o terceiro e último estádio designa-se **Manutenção** (*Maintenance*), e neste o utente continua a implementar o tratamento sem vigilância, de forma incorporada no seu estilo de vida.

No decorrer destes estádios, o indivíduo vai desenvolvendo e adquirindo controlo, que o levará à autonomia. Deste modo, a intervenção deve incidir sobre a estabilização do comportamento no terceiro estádio (Ribeiro, 2005).

Segundo esta perspectiva, a adesão implica, assim, um papel activo do indivíduo no planeamento e implementação do seu tratamento (Myers & Midence, 1998). Para Silva e Ribeiro (2000), o tratamento da diabetes requer que o indivíduo percorra este caminho e se mantenha no estádio da manutenção.

A adesão ao tratamento é um fenómeno multidisciplinar resultante da interacção conjunta de diversos factores, como os socioeconómicos, as características da doença, o tratamento e o doente (OMS, 2003).

Ao falarmos em adesão no contexto de saúde, temos de falar na adesão comportamental, que reflecte os comportamentos relacionados com a saúde (deixar de fumar, fazer exercício, fazer dieta, etc), e na adesão médica, que se relaciona especificamente com a medicação. Os benefícios da adesão geralmente considerada parecem ser alguns, encontrando-se geralmente relacionados com a prevenção da recaída, com o alívio dos sintomas, melhoria da percepção da recaída, com o alívio dos

sintomas, melhoria da percepção do estado de saúde, diminuição da morbidade e mortalidade e redução dos internamentos (Dunbar-Jacob & Schlenk, 1996).

Vários estudiosos se têm debruçado sobre o tema da adesão terapêutica, mas esta continua a ser um problema, pois estima-se que 40% dos indivíduos não cumprem as recomendações médicas (Alfonso & Abolo, 2004).

Nos países desenvolvidos calcula-se que o grau de adesão à terapêutica nas doenças crónicas seja de 50% e nos países em vias de desenvolvimento e subdesenvolvidos este número é mais baixo (Bugalho & Carneiro, 2004; Heynes, 2006). A adesão a qualquer tipo de tratamento que implique algum grau de escolha é muito reduzida. Apenas 60% dos doentes manifestam disponibilidade de seguir totalmente o tratamento proposto e este número vai reduzindo à medida que aumenta a complexidade do tratamento (Bennett, 2002).

Segundo Bennett (2002), a adesão ao regime terapêutico resulta de interacção subtil entre o indivíduo e as características e exigências do comportamento desejado.

A adesão ao tratamento é um mecanismo com expressão comportamental, na medida que melhora a condição de saúde. É um processo influenciado por diversas determinantes (sistema de conhecimentos e crenças, motivação para o tratamento, adaptação adequada à condição de “doente” (Reis, 2007). Também termos de ter em conta as estratégias de *coping* adoptadas, o afecto familiar, todos eles factores determinantes no empenho da pessoa na adesão terapêutica (Sousa, 2003).

1.1 Determinantes da Adesão

A adesão a regimes terapêuticos de longa duração é um fenómeno dinâmico e multidimensional, determinado, tal como a saúde em geral, por factores com influência variável, que interagem entre si. Segundo o que é discutido na literatura, a maneira como é vista a participação do doente no tratamento proposto reflecte-se nos factores relativos à adesão. Na tentativa de identificar os factores que podem interferir na adesão, a WHO (2003) reconheceu 5 grupos de factores: factores sociais, económicos e culturais; factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; factores relacionados com a doença de base e co-morbilidades, factores relacionados com a terapêutica prescrita; e factores individuais relativos ao doente.

1. Factores sociais, económicos e culturais: o analfabetismo, o desemprego, os apoios sociais disponíveis, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, e a distância dos locais de tratamento, têm influência negativa no comportamento da adesão. As guerras e a etnia, pelas crenças culturais e pelas desigualdades sociais a que, por vezes, os grupos estão sujeitos, também são factores que a influenciam negativamente. As variáveis sócio-demográficas, como a idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e condição de saúde, tem efeitos variáveis na adesão.

Os comportamentos de auto-cuidado exigidos às pessoas com diabetes ocorrem num contexto que está sempre em mudança (mudança de local, trabalho, estar em público ou em privado), sujeitando as pessoas com diabetes a diferentes exigências e prioridades. Estas alterações exigem ajustes contínuos no seu comportamento. É muitas vezes exigido à pessoa com diabetes que dê prioridade aos cuidados com a diabetes em prejuízo de outros aspectos do seu dia-a-dia, o que por vezes dificulta o processo de adesão (WHO, 2003).

O isolamento social também pode condicionar a adesão ao tratamento. É frequente verificar que os indivíduos, em especial idosos que vivem sozinhos, fazem uma má alimentação e cometem erros na toma da medicação com frequência (Ownby, 2006). O suporte social desempenha um papel importante na adesão ao tratamento, assunto abordado mais concretamente mais a frente.

Não nos podemos esquecer dos factores ambientais uma vez que são importantes para a adesão ao plano alimentar. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), existe uma pressão social para os excessos alimentares e as pessoas com diabetes referem dificuldade em implementar o plano alimentar no seu dia-a-dia.

2- Factores relacionados com o sistema de saúde: (os serviços e os profissionais de saúde): os sistemas de saúde pouco desenvolvidos, com fracos sistemas de distribuição de medicamentos, pouca participação, fraca capacidade de educar os doentes e assegurar o *follow-up*, os serviços de saúde com horários desadequados às necessidades, com pouca oferta de consultas e outros serviços; Profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho, sem incentivos e sem feedback do seu desempenho, sem formação e treino específico na gestão de doenças crónicas e em adesão ao regime terapêutico, que não dispensam a devida atenção à relação que estabelecem com a pessoa, são factores que dificultam a adesão. Segundo Anderson (2006), o problema da não adesão muitas vezes

não se prende com o profissional de saúde nem com o doente, mas sim com o próprio sistema de saúde.

3-Factores relacionados com a doença de base e co-morbilidade: a gravidade dos sintomas e a incapacidade que provoca aos vários níveis: físico, psicológico, social e profissional. O seu impacto, na vida da pessoa, depende do grau de risco que ela lhe atribui e vai condicionar a preferência e importância atribuída à adesão. A diabetes tipo 2 tem como característica ser assintomática durante vários anos. Com a tomada da medicação prescrita ou só o controlo por meio de uma alimentação saudável e do exercício físico, a pessoa com diabetes pode manter-se controlada, dando a sensação que a doença não tem gravidade e que poderá ser uma condição passageira (Correia, 2007). Este aspecto pode fazer a pessoa com diabetes abandone o tratamento, criando condições para o avanço das complicações associadas a diabetes.

Segundo Correia (2007), verifica-se que a gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a disponibilidade de terapêuticas eficazes e a existência de patologias coexistentes com a doença de base podem alterar a adesão a medicação.

4-Factores relacionados com a terapêutica prescrita: complexidade, a duração, a realização de alterações frequente no tratamento, bem como a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação diminuem a adesão.

Segundo Duarte e Caldeira (2003) e Gallego (2005), a terapêutica farmacológica na diabetes também tem efeitos secundários (hipoglicémias, aumento de peso, mal - estar gastrointestinal), que conduzem, muitas vezes, a pessoa com diabetes a abandonar ou a alterar o tratamento proposto, daí a adesão terapêutica também poder ser condicionada pelos efeitos secundários da toma da medicação (Correia, 2007).

5-Factores individuais relativos ao doente: factores como os seus recursos psicológicos, os seus conhecimentos, as suas atitudes, crenças, percepções e expectativas, interagem de modo ainda não suficientemente compreendido, influenciando o comportamento de adesão. A idade, sexo, ausência de informação, conhecimento sobre a sua doença, diminuição da motivação e da confiança no tratamento, ansiedade face à toma correcta da medicação e do cumprimento do plano terapêutico, ausência da percepção da necessidade do tratamento, o medo da dependência ou de discriminação influenciam a adesão (Bugalho & Carneiro, 2004). O

estudo de Sousa (2003) acerca dos conhecimentos e representações da doença associados à adesão terapêutica em indivíduos com diabetes tipo 2 permitiu concluir que os indivíduos idosos com diabetes aderiram mais ao plano alimentar do que os mais novos.

A motivação também foi identificada por Williams et al. (1996) como sendo um factor preditor da perda de peso e da manutenção desta no controlo da diabetes.

A ausência de informação, de capacidade para gerir o regime terapêutico, de motivação e de auto – eficácia, assim como a ausência de suporte para as mudanças comportamentais são as maiores barreiras à adesão descritas na literatura. Estas barreiras têm maior significado para as ingerências destinadas a mudar hábitos e estilo de vida, mas também afectam a adesão à medicação.

1.2 Adesão ao regime terapêutico na Diabetes Tipo 2

O regime terapêutico da diabetes é extremamente exigente, complexo e requer do indivíduo uma grande responsabilidade para toda a vida, a partir do momento em que a doença é diagnosticada (Loureiro & Ó, 2007).

Espera-se que o indivíduo com diabetes se envolva no tratamento e adquira competências para assumir um papel activo na gestão da sua doença, que tome decisões complexas relacionadas com as tarefas comportamentais do seu quotidiano e que consiga o equilíbrio entre uma multiplicidade de comportamentos de auto-cuidados diários (Loureiro & Ó, 2007). Para gerirem a diabetes com sucesso, os doentes têm de ser capazes de estabelecer objectivos e tomar decisões diariamente, que devem, em simultâneo, ser eficazes e ter em conta os valores, estilos de vida e múltiplos factores fisiológicos e psicológicos (Funnell & Anderson, 2004).

De acordo com Sprague, Shultz e Branem (2006), a adesão é a frequência com que o doente cumpre o objectivo que foi estabelecido durante a educação terapêutica, sendo que, no processo de educação terapêutica, a pessoa com diabetes tem uma atitude de decisão activa em parceria com o profissional de saúde. No seguimento desta ideia, podemos afirmar que a adesão terapêutica parece, contudo, estar associada à relação de colaboração médico-doente e não à postura do clínico como “especialista”. Frequentemente, o utente abandona o regime terapêutico com o intuito de sentir que ele próprio é agente activo no seu tratamento e na definição dos seus objectivos, adquirindo

uma sensação de controlo. “ É pois fundamental que os profissionais de saúde concedam oportunidade ao doente para expressar o seu ponto de vista, as suas expectativas e temores, pois só na posse desse conhecimento será viável uma intervenção terapêutica” (Silva, 2003, p.51).

Destaca-se que os indivíduos com diabetes, tomam diariamente decisões para controlar a sua doença, e estas decisões têm maior impacto sobre o seu bem-estar do que aquelas tomadas pelos profissionais de saúde (Funnell & Anderson, 2004).

Segundo Loureiro e Ó (2007), a adesão ao processo terapêutico é muito importante para manter o nível glicémico o mais próximo possível da normoglicémia, para isso o doente tem de ter em atenção as escolhas e decisões que toma diariamente.

Daí uma das grandes dificuldades que se coloca aos indivíduos com diabetes se prenda com a capacidade para gerir de modo eficaz o regime terapêutico. Esta dificuldade está associada a vários factores complexidade do tratamento, representações individuais da doença, crenças, aceitação do diagnóstico, a personalidade, as estratégias de *coping*, a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente, que podem interagir com o processo (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

A adesão é complexa, pois abrange diversos componentes do tratamento, nomeadamente, a alimentação, a actividade física, a medicação e a auto-vigilância das glicemias (Binik & Orne, 1989).

Para gerirem a diabetes com sucesso, os doentes têm que ser capazes de estabelecer objectivos e tomar decisões diariamente, que devem em simultâneo ser eficazes e ter em conta os valores, estilos de vida e múltiplos factores fisiológicos e psicológicos (Funnell & Anderson, 2004).

A literatura permite-nos verificar que, tal como acontece nas doenças crónicas em geral, também na diabetes parece ocorrer uma falta de adesão generalizada (Silva et al., 2006). A adesão dos indivíduos com diabetes ao regime terapêutico é baixa. Os indivíduos parecem aderir mais facilmente a alguns componentes do tratamento do que a outros, notando-se uma maior adesão aos aspectos médicos (medicação) e menor adesão aos aspectos comportamentais (alimentação e actividade física) (Glasgow, 1991).

A fraca adesão aos auto-cuidados da diabetes parece resultar da combinação de várias características da doença e do seu tratamento (Vasquez & Ring, 1993): 1) trata-se de uma doença crónica sem desconforto imediato, nem risco evidente; 2) o tratamento implica mudanças no estilo de vida; 3) o tratamento é complexo, intrusivo e inconveniente; 4) não há uma supervisão directa dos comportamentos; 5) o objectivo do tratamento é a prevenção e não a cura; 6) o doente poder associar o comportamento de adesão a punição ou prémio. A especificidade do tratamento da diabetes podem por si só, dificultar a adesão terapêutica. Por um lado, é necessário ter em conta a cronicidade da doença e o facto da adesão ao regime terapêutico não trazer consequências positivas, mas apenas evitar repercussões negativas da doença (Amorós et al., 2003).

Frequentemente, as consequências imediatas da adesão ao tratamento são mais eversivas e punitivas do que as do não cumprimento dos conselhos médicos (Vasquez & Ring, 1993).

Joyce-Moniz e Barros (2005), afirmam que o processo de adesão terapêutica começa obrigatoriamente com o confronto e aceitação do diagnóstico médico da doença, e da decisão do doente em integrar este diagnóstico ou não, no seu sistema de representações. Se a pessoa com diabetes não aceita que tem uma doença crónica que vai implicar uma mudança grande no estilo de vida que leva e que vai exigir empenho para que a possa controlar de forma apropriada, dificilmente adere às recomendações que lhe são propostas.

Numerosos são os estudos realizados na área da adesão ao tratamento na diabetes, mas são igualmente inúmeras as dificuldades metodológicas com que os investigadores se deparam com a inexistência de instrumentos estandardizados, ausência de índices fiéis e válidos para avaliar os auto-cuidados nos diabéticos; complexidade do tratamento, dificuldade em avaliar a extensão em que o sujeito segue as recomendações médicas (Toobert & Glasgow, 1994).

Vários autores referem que a adesão na diabetes deve ser medida separadamente para cada componente do regime terapêutico, uma vez que, parece haver uma fraca correlação entre os vários componentes, levando a crer que a adesão não é um construto unidimensional (WHO, 2003).

Alguns tipos de barreiras vêm sendo identificados na literatura. Entre elas destacam-se a idade, alterações da visão, alterações da função motora e alterações nas actividades instrumentais diárias que se reflectem em dificuldades em observar os pés, limitações em cozinhar, ir às compras, pouco controlo nos horários das refeições, dando origem a excessos alimentares. Delamater (2006) afirma que factores demográficos, tais como baixo nível socioeconómico e de escolaridade, têm sido associados a uma menor adesão e a uma maior morbilidade relacionada com a diabetes.

Varela, Chavira e Gallegos (2001) analisaram um grupo de 150 adultos mexicanos com diabetes tipo 2, com o objectivo de estabelecer a percentagem da adesão ao tratamento medicamentoso, e relacioná-la ao controlo metabólico e identificar os factores que influenciam a adesão. Os resultados mostram uma taxa de adesão ao tratamento medicamentoso de 54%, o controlo metabólico foi considerado inadequado e os factores de risco para a não adesão foram a baixa escolaridade e a falta de conhecimento sobre a doença.

O estudo de Vincze, Barner e Lopez (2004) em que o objectivo foi investigar a relação das características biológicas e demográficas e a adesão à auto monitorização da glicemia capilar, envolveu 213 adultos norte-americanos diabéticos. Os resultados apontam que de entre as características biológicas, o tipo de diabetes foi o principal preditor da adesão do auto - monitorização os indivíduos com diabetes tipo 1 aderem mais à auto - monitorização da glicemia capilar do que os indivíduos com diabetes tipo 2. Em relação as características demográficas, não se verificaram associações entre estas variáveis e a adesão a auto - monitorização da glicemia capilar.

Larsson e Nilsson (1999) referem que a idade, o sexo, o estatuto social, o nível educacional e o perfil psicológico são importantes no ajustamento à doença e nos resultados a longo prazo, tendo a diabetes implicações no bem-estar. No entanto, segundo Schecher e Walker (2002) nem as características sócio-demográficas nem os aspectos da personalidade permitem prever a adesão.

Os factores psicológicos, caracterizados pelas atitudes e crenças na saúde, também têm sido associados a adesão a terapêutica (Clark, 2004). Estas barreiras manifestam-se de forma específica: as pessoas resistem ao tratamento porque querem ter controlo sobre os seus padrões da alimentação diária; muitas vezes insuficientemente orientadas a respeito do controlo da diabetes; ou simplesmente, possuem entendimentos

diferentes do controlo da doença baseados nas diferenças socioculturais entre elas e os cuidadores (Rubin, 2005).

De acordo com Afonso et al. (2006), a adesão ao plano alimentar conta com 3 tipos de obstáculos: características do próprio doente, factores relativos ao meio envolvente e problemas ao nível da prescrição do plano alimentar. Relativamente às características do doente e ao meio envolvente, importa ter em atenção as representações individuais sobre os alimentos e/ou do plano proposto, a falta de informação, a falta de suporte familiar e dos amigos, perturbações psicológicas que podem levar a comer mais, dificuldade em controlar as quantidades, sentir que não se pode comer o mesmo que as outras pessoas, pensar que o plano alimentar pode ser interrompido apenas por poucos dias, traduzindo-se muitas vezes num abandono continuado, e factores de ordem económica e cultural que podem condicionar à alimentação (Afonso et al., 2006).

Segundo Correia (2007), é necessário ter em atenção as dietas padronizadas e monótonas, a prescrição de planos não adaptados às características individuais do doente, o não envolvimento do doente na elaboração do plano, o estabelecimento de objectivos demasiados ambiciosos ou pouco realistas, o estabelecimento de diferentes objectivos por parte de diferentes membros da equipa e o não prestar informação adequada sobre o plano alimentar e os objectivos a atingir. Temos, assim, de ter em conta as diferenças de entendimento dos objectivos e das suas prioridades para o doente e para os profissionais de saúde e ao facto de, por vezes, haver falta de estabelecimento de objectivos concretos da prescrição (Sprague, Shultz & Branen, 2006). Um outro exemplo é o da monitorização da glicemia capilar, em relação à qual os profissionais de saúde devem ser explícitos quanto ao que é, quando os doentes a devem efectuar e como devem interpretar e actuar perante os resultados (Peel, Douglas & Lowton, 2007).

Podemos falar também das barreiras à toma da medicação nomeadamente a dificuldade na comunicação entre o doente e os profissionais de saúde, falta de conhecimento sobre a medicação e o seu uso, regimes complexos que requerem numerosos medicamentos com várias doses e vários horários, custo e acessibilidade (Klein & Gonçalves, 2005). Na toma da medicação também os efeitos secundários dos medicamentos são um dos aspectos que interfere com está, assim como a falta de motivação para tomar a medicação de acordo com o prescrito (Lin & Ciechanowosk, 2008).

A diabetes interfere com o emprego pelos horários das refeições, toma de medicação, crises de hipoglicémia e a instabilidade emocional, daí a intrusividade da doença ser o ponto forte da diminuição da adesão na diabetes (Cruz, 2005).

Segundo um estudo realizado Ó e Loureiro (2007) sobre a adesão aos auto-cuidados, os níveis de adesão à medicação (regularidade e frequência) são mais elevados do que os níveis de adesão ao plano alimentar. A adesão à actividade física revelou ser de 19,7 % em pessoas com diabetes tipo 2 e a adesão à auto-monitorização da glicemia revelou ser de 48,7%.

Ó e Loureiro (2007) reconhecem, assim, que existem diversos factores internos e externos que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico da diabetes. Na investigação desenvolvida sobre a motivação e a sua influência na auto-gestão da diabetes, verificou-se que a adesão dos indivíduos com diabetes ao regime terapêutico aumentava quando apresentavam níveis mais elevados de motivação autónoma e de competência percebida. Verificou-se também que, quando os profissionais de saúde envolviam activamente as pessoas com diabetes nas decisões terapêuticas, reconhecendo as suas perspectivas, suportando as suas iniciativas, oferecendo escolhas e informação relevante, os doentes tendem a ser mais autónomos, e sentem-se mais competentes e, por conseguinte, aderem mais ao regime terapêutico, apresentando também melhor compensação metabólica (Ó & Loureiro, 2007).

No estudo realizado por Pereira (1997) em que este autor pretendeu estudar as representações da doença e comportamentos de adesão em indivíduos com diabetes insulino-dependentes, chegou-se à conclusão que as representações individuais da doença, influenciam os comportamentos de auto-cuidado (alimentação, prática de exercício físico, auto-monitorização da glicemia, administração de insulina). Num outro estudo, onde se pretendia investigar as barreiras para o bom controlo glicémico em indivíduos com diabetes norte-americanos, constatou-se que não houve dificuldade em aderir relativamente ao uso de insulina, no entanto houve dificuldade em relação ao seguimento de um plano alimentar mesmo quando este era adequado a cada indivíduo (Dalewitz, Khan & Hershey, 2000).

Um outro estudo desenvolvido por Correia et al. (2003) em que se pretendia avaliar o impacto do nível de educação sobre a prevenção do pé diabético, constatou que o nível de conhecimento em relação às actividades que previnem esta complicação era muito

bom. Mas, ao avaliar a forma como esse conhecimento se traduzia em boas práticas, verificou-se que o nível de adesão ao auto-cuidado relativamente aos cuidados com os pés era menor.

O processo de adesão tem altos e baixos, havendo alturas em que o indivíduo está mais disponível para alterar os seus comportamentos (ex: sentiu a sua integridade física ameaçada e cumpre todo o tratamento na íntegra). Este período pode ser seguido de outras razões falta de apoio, alteração do seu estado psicológico, perda do sentimento da ameaça que a doença lhe causava, deixando de aderir ao tratamento. São vários os factores que podem interferir e fazer com que o nível de adesão num indivíduo não seja estanque (Brooks, 2005).

Glasgow e Anderson (1999) referem que, devido a esta complexidade, a adesão da pessoa com diabetes não deve ser avaliada em termos de sucesso ou insucesso, mas como uma perspectiva de contínuo que vai sofrendo alterações ao longo do tempo.

Há outros factores implicados na adesão ao tratamento. O problema da não adesão e a ineficácia da gestão do regime terapêutico tem, pois, uma origem multifactorial (Correia, 2007).

O tratamento da diabetes visa a manutenção do controlo metabólico e compreende o auto-cuidado e a terapia farmacológica, sendo a primeira relacionada às mudanças de estilo de vida, em particular, à alimentação e à prática de exercício físico (Learman, 2005).

A alteração e adesão aos hábitos alimentares, baseados na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, associado à prática de exercício físico são consideradas as principais práticas a escolher para o controlo da diabetes, e os seus benefícios têm sido evidenciados na literatura. No entanto, a adesão a esses comportamentos é, de um modo geral, insatisfatória para o adequado controlo da doença (Ó & Loureiro, 2007), constituindo-se um desafio para os profissionais de saúde.

1.3. Modelos e teorias da Adesão Terapêutica

Tendo em conta a panóplia de variáveis que interferem com o processo de adesão ao tratamento, bem como as dificuldades em explicar as razões que levam ou não o

indivíduo a adoptar determinados comportamentos, são várias as teorias que têm sido desenvolvidas na tentativa de dar resposta a estas dúvidas (Correia, 2007).

É necessário, assim, compreender os aspectos cognitivos que influenciam as tomadas de decisão. E se considerarmos o problema da não adesão como um problema de mudança de comportamento, podemos inscrever as teorias da adesão nas teorias de mudança de comportamentos. As teorias ou modelos, tentam explicar o processo da tomada de decisão na saúde: Modelo de crenças da Saúde; Teoria da Acção Racional, Teoria do comportamento planeado; Modelo de Auto-Regulação de Leventhal, Modelos de Adesão Terapêutica e Locus de Controlo da Saúde e a Teoria da Auto - Determinação.

Seguidamente faremos uma abordagem mais aprofundada, que não foi levada a exaustão, da teoria da auto – determinação adoptada para o estudo em questão pelos princípios que a regem se enquadrarem nos objectivos da investigação. Identificando o importante papel do tipo de relacionamento estabelecido entre os profissionais de saúde e os doentes, para a obtenção de resultados positivos ao nível do tratamento, diversos autores têm desenvolvido estudos baseados na Teoria de Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985; Williams, Freedman, & Deci, 1998). As razões pelas quais os sujeitos adoptam comportamentos de saúde dependem, entre outros factores como o tipo de motivação (Mestre & Ribeiro, 2008).

Segundo Ó e Loureiro (2006), ao nível do contexto dos cuidados de saúde na diabetes, os estudos tendo por base a teoria da auto-determinação indicam que, quando os prestadores de cuidados têm em consideração as perspectivas, escolhas e necessidades dos doentes, repartem o poder e encorajam os indivíduos a decidir sobre as questões de saúde e tratamento, os indivíduos tendem a ser mais autónomos e a sentirem-se mais competentes. A percepção de autonomia e de competência pode igualmente contribuir para a auto-gestão da diabetes, favorecendo a melhoria na adesão ao regime terapêutico e na compensação metabólica a longo prazo (Williams, et al., 2004).

1.4.A teoria da auto – determinação

A teoria da auto-determinação parte do principio de que o comportamento humano é incentivado por três necessidades psicológicas primárias e universais: autonomia,

capacidade e relação social, que parecem ser essenciais para facilitar o óptimo funcionamento das tendências naturais para o crescimento e a integração assim como também para o desenvolvimento social e bem-estar pessoal (Deci & Ryan, 2000), bem como para o sucesso na acção regulada da adesão a um determinado tratamento.

A base inicial para a teoria da Auto-determinação é a ideia do ser humano como um organismo activo, vocacionado para o crescimento, desenvolvimento integrado do sentido do Self e para a integração com as estruturas sociais. A integração da experiência vivida propicia, por seu lado, uma síntese e organização, o que conduz à construção de um self coerente e unido. Contudo, esta tendência natural para a integração envolve condições específicas do ambiente social, não podendo, por isso, ser considerada como adquirida por si só. Existe, um vasto leque que varia desde o *self* activo e integrado até ao self passivo e fragmentado, dependendo de factores específicos que fazem parte da vida social e que influenciam, inevitavelmente, as experiências e comportamentos do indivíduo, podendo facilitá-las, por um lado ou bloqueá-las por outro (Deci & Ryan, 2002).

A integração das experiências implica dois fenómenos distintos: a autonomia e a harmonia, sendo que o primeiro compreende os esforços dos indivíduos, para sentir a origem das suas acções, e ter voz ou a força para determinar o seu próprio comportamento. É um desejo de cumprir um “locus” interno. O segundo refere-se à necessidade de se relacionar com o outro, faz referência ao esforço para se relacionar, preocupar-se com o outro, assim como sentir que o outro tem uma relação autêntica com ele, e experimentar a satisfação com o mundo social. Esta necessidade é definida por duas dimensões: sentir-se aceite e ficar mais próximo do outro (Ryan, 1991). O desenvolvimento saudável requer a complementaridade das funções assumidas por estes dois fenómenos, aos quais acresce ainda a necessidade de competência. As necessidades psicológicas básicas (competência, relacionamento e autonomia) são definidas como inatas, universais e fundamentais e essenciais ao bem-estar (Deci & Ryan, 2002). A satisfação das três é considerada essencial para um desenvolvimento óptimo da saúde psicológica.

De acordo com esta teoria, aquisição progressiva de autonomia e iniciativa parece funcionar como um bom preditor do desenvolvimento saudável. A integração do *self* e da auto-determinação do comportamento representam os produtos do desenvolvimento

da autonomia. Estes produtos promovem a progressão do desenvolvimento, pois os indivíduos cujos comportamentos são mais autónomos, parecem ter maior facilidade em assimilar as suas experiências, conduzindo a uma maior elaboração e coerência do self (Ryan et al.,1995).

A teoria da auto-determinação pretende ser uma teoria abrangente da motivação humana, que valoriza os mecanismos especificamente humanos abarcando aspectos da personalidade (situacionais e sociais) (Deci & Ryan, 2002). Mas estes processos estão longe de ser simples e esta teoria procura explicá-los através de quatro sub-teorias: Teoria das necessidades básicas, Teoria da integração orgânica, Teoria das orientações causais e a Teoria da avaliação cognitiva.

No âmbito deste trabalho importa dar mais relevo à teoria da integração orgânica que seguidamente passaremos a descrever.

A sub-teoria denominada de integração orgânica assenta na ideia de que o sujeito tende, naturalmente, a integrar as suas experiências de vida. Partido desta teoria, procuramos explicitar o conceito de motivação intrínseca. A motivação intrínseca supõe o compromisso de uma pessoa com a actividade, por causa do prazer e pelo desfrutar que isso produz, e então, a actividade é um fim em si mesmo (Deci & Ryan, 1985). Em contraste, a motivação extrínseca tem inerentes contingências ou reforços que são externos à actividade que o indivíduo realiza (Deci & Ryan, 2002).

Um dos contributos principais desta teoria foi o facto de passar a considerar a internalização como um contínuo, e não como um conceito com dois pólos contrários (internalização vs. externalização). São, assim, considerados diferentes tipos de motivação, desde a mais externa (e menos autónoma), à mais internalizada (e mais autónoma). Neste sentido, à medida que a regulação do comportamento vai sendo internalizada, começa a fazer parte da self integrado, servindo de base ao comportamento auto-determinado. Apenas as regulações que foram integradas na self, passaram a fazer parte deste, poderão contribuir para o aparecimento de comportamentos auto-determinados. Pelo contrário, as regulações de comportamentos que não foram integradas pela self, poderão ter um efeito controlador do comportamento (Lemos, 2005).

Segundo Deci e Ryan (2002), a teoria da integração organísmica inclui um contínuo que vai desde a total falta de motivação que corresponde à inexistência de regulação e ao comportamento que não é auto-determinado, até à motivação intrínseca que pressupõe a regulação intrínseca e o comportamento auto-determinado. Entre estes dois pólos encontra-se a motivação extrínseca que inclui quatro níveis de regulação: externa, introjectada, identificada e integrada. Estes quatro níveis estão relacionados com o comportamento motivado. A regulação externa diz respeito à regulação menos autónoma da motivação extrínseca, uma vez que se baseia em recompensas ou evitamento de punições. Neste caso, está presente em locus de controlo de causalidade externo (Deci & Ryan, 2002).

A regulação introjectada implica uma regulação do tipo externo, mas que foi desigualmente internalizada. Este tipo de motivação extrínseca situa-se, ainda, num nível superficial de internalização, que não é considerado como integrado no próprio Self, pelo que tem um efeito bastante controlador no comportamento do sujeito. Os comportamentos cuja regulação é introjectada incluem o evitamento da culpa ou da vergonha, logo este tipo de regulação parece estar associada à manipulação pelo próprio de contingências relacionadas com a auto-estima (Deci & Ryan, 2002).

A regulação por identificação representa a regulação que leva ao comportamento auto-determinado. Este tipo de regulação envolve a identificação consciente com uma determinada acção, bem como com o seu valor e, por consequência, associa-se a um elevado grau de autonomia percebida ou auto-determinação. Esta co-ocorrência pode explicar-se, de certa forma, pelo facto do fenómeno de identificação estar relacionado com um locus de causalidade percebido interno (Deci & Ryan, 2002).

Deci e Ryan (2002) defendem que a regulação integrada é considerada a forma mais autónoma do comportamento extrinsecamente motivado. A integração ocorre quando as identificações referidas estão de acordo com as necessidades, valores e objectivos que são constituintes do próprio Self. Por outro lado, quando um comportamento é motivado intrinsecamente, o sujeito inicia uma actividade tendo apenas em conta o interesse subjacente à mesma.

É importante levar em conta as experiências do sujeito e o seu suporte relacional, pois estes factores são importantes para que o indivíduo eleja uma determinada forma de regulação do comportamento em prejuízo de outros. Assim sendo, o comportamento

extrinsecamente motivado parece, numa fase inicial, estar associado a um ou mais indivíduos significativos que podem contribuir para o surgimento do comportamento pretendido através de recompensas ou demonstrações da valorização. O indivíduo está, assim, a investir numa determinada tarefa, esperando obter aprovação do outro, pelo que a necessidade de relacionamento é de extrema importância no processo de internalização (Garett, 2008).

1.5.A influência dos contextos na motivação

De acordo com Deci e Ryan (2002), o processo que pode influenciar a motivação através do contexto social da qual o sujeito faz parte, é a competência percebida. Esta parece estar relacionada com a necessidade de competência. Quando um acontecimento aumenta a competência percebida, a motivação intrínseca terá maior tendência para aumentar. O inverso, se a situação provoca a diminuição da competência percebida, a motivação intrínseca tenderá a diminuir.

Os contextos sociais podem ser vistos como mais controladores ou como mais informativos. Estas características contribuem para a influência do contexto nas percepções de causalidade e competência e, conseqüentemente, na motivação intrínseca (Deci & Ryan, 2002).

No que toca aos aspectos controladores, estes dizem respeito à pressão exercida pelo contexto social no sentido de um resultado concreto. A percepção deste carácter controlador do ambiente leva a uma diminuição da motivação intrínseca. Por seu lado, o aspecto informativo do ambiente cria feedback, que ajuda o indivíduo a ter experiências de iniciativa competente, auxiliando o aumento da motivação intrínseca. Assim sendo, o conceito de significado funcional refere-se ao facto do indivíduo ir construindo *inputs* do ambiente social, em função dos componentes informativos e controladores dos estímulos provenientes do meio. Assim, quando o aspecto controlador de um acontecimento se encontra muito presente, a motivação intrínseca tende a diminuir (Deci & Ryan, 2002).

O ambiente influencia de uma forma muito relevante a liberdade para determinar o próprio comportamento.

Lemos (2005), sistematiza as características contextuais que actuando sobre as necessidades psicológicas básicas de competências, autonomia e relacionamento, podem perturbar o funcionamento autónomo.

Os ambientes estruturados que apoiam a autonomia aparecem ligados ao sentimento de competências, pela quantidade de informação existente sobre a maneira de conseguir os resultados pretendidos e devido ao nível de consistência, previsibilidade e orientação relacionadas a estes contextos. O contrário, ambientes incoerentes dificultam as experiências de competência.

Segundo Garrett (2008), apoiar a autonomia implica conferir liberdade ao indivíduo para determinar por si só o comportamento. O oposto desta postura é a coação, pela imposição, vigilância e ameaça de castigo, o que aumenta a passividade e a rigidez e inibe o comportamento exploratório e a procura de novos desafios.

As estratégias de apoio à autonomia passam por: estimular a autonomia na direcção da própria acção criando objectivos, estimular a autonomia possibilitando a escolha de estratégias e ajudar na definição de planos compatíveis com as competências pessoais; destacar as relações entre as actividades propostas e os interesses do indivíduo; minimizar as recompensas externas e o controlo, reconhecer a importância das opiniões dos indivíduos e os seus sentimentos, quando não é possível oferecer escolhas ou é necessário estabelecer limites. É importante também aprovar tentativas de realização independentes, reforçar a responsabilidade pela realização própria e valorizar o pensamento independente. Estas estratégias de apoio à autonomia devem ser acompanhadas por um *feedback* informativo constante. Conclui-se assim que apoiar a autonomia é apoiar a capacidade de autodeterminação do indivíduo, o que é diferente de assumir posturas permissivas, negligenciais e passivas na interacção com indivíduos com diabetes tipo 2.

Garrett (2008), refere que a conservação da motivação intrínseca e a internalização da motivação são dois processos fundamentais para o desenvolvimento. Estes processos são facilitados pela integração do sujeito em ambientes estruturados que apoiam a autonomia e são dificultados por contextos desestruturados e coercivos.

O ser humano raramente actua com base num único motivo, sendo o seu comportamento impedido por motivações intrínsecas e extrínsecas (Sprintall & Sprintall, 1991).

Na dieta na diabetes tipo 2, na qual é inerente o processamento cognitivo da informação para compreender a relação complexa entre a ingestão de hidratos de carbono e os níveis de glicose no sangue. Contudo, os processos emocionais interagem com os valores socioculturais da alimentação e do acto de comer, que como experiência social pode revelar-se mais importante do que o processo cognitivo quando as pessoas ingerem alimentos que aumentam os níveis de glicose no sangue, uma vez que socialmente se sentem obrigados a fazê-lo (Jayne & Rankin, 2001).

1.6.A teoria da auto-determinação na saúde e na doença crónica

Na diabetes, é amplamente conhecida a dificuldade na adesão ao tratamento. A orientação motivacional (autonomia vs regulação extrínseca) do indivíduo para o tratamento poderá influenciar a adesão terapêutica.

A adesão implica uma atitude activa, com envolvimento voluntário e colaborativo do indivíduo e do profissional de saúde, num processo conjunto que visa a mudança de comportamento. Deste modo, o indivíduo cumpre o tratamento ou protocolo terapêutico tendo por base um acordo conjunto que tem a sua participação, e que conduz ao reconhecimento da importância de determinadas acções prescritas (Reach, 2003). O indivíduo pode perceber os benefícios, as barreiras a sua susceptibilidade e gravidade da doença, mas, se atribuir pouca importância à sua saúde, sobrepondo outras áreas do seu espaço de vida, o grau de adesão a uma acção proposta acaba por ser muito baixo e a disposição para essa acção pode ser muito baixo e a disposição para essa acção pode ser nula, não se concretizando (Odgen, 1999).

As razões pelas quais os indivíduos adoptam comportamentos de saúde dependem de entre outros factores do tipo de motivação. A importância de estudar o tipo de motivação em contextos de saúde prende-se com o facto dos estudos demonstrarem que quando as pessoas revelam uma motivação mais autónoma, sentem-se mais competentes na aquisição de comportamentos saudáveis (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman & Deci, 2004). Quando os profissionais de saúde fornecem várias opções acerca do

tratamento e esclarecem dúvidas aos indivíduos, estes têm tendência a serem mais motivados autonomamente (Williams et al., 2006).

Williams, McGregor, Zeldman, Freedman e Deci (2004), num estudo longitudinal com uma população de indivíduos com diabetes tipo 2, concluíram que o aumento do suporte de autonomia percebido pelo indivíduo promove o incremento das percepções de autonomia e de competências, traduzindo-se numa melhor adesão ao tratamento e, conseqüentemente num controlo glicémico mais adequado. Os indivíduos com diabetes cujos técnicos de saúde estimulam, através do ambiente terapêutico criado, uma orientação motivacional autónoma, encontram-se mais motivados para a adesão ao tratamento, controlando os níveis de glicemia e seguindo as orientações dos terapeutas (Williams, Freedman & Deci, 1998).

Do Ó e Loureiro (2006) levaram a cabo uma revisão da literatura sobre a influência da relação terapêutica na compensação das pessoas com diabetes. Concluíram que, para o tratamento do indivíduo com diabetes, é indispensável a compreensão da pessoa como um todo integrado e inserido num meio psicossocial. É de considerar a participação activa destes indivíduos na gestão da doença. De acordo com as mesmas autoras, os estudos evidenciam uma relação entre a qualidade de interacção do prestador de cuidados e o indivíduo com diabetes na promoção de resultados positivos ao nível dos cuidados de saúde.

Em suma a teoria da auto-determinação tem uma vasta extensibilidade no âmbito da saúde e da doença, na promoção dos comportamentos auto-determinados, na fomentação dos cuidados de saúde e na adesão ao tratamento (Garrett, 2008). É proposto que o tipo de auto-regulação adoptado determine a adesão continuada do comportamento de saúde e, que através da manipulação de factores contextuais ou situacionais, sustentados por intervenções específicas, o indivíduo se mova da regulação externa e controlada até a regulação interna e autónoma.

Foram abordados alguns aspectos da teoria que nos permitem compreender os aspectos psicológicos intrínsecos ao processo de tomada de decisão, no entanto, não apresenta uma explicação global de todos os aspectos subjacentes ao fenómeno de adesão. Debruçaremos agora a nossa atenção sobre o suporte social e qual a sua influencia na adesão ao tratamento.

2.Suporte Social

O suporte social tem sido, geralmente, referenciado como um aspecto muito importante na maneira como os sujeitos gerem as diferentes situações da vida. Contudo, as conceptualizações sobre a temática não têm sido uniformes no que consideram como ponto fundamental no seu estudo, pois é complexa, alvo de inúmeras definições, abordagens teóricas e modelos explicativos nem sempre concordantes entre si (Nunes, 2005). Enquanto uns se debruçam mais sobre as fontes de suporte, outras sobre se o tipo de disponibilidade de suporte social, outras sobre o seu funcionamento é unidireccional ou bidireccional, entre outras. Ainda que seja um conceito amplamente estudado, não tem uma definição única e sistemática, procurando-se ainda hoje compreender de que forma afecta a saúde do indivíduo e quando ou porquê influencia os comportamentos em saúde adoptados por este (Heitmman, 2004).

O suporte social é: *“um termo abrangente que diz respeito à qualidade e à coesão das relações sócias 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, p.124).

Segundo Nunes (2005),o termo suporte social é estudado pela Psicologia e pela Sociologia. A Psicologia considera o suporte social como sendo a representação que o sujeito tem das suas relações sociais, e, portanto, percebe-o como subjectivo. Enquanto a sociologia defende que o suporte social é uma rede na qual o indivíduo se insere e onde existe laços sociais mais ou menos fortes ou mais ou menos numerosos, por exemplo, laços de casamento, laços de amizade.

Pelos diferentes aspectos que fazem parte da definição do suporte social, constatamos que existe uma multiplicidade de abordagens pelos vários autores que se debruçam sobre a temática. Dada a diversidade e a multiplicidade de perspectivas, destacam-se no presente estudo e referir apenas algumas que consideramos mais importantes e relevantes para a compreensão do conceito.

Coelho e Ribeiro (2000) define o suporte social como a informação de que o indivíduo é amado, estimado e fazendo parte de uma rede social. Esta informação desempenha a função de preenchimento das necessidades sociais e de protecção de

consequências que possam ocorrer relacionadas com situações de stress (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Segundo Ribeiro (1999) o suporte social desempenha um importante efeito protector. 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) refere que o que está na origem de um bom ajustamento individual é a existência e percepção de suporte social. Em suma, o indivíduo tem conhecimento que os outros gostam de si, e que de livre arbítrio farão o que for preciso para o auxiliar quando for necessário. Sarason (1988) refere ainda que o principal objectivo 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 indirectamente têm um efeito protector na saúde (Santos et al., 2003). Da mesma ideia partilham Stroebe e Stroebe (1995), 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.

Para Symister e Friend (2003), o suporte social, também denominado apoio social, é um conceito chave da Psicologia da Saúde, tendo implicações, práticas. Os doentes precisam de se ajustar a uma doença crónica e, de uma maneira geral, uma pessoa com um bom suporte social terá maior probabilidade de apresentar um bom ajustamento mental e físico.

O suporte social é mais especificamente um conceito que se refere a modos de assistência e relacionamento interpessoal. Muitas atitudes que os familiares adoptam podem ser chamadas de suporte social e, quando um membro da família tem alguma necessidade, esse suporte deve ser visto como fornecimento de auxílio directo, através da demonstração de afecto, afirmação de entendimento, sentimentos ou acções (Stuart, 1991).

Para Gonzalez, et al. (2004), o suporte social é definido como o grau de satisfação com os relacionamentos sociais, essa satisfação está frequentemente relacionada com comportamentos de adesão ao tratamento entre pessoas com doenças crónicas, afectando vários domínios, como a estabilidade, a capacidade de manter a atenção, o

cuidado responsável e o sentimento de compartilhar um aspecto importante no ajustamento a uma situação de stress.

O suporte social não se limita apenas à família nuclear, mas aos vínculos interpessoais como família, amigos, colegas do trabalho, membros da comunidade, tudo o que pode servir de ponto de “nutrição emocional” positiva num clima de compreensão, empatia estímulo e confiança (Helgeson, Snyder & Seltman, 2000; Santana 2002).

O suporte social percebido é considerado, na literatura como potencializador de um estado de saúde. Todavia alguns autores referem que também está associado a aspectos negativos, podendo, assim, influenciar a saúde dos indivíduos e as respostas às situações de crise (Gomes, 2008).

Mendes (2000) apresenta uma sistematização das definições apresentadas na literatura apontando alguns pontos comuns:

- a) o facto de se realçar a componente “apoio emocional” do suporte social, isto é, ter a quem recorrer quando necessário;
- b) a “ integração social”, relacionada com o sentimento de pertença a um grupo com interesses e preocupações comuns;
- c) o “apoio instrumental”, que diz respeito à satisfação de necessidades materiais, como o dinheiro, utensílios ou ajuda nas tarefas;
- d) o “apoio perceptivo”, quando se verifica a existência de apoio na correcção de percepções;
- e) a “ informação de apoio” obtida através do aconselhamento face a alguma situação problema;
- f) o “apoio à auto-estima”, que consiste no efeito que as relações têm de ajudar os indivíduos a sentirem-se melhor consigo mesmos, com as suas competências e habilidades;

De acordo com Teixeira (2002), a maioria das investigações diz respeito aos aspectos positivos do suporte social, no entanto, também há trabalhos que analisam os

efeitos negativos, em que é referido que as redes sociais podem criar ou acentuar o stress psicológico.

Serra (2007) refere alguns dos benefícios do suporte social: promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos; redução do isolamento; sentindo-se mais estimados pelos outros, o indivíduo poderá receber afecto e atenção por parte dos familiares (conselhos, apoio, assistência a nível económico e cuidados na doença). O suporte social poderá também ser um factor atenuante das situações adversas do meio.

O suporte social tem também um papel mediador importante nos indivíduos com problemas crónicos e nas suas famílias, tendo um efeito “amortecedor” do impacto do stress e constituindo um recurso de resolução de problemas (Almeida & Sampaio, 2007; Ribeiro, 1999;).

Segundo Teixeira (2002), diversos investigadores referem que o suporte social pode ser stressante, em distintas situações: quando membros da rede manifestam desrespeito ou discordância, quando divulgam algo confidencial ou falham nas expectativas de ajuda, assim como quando os membros fazem demasiadas exigências ao indivíduo, ou quando ocorre uma situação stressante dos membros, produzindo um “contágio de stress”.

Ramos (2004), refere que o suporte social tem efeitos na saúde dos indivíduos e fazem referência a quatro dimensões:

1-O suporte social constitui um recurso positivo para a saúde e para fazer face à adversidade;

2- A falta de suporte social é fonte de stress;

3- A perda de suporte social é geradora de stress;

4- O suporte social constitui um factor protector contra as consequências e perturbações provocadas pelo stress, constituindo um mediador ou moderador do stress.

Assim sendo, conclui-se que o suporte social pode assumir várias formas, que poderão compreender a aquisição de informações relacionadas quer com o apoio emocional quer com o material. Constatamos ainda, que este poderá ser dado formal ou informalmente: a nível formal através de algum tipo de organização e a nível informal

pelos amigos, conhecidos e familiares, e ainda que algumas destas medidas não se relacionam estritamente entre si, ninguém dúvida que se associam a saúde (Brannon & Feist, 2001).

2.1. Dimensões do Suporte Social

Como foi assinalado anteriormente, o suporte social é referenciado como sendo um construto multidimensional. Por isso, é natural que através da sua análise sobressaiam várias dimensões (Gomes, 2008).

Na sua revisão da literatura, Ribeiro (1999), refere as seguintes dimensões de suporte social: tamanho da rede social, existência de relações sociais, frequência de contactos, necessidade de suporte, tipo e quantidade de suporte, congruência, utilização, dependência, reciprocidade, proximidade e satisfação. Para os autores, conclui-se ainda a existência de cinco componentes do suporte social que se encontram interligadas:

- 1- Componente constitucional - referente às necessidades e à congruência entre estas e o suporte social;
- 2- Componente relacional - que compreende o estatuto familiar e profissional, tamanho da rede social e participação em organizações sociais;
- 3- Componente funcional - indicada pela quantidade tipo e qualidade do suporte social que se encontra disponível bem como o desejo de apoiar;
- 4- Componente estrutural – relacionada com a proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, reciprocidade e consistência;
- 5- Componente Satisfação – que diz respeito à utilidade e à ajuda fornecida;

Por sua vez, Ornelas (1994) agrupa o suporte social em 3 categorias: 1- a dimensão Redes (integração do sujeito num grupo social e as relações deste no grupo); 2- a dimensão suporte recebido (suporte real que o sujeito considera ter recebido) e 3- a dimensão do suporte percebido (suporte que o sujeito acredita como tendo disponível, caso necessite dele).

Serra (2007), apresenta seis tipos de suporte social:

- Apoio afectivo, que permite melhorar a auto-estima, o indivíduo sente-se estimado pelos outros, apesar dos seus defeitos ou erros;

- Apoio emocional, associado aos sentimentos de apoio e segurança recebidos por cada indivíduo;

- Apoio perceptivo, que permite a cada indivíduo pensar no seu problema e avaliá-lo de forma mais adequada dando-lhe um significado diferente e com objectivos mais realistas;

- Apoio informativo, que consiste nas informações e conselhos que ajudam os indivíduos a perceberem as situações complicadas, facilitando assim a tomada de decisões;

- Apoio Instrumental, é a ajuda que cada indivíduo recebe em termos materiais ou de serviços e que permitem a resolução de determinado problema;

- Apoio de convívio social, que se refere às actividades de lazer e culturais que podem ser proporcionadas e que podem aliviar a tensão e impedir o isolamento social.

Segundo Silva et al. (2003), parece existir uma unanimidade em relação ao facto do suporte social ser entendido como uma experiência individual e não como uma simples soma de interacções e trocas objectivas, sendo identificado o papel indispensável da intensidade com que o ser humano se sente desejado, envolvido e respeitado.

Considerando que a família pode ser o suporte social no contexto de uma situação de doença, Helman (2003) a família revela-se como o principal cuidador informal, constituindo a principal fonte de suporte social.

A família tem uma representação universal de diversos papéis indispensáveis para formar e manter a seu equilíbrio e harmonia, é um instrumento de transmissão de valores morais, éticos, políticos, sociais como também de hábitos e costumes, incluindo o cuidado à saúde e a visão sobre o processo saúde-doença (Mendes, 2002).

Segundo Correia (2007), o papel que o indivíduo ocupa na família e o tipo de relação que estabelece com os restantes elementos da família é muito importante, especialmente quando existe alguma fonte geradora de stress, alguma pressão que obriga a que existam mudanças e adaptações por parte de toda a família. A vivência de uma doença crónica

como a diabetes, por parte de um de um dos elementos pode levar a que sejam necessários ajustes no funcionamento do sistema familiar.

Helma (2003) afirma que é no seio da família que a maior parte dos doentes é identificado e tratado, sendo as mulheres as principais cuidadoras.

2.2. Avaliação do Apoio Social

No que se prende à avaliação, se tivermos em conta as inúmeras conceptualizações sobre o suporte social, é necessário considerar, igualmente a abordagem de dois aspectos diferenciados: o suporte social objectivo e o suporte social subjectivo. Enquanto o primeiro se relaciona com o número de amigos que o indivíduo tem e o número de contactos que executa, o segundo também chamado de suporte social percebido, consiste na análise individual feita por cada um, do apoio que tem disponível e da satisfação ou não que retira desse apoio.

Segundo Ornelas (1999) para de avaliar o suporte social objectivo, é necessário tentar aceder aos comportamentos de suporte, que derivam das acções de ajuda (bens, serviços e expressão de afectos, sendo possível definir 6 formas possíveis de suporte: suporte emocional, o feedback, o aconselhamento ou orientação, a assistência prática, a financeira ou material e a socialização.

Por sua vez, para avaliarmos o suporte social subjectivo ou percebido recolhemos as avaliações individuais sobre a satisfação, sentimento de pertença, de respeito e envolvimento. Ao apelarmos a este tipo de avaliação do construto, adoptamos que esta percepção é fundamental nos aspectos cognitivos e emocionais, ligados ao bem-estar (Ribeiro, 1999).

2.3. Suporte Social e a Saúde

Diversos investigadores, principalmente ligados à área do stress, consideram que existe uma relação muito forte entre o apoio social e a saúde. Os indivíduos que recebem um elevado nível de apoio social tendem a ser mais saudáveis do que os que recebem menor apoio.

Na generalidade, os indivíduos com laços sociais mais escassos apresentam quatro vezes mais a probabilidade de morrer que os restantes, com maior número de relações sociais (Straub, 2005).

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

Quando esta presente uma doença crónica, em que existe sofrimento constante, incerteza em relação ao curso da doença, há uma constante necessidade de saber lidar com as situações de crise Tanto a família como os técnicos de saúde são uma fonte importante de suporte social, (Gomes, 2008).

Diversas hipóteses explicativas sobre os efeitos do suporte social na saúde e nas doenças têm sido debatidas (Silva et al., 2003): O suporte social tem consequências ao nível das respostas neuroendócrinas, diminui a ansiedade, a tensão muscular; Tem efeitos ao nível da auto-estima, aumentando-a; tem implicações na depressão, diminuindo-a, conduzindo os sujeitos a avaliar os stressores como menos graves, o que poderá ampliar a capacidade do sujeito para gerir os acontecimentos stressantes.

Segundo Silva et al. (2003), podemos falar de mais duas hipóteses. A hipótese do efeito protector, amortecedor ou efeito tampão, que prevê que o indivíduo beneficia do suporte social, quando se encontra perante uma situação de vida stressante. O stress psicossocial tem efeitos negativos no bem-estar e na saúde dos indivíduos, sendo esses efeitos atenuados nos indivíduos que têm sistemas de suporte fortes. Temos ainda a hipótese do efeito indirecto, que pressupõe que as relações sociais promovem o bem – estar e a saúde, não dependendo do nível de stress do indivíduo.

Podemos concluir que existe uma forte correlação entre a saúde e o suporte social, indicando que o suporte social possui efeitos mediadores na protecção da saúde e ao longo de todo o ciclo vital (Ribeiro, 1999; Silva et al., 2003).

Evidencia-se também, que a percepção do suporte social vai-se construindo ao longo do tempo e em função de vários factores. Não podemos, desta forma, esquecer que em função de diversas variáveis, a percepção de satisfação com as várias dimensões do suporte, se pode alterar com o tempo (Gomes, 2008)

2.4. A Diabetes e o Suporte Social

O tema do apoio social suscita interesse em diferentes áreas de investigação das ciências sociais e humanas, sendo um dos principais objectivos do estudo da Psicologia da Saúde (Ribeiro, 1999).

Sabe-se, actualmente, que o suporte social que a pessoa com diabetes tem disponível pode ser uma mais-valia na ajuda no controlo da doença. Se o suporte social disponível não é satisfatório para o indivíduo, a gestão da diabetes pode ficar comprometida, levando ao aparecimento de uma série de complicações físicas, psicológicas e sociais (Correia, 2007).

A importância do apoio social na gestão das doenças crónicas foi estudada por diversos autores (Nunes, 1999; Pierce, Sarason, & Sarason, 1992).

Vários são os estudos que confirmam a presença de efeitos positivos directos do suporte social na saúde, como é a situação das populações com doenças crónicas (como a diabetes), em que a disponibilidade e a satisfação do suporte social percebido estão correlacionadas com alguns indicadores adaptativos fisiológicos e comportamentais. Mas a investigação também sugere a existência de efeitos indirectos, representados pelo decréscimo do stress psicossocial devido à doença, pois reduz o risco de depressão, ansiedade e de outras patologias (Silva et al., 2003).

Segundo Silva et al. (2003), há resultados contraditórios nos estudos desenvolvidos sobre o efeito do suporte social no controlo glicémico dos indivíduos com diabetes. Uns referem que o mau controlo metabólico está associado a um mau funcionamento familiar (conflitos e debilidade na coesão familiar). Porém outros autores não encontram nenhuma associação.

A 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 o enfrentar a situação de doença (Rossi, 2008).

Segundo Bierlemann (2003), quanto maior for a participação familiar no tratamento do indivíduo com diabetes, mais facilmente este poderá aceitar a doença, pois não se pode esquecer que o tratamento é complexo, envolvendo não somente a terapêutica

medicamentosa, mas, sobretudo, o cuidado diário, com objectivo de se manter um bom controlo metabólico.

Um estudo realizado por Rodriguez-Morán e Guerra-Romero (1997) sobre a importância do apoio familiar no controlo da diabetes mostrou que este influencia positivamente o controlo glicémico. Quanto maior for o conhecimento da família, sobre a diabetes maior é o apoio social fornecido. O apoio social de membros da família tem sido identificado como um recurso importante para indivíduos com diabetes que lidam com o stress da doença (Nunes, 2005).

De acordo com a revisão da literatura efectuada por Gomes (2008), quando os membros da família apoiam o regime terapêutico do doente, este sente-se mais satisfeito com os diferentes aspectos da sua adaptação à doença e esse apoio prediz, também, um melhor funcionamento físico, maior adaptação emocional e menor impacto da doença, enquanto a falta de apoio leva a uma menor saúde mental geral.

O estudo transversal de Lopez et al. (2004), cujo objectivo foi identificar a associação entre a disfunção familiar e o controlo metabólico, mostrou que o aspecto emocional e uma boa convivência ou uma má convivência com a família influencia a conduta, o interesse e a motivação por parte do indivíduo com diabetes, em obter um melhor controlo da doença. Os autores também verificaram que na presença de um mau ambiente familiar, o indivíduo com diabetes apresenta um menor grau de conhecimento referente a patologia, o que pode estar relacionado com a falta de apoio por parte da família.

É inegável o relevo que o grupo de pares associado a contextos escolares assume no ajustamento à diabetes, na adesão ao tratamento e na evolução clínica. 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 com 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).

Griffith et al. (1990) estudaram a relação existente entre stress, apoio social e controlo glicémico. Os indivíduos com diabetes com stress elevado e baixo apoio social,

apresentaram valores mais elevados de glicemia, e, conseqüentemente pior controlo metabólico. Mas, em situações de stress elevado e apoio social elevado os valores da glicemia revelaram ser mais baixos.

A revisão da literatura efectuada por Amorim (2007), sugere que a diminuição do suporte social conduz a um pior controlo metabólico, tanto a curto como a longo prazo, revelando a necessidade de, nos cuidados da diabetes, ser considerada a dimensão biopsicossocial.

Sacco e Yanover (2006) concluíram que a depressão na população com diabetes está relacionada com uma pobre saúde física. O suporte social e a saúde física têm sido interligados e também têm sido associados a depressão. O estudo destes autores analisou três modelos possíveis de inter-relação entre a depressão, o suporte social e sintomas médicos relacionados com a diabetes, tendo permitido constatar que a depressão, o suporte social e os sintomas médicos relacionados com a diabetes se encontram relacionados de forma estatisticamente significativa uns aos outros. A análise deste estudo indicou que o efeito do suporte social com os sintomas médicos relacionados com a diabetes deveu-se ao efeito adverso do suporte social à depressão na sua maior parte.

No que se refere ao suporte social em idosos com diabetes, a investigação sugere que o suporte social geral é mais benéfico do que o suporte social específico para a diabetes e, na adaptação à doença, o suporte social recebido dos amigos é melhor que o suporte social recebido da rede familiar (Cheng & Boey, 2000).

Aalto et al. (1997) salientam o suporte social como factor imprescindível na adaptação e bem-estar. O funcionamento físico, a percepção de um suporte social adequado e todos os factores psicossociais ligados à diabetes estabelecem factores importantes na modificação da qualidade de vida. Nunes (2004) refere que o apoio social pode funcionar como uma estratégia ou um recurso de *coping*.

Silvas et al. (2005) referem que o impacto do suporte social é diferente entre homens e mulheres. No sexo masculino, os indivíduos que parecem mais satisfeitos com as relações de apoio apresentam pior controlo glicémico, ocorrendo o oposto nas mulheres com diabetes, em que a satisfação com o apoio está associado com um melhor controlo da doença.

Silva (2003), num estudo quantitativo que envolveu 316 sujeitos dos quais 58,2% eram diabéticos tipo 2, estudou os efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. As conclusões que a autora chegou fortalecem a ideia de que a percepção do apoio social tem um papel significativo no controlo da glicemia e na qualidade de vida dos indivíduos com diabetes, reforçando a ideia de que os profissionais de saúde devem valorizar este aspecto na prestação de cuidados. Este estudo também nos diz que o apoio social não é estático, vai-se alterando de acordo com o tempo e com as circunstâncias (evolução do estado de dependência, aparecimento de complicações decorrentes da diabetes), podendo estas alterar a percepção do indivíduo, bem como o comportamento dos outros para com o doente.

Miller e Davis (2005) confirmaram no seu estudo o papel do suporte social em facilitar a adopção de um estilo de vida saudável. O apoio de informação fornece conhecimento e recursos para o controlo da diabetes; o apoio instrumental auxilia os indivíduos a se alimentarem de forma mais saudável e a exercitarem-se com maior frequência; e o apoio emocional encorajou os indivíduos a continuarem os seus esforços de auto – cuidado (Miller & Davis, 2005).

Vários estudiosos apontam que um melhor suporte social e auto-confiança parecem melhorar o controlo metabólico, o auto-cuidado e a adaptação psicológica à doença (Cohen et al., 2005; Wittemore, Melkus & Gray, 2005).

3. Suporte social e a adesão ao tratamento

Correia (2007), refere que o suporte social melhora a adesão à terapêutica. Relativamente aos cuidados que a diabetes requer, os vários estudos feitos nesta área apontam para o reconhecimento da importância que o contexto social tem na gestão eficaz, e a generalidade dos trabalhos centram a sua atenção na influência do suporte social na adesão terapêutica e no controlo glicémico.

Os estudos que têm vindo a ser feitos nesta área, apontando para que o apoio social e as representações da doença dos cônjuges ou outros familiares próximos tenham relevância na forma como o indivíduo com diabetes se adapta e adere ao tratamento (Searle, Norman, Thompson & Vedhara, 2007).

A adesão parece ser melhor nos mais velhos (Vazão, 2008). Num estudo realizado com indivíduos idosos com diabetes tipo 2, concluí-se que o apoio social dado ao indivíduo idosos com diabetes não está significativamente associado ao declínio da saúde, mas está fortemente associado à adesão terapêutica e às actividades promotoras da saúde (Nicklett & Liang, 2009).

Becker e Guen (1975) referem que muitos estudos demonstravam uma forte relação entre a estabilidade proporcionada pelo apoio familiar e o grau de adesão ao tratamento. Para Lerman (2005), o apoio social, em particular o da família, representa um valioso recurso emocional e prático para o indivíduo com diabetes, exercendo um papel fundamental na adesão ao regime terapêutico e no controlo da doença. Contudo ainda não está totalmente elucidado o mecanismo pelo qual o apoio social influencia a adesão ao tratamento (Culos-Reed et al., 2000).

Outros estudos sugerem que o conflito e a disfunção familiar predizem pior a adesão ao tratamento (Gomes, 2008).

Rossi (2005) desenvolveu um estudo qualitativo, em que pretendeu estudar a influência do suporte familiar nos cuidados aos adultos com diabetes tipo 2, utilizando a técnica do incidente crítico para a obtenção de relatos, positivos e negativos sobre a influência da família no auto-cuidado. Este autor conclui que os aspectos positivos relacionam-se com o apoio da família nos cuidados do dia-a-dia, com a adesão a hábitos saudáveis, confraternização com familiares/amigos, participação em grupos, entre outros. Como aspectos negativos foram referidos a falta de apoio da família, discussões

e preocupações com familiares, depressão, sentimentos de medo e isolamento, desemprego, entre outros.

Um estudo que pretendia avaliar a influência das esposas na adesão e gestão do plano terapêutico em indivíduos com diabetes após a participação num plano educacional revelou que a presença da esposa no regime terapêutico influencia a adesão ao exercício físico e a medicação. Vários estudos têm de mostrando que as pessoas casadas têm melhor saúde do que as outras pessoas em diferentes estados civis (Ramos, 2002).

Holm, Anderson, Avlund e Jorgensen (2008), levaram a cabo um estudo com indivíduos com diabetes tipo 2 dinamarqueses, com o objectivo de examinar a associação entre as relações sociais e os comportamentos de saúde. As relações sociais foram medidas em termos de estado civil, contacto social e da rede funcional, os comportamentos de saúde a ter em conta foram actividade física, dieta, álcool e tabagismo. Os autores concluíram que o estado civil (casados) e a rede funcional estão associados positivamente com a adesão às recomendações para a actividade física e a dieta.

No que diz respeito ao controlo glicémico, os estudos apontam para resultados contraditórios. Há estudos que indicam que um controlo metabólico deficitário está ligado a disfunções familiares, especialmente, quando existem conflitos e a coesão familiar é fraca, no entanto, muitos outros estudos não encontram qualquer relação entre estas duas variáveis (Silva et al., 2003).

Um estudo desenvolvido por Stuart e Davis (1972) concluiu que o controlo do peso está relacionado com o apoio social na medida em que indivíduos que recebiam apoio da família na alteração do plano alimentar, conseguiam mais facilmente perder peso e manter essa perda quando comparados com outros indivíduos que não tinham tido suporte familiar nessa actividade. No mesmo sentido, Miller- Johnson et al.; (1994) referem que os conflitos familiares aumentam o risco de não-adesão ao tratamento na diabetes e também de pior o controlo glicémico em crianças.

La Greca et al. (1995) desenvolveram um estudo que se centra no apoio social em adolescentes com diabetes, que permitiu ver que estes viam os pais como os principais fornecedores de cuidados com a diabetes em detrimento dos amigos. Os amigos, por seu

lado, forneciam apoio emocional e os familiares prestavam apoio instrumental. Níveis elevados de apoio familiar estavam associados a uma melhor adesão ao tratamento. Por último, os autores concluíram que as diferenças entre os sexos mostram que as raparigas sentem receber mais apoio de amigos do que os rapazes.

Numa revisão da literatura, Góis (2000) constatou que o apoio social (fornecidos pelos pares e família) influencia o ajustamento psicológico e a adesão. Para além disso, há maior adesão nas famílias com mais apoio e coesão, e com menos conflitos interpessoais. A família é apontada como a principal fonte de apoio. Dessa, forma, quando os profissionais de saúde envolvem os familiares na assistência à pessoa acometida, 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).

Larsson et al. (1999), referem que a idade, o sexo, o nível socioeconómico, o nível educacional e o perfil psicológico são importantes na adesão e na aceitação à doença e no resultado a longo tempo, tendo a diabetes implicações no bem-estar e na vida social do doente.

Wilson e tal. (1986), constataram que, de entre todas as variáveis avaliadas (depressão, ansiedade, stress, suporte social, conhecimento da diabetes e das crenças da saúde), o suporte social e as crenças da saúde provaram estar mais relacionados com adesão ao regime terapêutico e ao controlo glicémico.

Lo (1999) identificou, vários factores que influenciam o sucesso da adesão ao tratamento da diabetes e verificou que o stress era um dos factores principais. Sabe-se que um dos efeitos que o suporte social tem sobre a saúde é amortecer o efeito negativo que o stress pode ter sobre a adaptação, gestão da doença e adesão ao tratamento (Ribeiro, 1999).

De acordo com Silva et al. (2005), o suporte social é o preditor mais forte e consistente de auto-cuidados como a adesão à medicação nos indivíduos com diabetes tipo 2

Uma quantidade substancial de fontes bibliográficas mostra os benefícios físicos e psicológicos do apoio social e mostram como os indivíduos com apoio social se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos stressantes, recuperam mais rapidamente da

doença diagnosticada e reduzem o seu risco de mortalidade a doenças específicas como a diabetes (Nunes, 2005).

Nunes (2004) considera que o suporte social prediz de forma estatisticamente significativa a adesão ao tratamento e a qualidade de vida das pessoas com diabetes (Nunes, 2005).

Tolijamo e Hentinen (2001) avaliaram, no seu estudo transversal, a adesão aos auto-cuidados, as dificuldades percebidas para a adesão e o suporte social de adultos finlandeses com diabetes. As autoras verificaram que os participantes que negligenciaram o seu auto-cuidado tiveram pior controlo metabólico e que os auto-cuidados estiveram associados a um tipo específico de suporte social (fornecido pela família e amigos).

Um estudo desenvolvido por Miller e Davis (2005) reforça o papel do suporte social em facilitar a adopção de um estilo de vida saudável. Também foi constatado que o suporte social de informação forneceu conhecimento e recursos para o controlo da diabetes, o apoio instrumental auxiliou as pessoas a alimentarem-se de forma mais saudável e a fazerem exercício físico com mais frequência e o apoio emocional encorajou estas pessoas a continuarem os seus esforços no auto-cuidado (Miller & Davis, 2005).

A capacidade dos adultos com diabetes para gerir a sua doença de forma adequada e evitar complicações é, em parte, em função do apoio prestado pelas pessoas e instituições em torno deles (Shaw, Gallant, Riley-Jacome & Spokane, 2006).

Um estudo realizado por Shaw, et al. (2006) com adultos com diabetes do meio rural e urbano, procurou avaliar o auto-cuidado e o suporte específico dado por quatro fontes principais: Família e amigos; organizações da comunidade, um bairro de moradores e recursos da comunidade em geral. Mais especificamente, este estudo pretende avaliar as necessidades de apoio dos adultos com diabetes nestes dois meios tendo em conta os comportamentos de saúde, o apoio fornecido pelas fontes principais e a associação entre o apoio dessas fontes e a adesão ao auto-cuidado na diabetes. Os autores constataram que em 40% da amostra não apresenta níveis moderados de adesão, que a actividade física na comunidade rural e o tabagismo na comunidade urbana representam um problema. Os indivíduos das áreas sub-urbanas relatam ter recebido mais apoio de todas

as fontes avaliadas. Os vizinhos de um bairro e os recursos da comunidade parecem ter uma grande influência na adesão a comportamentos de auto-cuidado. O apoio da família e amigos, bem como de organizações da comunidade, também parece ser importante na adesão ao regime terapêutico (Shaw, et al, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) aponta para a ausência de redes de apoio social como um dos factores que dificulta a adesão ao regime terapêutico.

Embora o suporte social e a adesão ao tratamento tenham sido amplamente estudados, pouca atenção ainda é dirigida à relação entre adesão ao tratamento e suporte social percebido, bem como à necessidade desse apoio entre os indivíduos com diabetes. Observa-se, na literatura, poucos de estudos nacionais envolvendo pessoas com diabetes que tenham como foco de investigação a relação entre o suporte social e a adesão ao tratamento.

CAPÍTULO III – A INVESTIGAÇÃO

1. OBJECTIVOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

O primeiro objectivo consistiu em analisar as relações entre as variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil, meio de residência, actividade profissional, habilitações literárias, número de filhos, com quem vive), a adesão aos auto-cuidados com a diabetes e a satisfação com o suporte social.

O segundo objectivo fundou-se em analisar a relação entre as variáveis médicas (duração da doença, participação em grupos para a educação da diabetes, mudanças de hábitos no dia-a-dia), a adesão aos auto-cuidados com a diabetes e a satisfação com o suporte social.

Por fim, o terceiro, e último objectivo consistiu na análise da relação entre a satisfação com o suporte social e nas suas diferentes dimensões e a adesão aos auto-cuidados com a diabetes nos seus vários domínios.

Consequentemente, identificaram-se variáveis principais e secundárias em função do papel desempenhado. As variáveis primárias do presente estudo são a Adesão ao Tratamento da Diabetes e Satisfação com o Suporte Social, sendo as variáveis secundárias a duração da doença (período de tempo, registado em meses, que decorreu entre o diagnóstico da diabetes e o momento em que o doente foi avaliado); tipo de tratamento a que o doente se encontra sujeito actualmente - foram ponderados três grupos: (1) o primeiro, denominado “insulinoterapia”, engloba os doentes cujo tratamento consiste em cuidados alimentares, exercício físico e injeção de insulina; (2) o segundo, denominado “anti-diabéticos orais”, abrange todos os doentes cujo tratamento consiste em cuidados alimentares, exercício físico e toma de anti-diabéticos orais; e por último, o terceiro, denominado “outros tratamentos”, que abrange os doentes cujo tratamento consiste em cuidados alimentares e exercício físico.

Foram ainda analisadas as variáveis sócio-demográficas, como o estado civil, escolaridade, idade, profissão, residência e naturalidade.

O estado civil foi operacionalizado de acordo com a seguinte classificação: solteiro(a); casado(a)/ união de facto; divorciado(a)/ separado(a); e viúvo(a).

A escolaridade foi avaliada de acordo com o número de anos escolares que a pessoa frequentou.

A idade foi avaliada de acordo com o número de anos do doente e posteriormente categorizada para uma melhor percepção da prevalência da doença nas várias faixas etárias.

Para alcançar estes objectivos, os procedimentos estatísticos utilizados foram o teste t para amostras independentes, o teste One-Way Anova a um factor nominal o coeficiente de correlação r de Pearson e o teste de Mann-Whitney, alternativo ao teste t.

2. MÉTODO

O desenho de investigação do presente estudo caracteriza-se de natureza correlacional e transversal insere-se num modelo nomotético, visto que se procura a compreensão dos padrões gerais do comportamento, com base nos pressupostos normativos. Assim, trata-se de uma investigação quasi-experimental, identificando-se com o paradigma quantitativo e tende a compreensão de padrões gerais de comportamento, como procura a universalidade para posterior generalização.

3. PARTICIPANTES

A amostra foi seleccionada da população de indivíduos com diabetes acompanhados na consulta de enfermagem ao utente com diabetes do Centro de Saúde de Mateus em Vila Real. A definição da presente amostra orientou-se por procedimentos não probabilísticos e seleccionada por conveniência.

Assim a amostra global da presente investigação foi constituída por 106 indivíduos, sendo os participantes, maioritariamente do sexo feminino, casados, com idades compreendidas entre os 39 e os 80 anos ($M=58,91$; $DP=12,84$), residentes na região norte de Portugal (distrito de Vila Real) e maioritariamente escolarizados.

Quadro nº 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra ($N=106$)

VARIÁVEIS SECUNDÁRIAS		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	46	43,4%
	Feminino	60	56,6%
Meio de residência	Rural	63	59,4%
	Urbano	43	40,6%
Estado Civil	Solteiro(a)	5	4,7%
	Casado(a) /União de facto	78	73,6%
	Divorciado(a) /Separado(a)	7	6,6%
	Viúvo(a)	16	15,1%
Habilitações Literárias	Não sabe ler ou escrever	20	18,9%
	Sabe ler e escrever	12	11,3%
	4 Anos	23	21,7%
	5-6 Anos	6	5,7%
	7-9 Anos	17	16,0%
	10-12 Anos	9	8,5%
	13-15 Anos (médio)	5	4,7%
	Mais de 15 anos (superior)	14	13,2%
Situação Profissional	Empregado(a)	61	57,5%
	Desempregado(a)	5	4,7%
	Estudante	1	0,9%
	Reformado(a)	39	36,8%
Convivência	Família (marido/esposa)	77	72,6%
	Filhos, Irmãos/outros	18	16%
	Sozinho(a)	11	11,3%

Em relação à idade a faixa etária predominante situa-se entre os 55 e os 80 anos, sendo a idade mínima observada de 39 anos e máxima de 80, fixando-se a média em 58,91 anos.

Também foi analisado com quem a pessoa vive (grau de parentesco das pessoas com quem reside) e o número de filhos que o doente tem (filhos vivos) sendo a média de 2,15 filhos.

No que concerne à caracterização clínica da amostra, todos os participantes apresentam diagnóstico de diabetes tipo 2 e a duração da doença varia entre 2 e 276 meses ($M=81,12$; $DP=66,76$).

Relativamente ao tipo de tratamento, o mais frequentemente recomendado são os anti-diabéticos orais, que são utilizados por 49% dos inquiridos; 46% fazem administração de insulina; e apenas 5% fazem terapêutica mista (alimentação/exercício físico).

Quando inquiridos sobre se tinham efectuado mudanças no dia-a-dia devido à diabetes, 73,6% ($n=78$) referiram que sim bem como 24,6% ($n=26$) responderam positivamente, quanto à participação em grupos para a educação da diabetes (Quadro nº 2).

Quadro nº 2: Caracterização quanto á participação em grupos para a educação da diabetes e mudanças de hábitos no dia-a-dia dos participantes ($N=106$).

	Sim	Não
Mudanças no dia-a-dia	73,6% (N=78)	26,4% (N=28)
Participação em grupos	24,5% (N=26)	75,5% (N=80)

4. MATERIAL

No estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: um Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, o Questionário de Auto-Cuidado da Diabetes e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

4.1 QUESTIONÁRIO DE AUTO-CUIDADOS DA DIABETES

O questionário de auto-cuidados da diabetes tem como objectivo a avaliação do nível de cumprimento dos auto-cuidados aconselhados ao doente pelos profissionais de saúde. Esta escala foi desenvolvida com base na Escala de Autocuidado com a Diabetes, desenvolvido por Basto, Lopes e Severo (2007), e no Questionário de Auto-Cuidados da Diabetes, desenvolvido por Silva, Ribeiro, Cardoso e Ramos (2002).

O primeiro passo para a construção do questionário consistiu numa análise cuidada da escala e do questionário anteriormente referidos. Cada item foi alvo de discussão, tendo-se chegado a um acordo em manter os itens que se aplicam à realidade dos

cuidados de saúde da população portuguesa e, em particular do centro de saúde, isto é, às recomendações que usualmente são feitas ao doente na consulta médica, e em criar novos itens que abarcassem os restantes auto-cuidados considerados de maior relevância nesta população. Após estes passos, procedeu-se à elaboração de um questionário que fosse mais pertinente para a investigação a que nos propusemos. Pretende-se que seja um questionário breve de auto-resposta, abordando 5 domínios: 1 - Hábitos alimentares; 2 - Actividade Física; 3 - Monitorização da Glicemia; 4 - Cuidados com os Pés; 5 - Toma da medicação para a Diabetes. Todos os itens devem ser respondidos segundo uma escala tipo Likert, com 6 opções de resposta: “sempre”, “quase sempre”, “às vezes”, “raramente”, “nunca” ou “não se aplica”.

Com base na análise da consistência interna do questionário de Auto-Cuidados da Diabetes decidiu-se eliminar dois itens (um item relacionado com o cuidado com os pés, e um item relativo à monitorização de glicemia), dado diminuírem significativamente o alfa de Cronbach das respectivas subescalas, procurando-se, desta forma assegurar a consistência interna do instrumento.

Análise em componentes principais

A análise em componentes principais, com rotação Varimax, aponta para a existência de 5 factores ou 5 subescalas – “Hábitos alimentares” (itens 1 a 10), “Actividade Física” (itens 11 e 12), “Monitorização da Glicemia” (itens 13 a 16), “Cuidados com os Pés” (itens 17 a 22) e “Toma da medicação” (itens 23 a 26) -, que vão ao encontro da distinção teórica dos diferentes componentes dos auto-cuidados nos doentes com diabetes e que demonstraram possuir uma consistência interna razoável.

Os resultados deste procedimento estatístico (Quadro nº 3) demonstraram que apesar dos itens 4 (“Comeu pão acompanhando o almoço ou o jantar”), - 5 (“Comeu doces, como por exemplo, bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada, gelados, ou chocolates”) e o item 8 (“Usou azeite para cozinhar e ou temperar nas quantidades que lhe foram recomendadas”), deixam a subescala a que inicialmente pertencem (hábitos alimentar) para se associarem aos itens que se referem às subescalas monitorização da glicemia e toma de medicação.

Quadro nº 3: Análise em componentes principais, com rotação Varimax

	Subescala Hábitos alimentar	Subescala Actividade física	Subescala Monitorização da glicemia	Subescala Cuidado com os pés	Subescala Toma de medicação
Item 1	0, 51				
Item 2	0, 49				
Item 3	0, 62				
Item 4					0, 39
Item 5			0, 48		
Item 6	0, 64				
Item 7	0, 46				
Item 8			0, 76		
Item 9	0, 72				
Item 10	0, 75				
Item 11		0, 85			
Item 12		0, 86			
Item 13			0, 70		
Item 14			0, 72		
Item 15			0, 52		
Item 16			0, 46		
Item 17				0, 79	
Item 18				0, 63	
Item 19				0, 80	
Item 20				0, 57	
Item 21				0, 31	
Item 22				0, 69	
Item 23					0, 94
Item 24					0, 93
Item 25					0, 95
Item 26					0, 94

Do ponto de vista da análise dos componentes principais não se encontrou uma solução factorial que confirme a estrutura teórica subjacente à construção do instrumento, todavia, decidiu-se manter a estrutura inicialmente proposta, porque a consistência interna não diminui significativamente e os itens demonstram ter uma correlação muito superior com a subescala “hábitos alimentares”.

Fidelidade

Procedeu-se à análise da fidelidade deste instrumento de avaliação, especificamente à avaliação do Alfa de Cronbach, no quadro nº 4 que de seguida apresentamos encontra-se os resultados deste procedimento, que revelaram ser razoáveis.

Quadro nº 4: Valores do alfa de Cronbach para as cinco subescalas.

	α
Hábitos alimentares	0,79
Actividade física	0,97
Monitorização da glicemia	0,70
Cuidado com os pés	0,78
Toma de medicação	0,97

As respostas do Questionário de Auto-Cuidados da Diabetes são cotadas da seguinte forma: nunca=0; raramente=1; às vezes=2; quase sempre=3; e sempre=4, sendo que, maior valor significa maior adesão com excepção dos itens 4, 5, 9, e 10 da subescala Hábitos Alimentares e os itens 25 e 26 da subescala Toma de Medicação que é cotado inversamente.

4.2 ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi desenvolvida por Ribeiro (1999a) e trata-se de uma escala de avaliação da satisfação que o indivíduo sente em relação ao apoio social que pensa ter disponível.

A versão final é constituída por 15 itens, que são apresentados, para auto-preenchimento, como um conjunto de afirmações, às quais o indivíduo deve responder se concorda ou não com a situação numa escala tipo Likert com cinco posições: “concordo Totalmente”, “concordo na maior parte”, “ não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente” (Ribeiro, 1999a).

Segundo Ribeiro (1999a), a análise da escala permite identificar quatro factores: (1) satisfação com os amigos (mede a satisfação com os amigos que tem); (2) intimidade (mede a percepção da existência de apoio social íntimo); (3) satisfação com a família (mede a satisfação com o apoio familiar existente); (4) actividades sociais (mede a satisfação com as actividades sociais que realiza). Este autor verificou que, em geral, a carga factorial dos itens da ESSS é elevada, sendo o factor que melhor explica o resultado da escala a “satisfação com os amigos”, com mais de metade da variância total explicada.

Relativamente à análise da validade, Ribeiro (1999a) refere que as subescalas que melhor explicam a satisfação com o apoio social são as relativas aos amigos, o que parece contrariar a investigação, que afirma que o apoio social mais importante nos jovens é o da família.

Em relação à validade concorrente, conclui-se genericamente que a correlação entre o resultado da escala total e as medidas critério é maior do que a das subescalas, com excepção para as medidas de acontecimento de vida, e que as subescalas ligadas aos amigos apresentam uma maior correlação com outras medidas de saúde, bem-estar ou mal-estar (Ribeiro, 1999 a).

Fidelidade

A análise efectuada permitiu demonstrar que a escala globalmente considerada apresenta uma boa consistência interna e que as suas subescalas apresentam uma consistência razoável, com excepção da subescala Actividades Sociais, que apresenta um alfa de Cronbach satisfatório.

Quadro nº 5: Valores do alfa de Cronbach para a escala total e para as quatro subescalas.

	α
Satisfação com as amizades	0,87
Intimidade	0,82
Satisfação com a família	0,81
Actividades sociais	0,71
ESSS total	0,88

A verificação da sua fidelidade sugere que se trata de uma escala fiel, dado apresentar um alfa de Cronbach razoável, ainda que a subescala de satisfação com as actividades sociais tenha demonstrado possuir uma menor consistência interna.

A ESSS demonstrou ser uma escala facilmente compreendida pelos indivíduos, de resposta rápida e bem aceite. Sendo constituído por 15 itens, que devem ser respondidos segundo uma escala de tipo Likert, com 5 posições, cotando-se as respostas da seguinte forma: discordo totalmente=0; discordo na maior parte=1; nem concordo nem discordo=2; concordo na maior parte=3; e concordo totalmente=4, sendo que, maior

valor significa maior satisfação com excepção dos itens 1, 6, 9, 13 e 14 que é cotado inversamente.

5. PROCEDIMENTO

Foi estabelecido um protocolo que se propunha definir princípios e procedimentos subjacentes à investigação, que estabeleceu:

(1) - O projecto de investigação fosse apresentado à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa e à Direcção do Centro de Saúde II de Vila Real, para obter autorização para prosseguimento de estudo.

(2) - A investigação rege-se pelos seguintes princípios fundamentais: o direito à dignidade, segurança e bem-estar do respondente, bem como um tratamento respeitoso deste. É dada a garantia de que os procedimentos da investigação não resultam em consequências físicas ou psicológicas indesejáveis para o respondente e de que, da investigação, não resulta qualquer tipo de dano ou desconforto mental, dor ou perigo para o participante.

(3) - A participação do doente é confidencial e voluntária. O participante é informado acerca dos objectivos e procedimentos da investigação em que vai participar, estando livre de qualquer coerção para decidir se quer ou não responder e respondera aos instrumentos apenas após o seu consentimento informado. Em qualquer momento dessa participação, mesmo quando o indivíduo decide começar a responder aos questionários, pode recusar continuar a participar e dessa recusa não resultarão quaisquer consequências para si.

(4) - Os questionários são auto-preenchidos se os indivíduos tiverem suficiente capacidade, caso contrário, o entrevistador ajuda o respondente a preenchê-los. Essa ajuda deve ser feita com o entrevistador sentado ao lado do respondente e com o questionário colocado para que a que fique legível para este.

(5) - O entrevistador deve assegurar-se que o respondente compreendeu a pergunta e, se tal não acontecer, explicar por outras palavras, pois amostra poderá incluir pessoas que tenham dificuldade em ler e/ou compreender as questões.

Os participantes foram seleccionados à medida que apareceram para serem observados nas consultas de Diabetes e na consulta de Nutrição. Apenas foram avaliados os doentes com diagnóstico de diabetes tipo 2 e os doentes que aceitaram assinar o consentimento informado, após o fornecimento de todas as informações.

Em relação a recolha de dados o presente estudo “ Adesão ao tratamento e Suporte social em indivíduos com diabetes tipo 2”, que decorreu entre Março de 2009 e Maio de 2009, os doentes responderão aos questionários sempre no contexto de uma entrevista pessoal.

Com vista a garantir a protecção da privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados, optou-se por manter a folha do consentimento informado separada das folhas dos questionários.

Foi previamente dada a instrução, a cada doente, de que deveria responder de acordo com aquilo que sentia e pensava, e de que não existiam respostas certas e erradas, sendo que todas as respostas que estariam correctas, desde que respeitasse o pedido feito.

O entrevistador foi sempre o mesmo ao longo de todo o estudo. O consentimento informado e os instrumentos de avaliação utilizados, incluindo o questionário sócio-demográficos e os questionários de avaliação das variáveis psicológicas (Anexo D; E) e as autorizações para o estudo (Anexo A; B; C), encontram-se em anexos.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

Neste capítulo são descritos os procedimentos estatísticos utilizados e os resultados obtidos que suportam as conclusões e fundamentam as reflexões que apresentamos nos capítulos posteriores.

O tratamento estatístico foi realizado com o apoio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0 para Windows.

1. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS E O AUTO-CUIDADOS COM A DIABETES

O resultado obtido com o teste t para duas amostras independentes permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos auto-cuidados com a diabetes entre os doentes com diabetes do sexo masculino e feminino na dimensão “hábitos alimentares” e “toma de medicação” ($p < 0,05$).

Quadro nº 6: Análise comparativa da Adesão ao Tratamento em função do sexo.

QACD	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>N</i> =46		<i>N</i> =60			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Hábitos alimentares	2,41	0,65	2,14	0,53	2,35	0,020
Actividade física	3,05	1,90	2,47	1,67	1,66	0,099
Monitorização da glicemia	1,50	0,80	1,43	0,57	0,49	0,620
Cuidado com os pés	2,05	0,92	2,05	1,08	-0,02	0,982
Toma de medicação	4,12	2,28	3,05	2,30	2,37	0,020

O sexo masculino adere mais aos cuidados alimentares e à medicação. Relativamente às outras dimensões, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos (Quadro nº 6).

Na comparação dos dois grupos da variável meio de residência efectuou-se o mesmo procedimento anteriormente descrito (teste t) (Quadro nº 7).

Quadro nº 7: Análise comparativa da Adesão ao Tratamento em função ao meio de residência.

QACD	Rural		Urbano		<i>t</i>	<i>p</i>
	N=63		N=43			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Hábitos alimentares	2,35	0,57	2,11	0,61	2,02	0,045
Actividade física	3,10	1,76	2,17	1,71	2,69	0,008
Monitorização da glicemia	1,45	0,53	1,47	0,85	-0,13	0,895
Cuidado com os pés	2,15	0,98	1,90	1,05	1,23	0,218
Toma de medicação	3,92	2,31	2,92	2,28	2,20	0,300

Verificamos que, as pessoas que vivem em meio rural apresentam maior adesão aos cuidados alimentares ($p < 0,05$) e de actividade física ($p < 0,01$), do que as pessoas que residem em meio urbano, não existindo diferenças estatisticamente significativas ao nível dos outros auto-cuidados entre os indivíduos com diabetes que residem, em meio rural e em meio urbano.

Na análise das diferenças ao nível dos auto-cuidados com a diabetes entre doentes com os distintos estados civis, utilizou-se o teste One-Way Anova a um factor nominal (Quadro nº 8).

Quadro nº 8: Análise comparativa (ANOVA) da Adesão ao Tratamento em função do estado civil.

QACD	Solteiro(a)		Casado(a)		Divorciado(a)		Viúvo(a)		<i>F</i>	<i>p</i>
	N=5		N=78		N=7		N=16			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Hábitos alimentares	2,32	0,63	2,22	0,56	2,08	0,63	2,50	0,74	1,15	0,331
Actividade física	2,90	1,67	2,46	1,63	1,00	0,00	4,68	1,45	11,96	0,001
Monitorização da glicemia	1,66	0,57	1,40	0,71	1,42	0,37	1,68	0,60	0,91	0,438
Cuidado com os pés	2,92	1,52	1,94	0,96	1,85	0,79	2,40	1,07	2,28	0,083
Toma de medicação	2,55	2,06	3,23	2,35	2,78	2,29	5,53	1,23	5,41	0,002

Os resultados apontam para a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) para todas as dimensões, excepto para a actividade física e toma

de medicação ($p < 0,01$), sendo que, o grupo com maior adesão à actividade física e toma de medicação é o grupo viúvo(a), com menor adesão na actividade física é o divorciado(a) e, na toma de medicação, o grupo solteiro(a).

No que concerne à situação profissional, efectuou-se o mesmo procedimento anterior (One-Way Anova). Visto que o grupo “estudantes” tem dimensões reduzidas ($n=1$) não foi analisado (Quadro nº 9).

Quadro nº 9: Análise comparativa (ANOVA) da Adesão ao Tratamento em função das categorias situação profissional.

QACD	Empregado(a) N=61		Desempregado(a) N=5		Reformado(a) N=39		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Hábitos alimentares	2,22	0,56	2,73	0,76	2,24	0,61	2,00	0,140
Actividade física	1,84	1,26	3,58	1,96	3,97	1,68	25,83	0,0001
Monitorização da glicemia	1,32	0,49	2,16	1,77	1,56	0,60	5,21	0,007
Cuidado com os pés	1,96	0,85	1,66	0,53	2,25	1,25	1,40	0,251
Toma de medicação	3,15	2,29	1,16	0,25	4,44	2,21	7,65	0,001

Os resultados obtidos apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas para as dimensões, actividade física, monitorização da glicemia e toma de medicação ($p < 0,01$), sendo o grupo dos reformados o que revela maior adesão à actividade física e toma de medicação, à monitorização de glicemia o grupo com maior adesão é o grupo dos desempregados ($p < 0,01$). Quanto aos grupos com menor adesão, verifica-se que, o grupo empregado(a) apresenta menor adesão na actividade física, auto monitorização da glicemia, e o grupo desempregado(a) com menor adesão na toma de medicação.

Em relação às pessoas com quem o doente vive, também se efectuou o teste One-Way Anova a um factor nominal. Atendendo ao facto da dimensão do grupo “Lar” ser reduzida ($n=1$), a comparação com os restantes grupos não será efectuada para não existirem posteriores enviesamentos de resultados. Desta forma, verificou-se, a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões (Quadro nº 10).

Quadro nº 10: Análise comparativa (ANOVA) da Adesão ao Tratamento em função da variável convivência.

QACD	Marido/esposa N=77		Filhos, Irmãos/Outros N=18		Sozinho(a) N=11		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Hábitos alimentares	2,21	0,56	2,10	0,59	2,80	0,62	5,60	0,005
Actividade física	2,46	1,64	2,83	1,83	4,40	1,93	6,30	0,003
Monitorização da glicemia	1,39	0,71	1,42	0,43	1,96	0,54	3,58	0,031
Cuidado com os pés	1,95	0,96	1,87	1,00	3,05	0,88	6,61	0,002
Toma de medicação	3,25	2,36	3,68	2,39	5,09	1,53	3,10	0,049

Relativamente à convivência o grupo que apresenta maior adesão em todas as dimensões é o grupo que vive sozinho, por outro lado os grupos com menor adesão nas dimensões hábitos alimentares e cuidado com os pés, são os que convivem com irmãos, filhos ou outros nas dimensões actividade física e toma de medicação o grupo com menor adesão é o que convive como casal (Quadro nº 10).

No que diz respeito à variável participa ou não em grupos para a educação da diabetes os dados foram analisados através do teste Mann-Whitney, visto que um dos grupos tem dimensões reduzidas (n=26) (Quadro nº 11).

Quadro nº 11: Análise comparativa da Adesão ao Tratamento em função da participação em grupos.

QACD	Participação no Grupo				Z	p
	Sim N=26		Não N=80			
	M	DP	M	DP		
Hábitos alimentares	1,80	0,30	2,40	0,60	-4,60	0,0001
Actividade física	2,09	1,51	2,93	1,83	-2,07	0,038
Monitorização da glicemia	1,17	0,41	1,55	0,72	-3,07	0,002
Cuidado com os pés	1,38	0,48	2,27	1,05	-3,95	0,0001
Toma de medicação	2,90	2,43	3,72	2,29	-1,60	0,110

A análise dos resultados sugere a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes e não participantes em grupos para a educação da diabetes em todas as dimensões do auto-cuidado, hábitos alimentares, monitorização da glicemia cuidados com os pés ($p < 0,01$), e actividade física ($p < 0,05$), excepto para a toma de medicação. Sendo o grupo que não participa em grupos para a educação da diabetes, apresentar maior adesão aos autos cuidados.

Em relação à variável teve que efectuar mudanças de hábitos no dia-a-dia também constatamos que um dos grupos apresenta dimensões reduzidas ($n=28$), como tal estes também vão ser tratados através do teste Mann-Whitney (Quadro nº 12).

Quadro nº 12: Análise comparativa da Adesão ao Tratamento em função às mudanças no dia-a-dia.

QACD	Mudanças no dia-a-dia				Z	p
	Sim N=78		Não N=28			
	M	DP	M	DP		
Hábitos alimentares	2,11	0,49	2,67	0,69	-3,75	0,0001
Actividade física	2,43	1,79	3,53	1,55	-3,30	0,001
Monitorização da glicemia	1,32	0,50	1,84	0,94	-3,64	0,0001
Cuidado com os pés	1,94	0,97	2,35	1,07	-1,94	0,052
Toma de medicação	3,62	2,37	3,22	2,27	-0,68	0,496

Quanto analisados os resultados, verificam-se diferenças estatisticamente significativas a um nível de significância ($p < 0,01$) nos hábitos alimentares, actividade física e na monitorização da glicemia, podendo-se concluir que são os que sentem que não mudaram o dia-a-dia que aderem mais aos autos cuidados.

Os quadros que se seguem apresentam as associações existentes entre a variável adesão ao tratamento, com as variáveis, idade, habilitações literárias, duração da doença e o número de filhos. Para tal efectuou-se teste r de Pearson (Quadro nº 13).

Quadro nº 13: Análise correlacional entre a Adesão ao Tratamento e idade.

		<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	Hábitos alimentares	0,103	0,293
	Actividade física	0,566**	0,0001
	Monitorização da glicemia	0,116	0,236
	Cuidado com os pés	0,157	0,107
	Toma de medicação	0,378**	0,0001

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

Os resultados do teste r de Pearson sugerem que a idade está moderada e positivamente correlacionada com as dimensões actividade física ($p < 0,01$) e toma da medicação ($p < 0,01$) mas não com as restantes dimensões.

Quadro nº 14: Análise correlacional entre a Adesão ao Tratamento e habilitações literárias.

		<i>r</i>	<i>p</i>
Habilitações literárias	Hábitos alimentares	- 0,153	0,118
	Actividade física	- 0,499**	0,0001
	Monitorização da glicemia	- 0,174	0,074
	Cuidado com os pés	- 0,251**	0,009
	Toma de medicação	- 0,213**	0,029

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

Por seu lado, as habilitações académicas demonstraram, estar moderada e negativamente correlacionada com a dimensão actividade física, e uma correlação fraca e negativa com o cuidado com os pés ($p < 0,01$) e toma de medicação ($p < 0,05$) (Quadro nº 14).

Em relação à duração da doença, também se efectuou o teste r de Pearson para se verificar a existência de associações entre as variáveis.

Quadro nº 15: Análise correlacional entre a Adesão ao Tratamento e duração da doença.

		<i>r</i>	<i>p</i>
Duração da doença	Hábitos alimentares	0,015	0,881
	Actividade física	0,441**	0,0001
	Monitorização da glicemia	0,003	0,974
	Cuidado com os pés	0,017	0,862
	Toma de medicação	0,297**	0,002

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

Assim a duração da doença, demonstra estar moderada e positivamente correlacionada com os seguintes auto-cuidados da diabetes, actividade física e toma de medicação ($p < 0,01$) (Quadro nº 15). Na variável número de filhos só a toma de medicação demonstra estar fraca e positivamente correlacionada ($p < 0,05$) (Quadro nº 16).

Quadro nº 16: Análise correlacional entre a Adesão ao Tratamento e número de filhos.

		<i>r</i>	<i>p</i>
Número de filhos	Hábitos alimentares	- 0,017	0,860
	Actividade física	0,016	0,875
	Monitorização da glicemia	- 0,106	0,281
	Cuidado com os pés	0,018	0,856
	Toma de medicação	0,218*	0,025

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

2. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS E A SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Na análise dos resultados obtidos com o teste t para duas amostras independentes permitiu verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à satisfação com o apoio social total e às suas subescalas entre os doentes com diabetes do sexo masculino e feminino (Quadro nº 17).

Quadro nº 17: Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias da variável sexo.

ESSS	Masculino <i>N</i> =46		Feminino <i>N</i> =60		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação com os amigos	1,98	0,78	2,12	0,89	-0,83	0,408
Satisfação com a família	1,75	0,76	2,12	1,19	-1,95	0,054
Satisfação com a intimidade	2,22	1,21	2,68	1,20	-1,95	0,053
Satisfação com as actividades sociais	2,31	1,14	2,28	1,32	0,11	0,908
ESSS Global	2,05	0,72	2,27	0,85	-1,38	0,169

Na comparação dos dois grupos da variável meio de residência também verificamos não existir diferenças estatisticamente significativas quer ao nível das dimensões da ESSS, como na ESSS global entre os indivíduos com diabetes que residem, em meio rural e em meio urbano (Quadro nº 18).

Quadro nº 18: Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias meio de residência.

ESSS	Rural N=63		Urbano N=43		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação com os amigos	2,06	0,77	2,07	0,96	-0,06	0,952
Satisfação com a família	1,88	0,97	2,07	1,14	-0,91	0,364
Satisfação com a intimidade	2,50	1,16	2,45	1,32	0,20	0,836
Satisfação com as actividades sociais	2,31	1,15	2,26	1,38	0,21	0,828
ESSS Global	2,16	0,74	2,18	0,89	-0,13	0,896

Na análise das diferenças ao nível da ESSS entre doentes com diabetes nos distintos estados civis, procedeu-se através do teste One-Way Anova a um factor nominal.

Quadro nº 19: Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias estado civil.

ESSS	Solteiro(a) N=5		Casado(a) N=78		Divorciado(a) N=7		Viúvo(a) N=16		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação com os amigos	1,66	0,40	1,88	0,73	3,30	1,02	2,52	0,81	10,08	0,0001
Satisfação com a família	1,40	0,54	1,74	0,85	3,33	1,03	2,62	1,31	9,69	0,0001
Satisfação com a intimidade	2,20	0,76	2,13	1,02	3,76	0,65	3,72	1,31	13,92	0,0001
Satisfação com as actividades sociais	2,73	1,51	2,20	1,21	3,09	1,03	1,91	0,89	5,34	0,002
ESSS Global	1,93	0,45	1,97	0,65	3,52	0,76	2,66	0,85	14,20	0,0001

Os resultados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,01$) para todas as dimensões, sendo que o grupo com maior satisfação é o grupo

divorciado(a), com menor satisfação o grupo viúvo(a) na dimensão satisfação com as actividades sociais, o grupo casado(a) com menor satisfação na dimensão satisfação com a intimidade e o grupo solteiro(a) com menor satisfação nas dimensões satisfação com os amigos, satisfação com a família e na ESSS global (Quadro nº 19).

No que concerne à situação profissional, de igual modo foi utilizado o teste One-Way Anova. Visto que, o grupo “estudantes” tem dimensões reduzidas (n=1) não foi analisado (Quadro nº 20).

Quadro nº 20: Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias profissionais.

ESSS	Empregado(a) N=61		Desempregado(a) N=5		Reformado(a) N=39		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Satisfação com os amigos	2,01	0,80	2,00	1,00	2,16	0,90	0,37	0,685
Satisfação com a família	1,91	0,94	2,27	1,06	2,00	1,20	0,36	0,697
Satisfação com a intimidade	2,20	1,15	3,00	1,17	2,84	1,26	3,98	0,022
Satisfação com as actividades sociais	2,24	1,24	3,72	1,55	2,15	1,07	4,53	0,013
ESSS Global	2,07	0,79	2,60	0,90	2,26	0,79	1,53	0,221

Os resultados obtidos apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas para as dimensões, satisfação com a intimidade e satisfação com as actividades sociais ($p < 0,01$) (Quadro nº 21), sendo o grupo desempregado(a) que apresenta maior satisfação e com menor satisfação ao apoio social o grupo empregado(a). Nas restantes dimensões da ESSS não se verificaram diferenças estatísticas significativas (Quadro nº 20).

Em relação às pessoas com quem o doente vive, também se efectuou o teste One-Way Anova a um factor nominal. Atendendo ao facto da dimensão do grupo “Lar” ser reduzida (n=1), a comparação com os restantes grupos não será efectuada para não existirem posteriores enviesamentos de resultados. Desta forma, verificou-se, a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões.

Quadro nº 21: Análise dos valores médios do Apoio Social de acordo com as categorias convivência.

ESSS	Marido/esposa N=77		Filhos, Irmãos/Outros N=18		Sozinho(a) N=11		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Satisfação com os amigos	1,89	0,74	2,50	1,02	2,56	0,89	6,68	0,002
Satisfação com a família	1,74	0,85	2,21	1,21	3,05	1,22	10,35	0,0001
Satisfação com a intimidade	2,12	1,03	3,09	0,94	3,94	1,39	18,50	0,0001
Satisfação com as actividades sociais	2,18	1,20	3,03	1,41	1,97	0,85	3,97	0,022
ESSS Global	1,96	0,65	2,67	0,96	2,82	0,84	11,73	0,0001

Relativamente à convivência o grupo que apresenta maior satisfação com o suporte social é o grupo que vive sozinho e grupo com menor satisfação, é o que convive como casal. Nas várias dimensões do ESSS com menor satisfação nas dimensões “satisfação com os amigos”, “satisfação com a familiar” e “satisfação com a intimidade” temos o grupo “Marido/esposa” e na “satisfação com actividades sociais” o grupo “sozinho (a)”. Com maior satisfação apresenta-se o grupo “sozinho (a)” em todas as dimensões à excepção da dimensão “satisfação com as actividades sociais” que corresponde ao grupo “filhos/outros” (Quadro nº 21).

No que diz respeito à variável participa ou não em grupos para a educação da diabetes os dados foram analisados através do teste Mann-Whitney uma vez que um dos grupos tem dimensões reduzidas (N=26).

Quadro nº 22: Análise comparativa da Satisfação com o Apoio Social em função da variável participação em grupos para a educação da diabetes.

ESSS	Sim N=26		Não N=80		Z	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação com os amigos	1,79	0,83	2,15	0,84	-2,12	0,033
Satisfação com a família	1,67	0,98	2,05	1,05	-1,79	0,072
Satisfação com a intimidade	2,25	1,03	2,56	1,28	-0,99	0,322
Satisfação com as actividades sociais	2,14	1,32	2,34	1,22	-1,19	0,234
ESSS Global	1,93	0,71	2,25	0,82	-1,70	0,088

A análise dos resultados do teste Mann-Whitney sugere a existência de diferenças significativas entre os participantes e não participantes em grupos para a educação da diabetes na dimensão “satisfação com os amigos” ($p < 0,05$). Sendo o grupo que não participa em grupos para a educação da diabetes, apresentar maior satisfação com o apoio social (Quadro nº 22).

Em relação à variável teve que efectuar mudanças de hábitos no dia-a-dia também constatamos que um dos grupos apresenta dimensões reduzidas ($N=28$), como tal estes também vão ser tratados através do teste Mann-Whitney.

Quadro nº 23: Análise comparativa da Satisfação com o Apoio em função da variável mudanças de hábitos no dia-a-dia.

ESSS	Mudanças de hábitos no dia-a-dia				Z	p
	Sim N=78		Não N=28			
	M	DP	M	DP		
Satisfação com os amigos	2,07	0,87	2,03	0,80	-0,24	0,804
Satisfação com a família	1,94	1,05	2,01	1,03	-0,39	0,694
Satisfação com a intimidade	2,40	1,26	2,72	1,10	-1,44	0,150
Satisfação com as actividades sociais	2,16	1,21	2,65	1,27	-1,98	0,047
ESSS Global	2,13	0,84	2,29	0,69	-1,30	0,191

Quanto analisados os resultados do teste Mann-Whitney na variável teve que efectuar mudanças de hábitos no dia-a-dia devido a diabetes, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas a um nível de significância ($p < 0,05$) na “satisfação com as actividades sociais”, concluindo-se que são os que sentem que não mudaram o dia-a-dia apresentarem maior satisfação com o apoio social (Quadro nº 23).

Os quadros que se seguem apresentam as associações existentes entre a variável satisfação com o suporte social, com as variáveis, idade, habilitações literárias, duração da doença e o número de filhos. Para tal efectuou-se teste r de Pearson.

Quadro nº 24: Análise correlacional entre a ESSS e suas dimensões com a idade.

	<i>r</i>	<i>p</i>	
Idade	Satisfação com os amigos	0,088	0,372
	Satisfação com a família	- 0,048	0,622
	Satisfação com a intimidade	0,223*	0,021
	Satisfação com as actividades sociais	- 0,238*	0,014
	ESSS Global	0,019	0,845

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

Os resultados do teste *r* de Pearson sugerem que a idade está fraca e positivamente correlacionada com a dimensão “satisfação com a intimidade” ($p < 0,05$) e correlacionada fraca, mas negativamente, com a dimensão “satisfação com as actividades sociais” ($p < 0,05$) (Quadro nº 24).

Quadro nº 25: Análise correlacional entre a ESSS e suas dimensões com as habilitações literárias.

	<i>r</i>	<i>p</i>	
Habilitações literárias	Satisfação com os amigos	0,109	0,265
	Satisfação com a família	- 0,294**	0,002
	Satisfação com a intimidade	- 0,015	0,878
	Satisfação com as actividades sociais	- 0,185	0,058
	ESSS Global	- 0,138	0,159

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

Quando correlacionada a ESSS com a variável habilitações literárias encontra-se uma correlação fraca e negativa na dimensão “satisfação com a família”, (Quadro nº 25). Correlacionado a duração da doença e o número de filhos com a ESSS não foram encontradas quaisquer relações estatisticamente significativas (Quadro nº 26 e 27).

Quadro nº 26: Análise correlacional entre a ESSS e suas dimensões com a duração da doença.

	<i>r</i>	<i>p</i>	
Duração da doença	Satisfação com os amigos	0,066	0,504
	Satisfação com a família	0,148	0,130
	Satisfação com a intimidade	0,185	0,058
	Satisfação com as actividades sociais	0,124	0,206
	ESSS Global	0,161	0,099

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

Quadro nº 27: Análise correlacional entre a ESSS e suas dimensões com o número de filhos.

		<i>r</i>	<i>p</i>
Número de filhos	Satisfação com os amigos	-0,051	0,602
	Satisfação com a família	0,036	0,716
	Satisfação com a intimidade	-0,102	0,299
	Satisfação com as actividades sociais	-0,127	0,194
	ESSS Global	0,083	0,399

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

3. RELAÇÃO ENTRE A ADESÃO AOS AUTO-CUIDADOS DA DIABETES E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Procedeu-se à análise das relações entre a satisfação com o suporte social e a adesão aos auto-cuidados da diabetes.

Quadro nº 28: Análise correlacional entre a ESSS e as dimensões do QACD.

		<i>r</i>	<i>p</i>
ESSS Global	Hábitos alimentares	0,245*	0,011
	Actividade física	0,259**	0,007
	Monitorização da glicemia	0,247*	0,011
	Cuidado com os pés	0,291*	0,002
	Toma de medicação	- 0,038	0,695

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

Os resultados do teste de correlação de Pearson sugerem que a satisfação com o suporte social está positiva e fracamente correlacionada com os auto-cuidados para a diabetes, excepto a dimensão “toma de medicação”, em que não existe uma correlação estatisticamente significativa (Quadro nº 28).

Em relação às dimensões do suporte social, correlacionadas com as distintas dimensões da adesão aos auto-cuidados com a diabetes, os resultados demonstraram existir uma relação estatisticamente significativa e uma correlação fraca e positivas em todos os domínios do suporte social com algumas dimensões dos auto-cuidados, excepto com a dimensão “toma de medicação” (Quadro nº 29).

Quadro nº 29: Análise correlacional entre as dimensões da ESSS e o QACD.

		<i>r</i>	<i>p</i>
Satisfação com os amigos	Hábitos alimentares	0,209*	0,032
	Actividade física	0,180	0,065
	Monitorização da glicemia	0,136	0,164
	Cuidado com os pés	0,250**	0,010
	Toma de medicação	- 0,045	0,646
Satisfação com a família	Hábitos alimentares	0,259**	0,007
	Actividade física	0,097	0,321
	Monitorização da glicemia	0,226*	0,020
	Cuidado com os pés	0,185	0,058
	Toma de medicação	0,056	0,569
Satisfação com a intimidade	Hábitos alimentares	0,195*	0,045
	Actividade física	0,370**	0,0001
	Monitorização da glicemia	0,202*	0,038
	Cuidado com os pés	0,320**	0,001
	Toma de medicação	0,022	0,821
Satisfação com as actividades sociais	Hábitos alimentares	0,096	0,326
	Actividade física	0,146	0,135
	Monitorização da glicemia	0,223*	0,022
	Cuidado com os pés	0,128	0,190
	Toma de medicação	- 0,132	0,178

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

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

Neste capítulo discutir-se-ão os aspectos que se expuseram nos capítulos anteriores e que subsistiram da análise dos resultados, assim como serão avançados alguns pontos de vista relativos à intervenção psicológica nos doentes com diabetes mellitus.

1. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS E O AUTO-CUIDADOS COM A DIABETES

1.1 SEXO

Os resultados do presente estudo sugerem a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os homens e mulheres com diabetes, sendo que o sexo masculino parece apresentar uma melhor adesão aos auto-cuidados com a diabetes nos “hábitos alimentares”, e na “toma de medicação”, um aspecto a referir é o facto de que as mulheres apresentam uma maior adesão no “cuidado com os pés”. Este facto das mulheres aderirem mais ao “cuidado com os pés” do que os homens é concordante com outras investigações (Hjelm, Nyberg, & Apelquist, 2002), pode dever-se a questões estéticas, pois as mulheres tendem a cuidar mais do seu aspecto e os pés são um alvo importante das suas atenções. Uma das hipóteses que podemos levantar sofre o facto de os homens aderirem mais à alimentação e a medicação, pode-se prender pelo facto do cônjuge incentivar, por exemplo uma caminhada e ajuda na adesão ao plano alimentar. Uma vez que culturalmente, é a mulher, principalmente a dona de casa, quem tem uma maior participação e responsabilidade quando a questão se refere à saúde e a doença geralmente é ela quem avalia as condições de saúde, como também toma iniciativas de procurar os recursos que a comunidade oferece (Camarano, 2003).

1.2 MEIO DE RESIDÊNCIA

Seria de esperar que os indivíduos com diabetes que vivem em meio urbano tivessem uma maior adesão aos auto-cuidados, pelo facto de estarem mais próximos dos centros onde a oferta de cuidados de saúde é maior. No entanto, os resultados encontrados no presente estudo, contrariam esta ideia. É no meio rural que aparecem os indivíduos com maior adesão aos auto-cuidados, à excepção da monitorização da glicemia. Um facto

que pode ser explicado, por serem indivíduos com baixa escolaridade, que até fazem a picada, mas poderá não fazer os registos dos valores. Uma hipótese que se pode ter em conta com estes resultados é o facto de no meio rural haver uma partilha de informação e até mesmo de alimentos como a fruta, os vegetais e a verdura. Facto este também relatado no estudo desenvolvido por Correia (2007), um estudo desenvolvido num meio rural, revelou dados importantes, que é partilha de alimentos, especialmente, fruta e vegetais entre os membros da comunidade. Esta partilha pode constituir um importante apoio no cumprimento da ingestão deste tipo de alimentos melhorando adesão a dieta prescrita.

1.3 ESTADO CÍVIL

O grupo que apresenta maior adesão nas dimensões dos auto-cuidados da diabetes é o dos viúvos, à excepção da dimensão cuidado com os pés em que é o grupo solteiro que apresenta maior adesão. Por outro lado, com menor adesão temos o grupo dos divorciados nas dimensões actividade física, hábitos alimentares e cuidado com os pés. Na monitorização da glicemia o grupo casado apresenta menor adesão e na toma da medicação, são os solteiros que apresentam menor adesão. No que se refere aos resultados encontrados para o grupo dos casados, não vão de encontro aos estudos encontrados na literatura. Bastos (2004), verificou no seu estudo que quando as esposas participam num plano educacional sobre a diabetes a adesão ao exercício físico e à toma da medicação melhoram.

1.4 SITUAÇÃO PROFISSIONAL

O presente estudo permitiu verificar que, ao nível da adesão aos auto-cuidados com a diabetes, são os indivíduos reformados que apresentam maior adesão em todas as dimensões. Este resultados pode ser explicados pelo facto deste grupo ter uma faixa etária bastante elevada, o que pode contribuir para que desenvolvam uma noção mais alargada da cronicidade da doença. Com menor adesão nas dimensões hábitos alimentares, actividade e monitorização da glicemia aparece o grupo dos empregados. A literatura vai ao encontro deste resultado, uma vez que a adesão é complexa e a diabetes interfere com o emprego, pelos horários das refeições, toma de medicação, crises de

hipoglicémia e a instabilidade emocional, daí a intrusividade da doença ser o ponto forte da diminuição da adesão na diabetes (Cruz, 2005).

1.5 IDADE

No presente estudo, os resultados sugerem que, na população com diabetes, a adesão aos auto-cuidados parece aumentar significativamente com a idade, ainda que não se encontrem correlações significativas com dimensões como hábitos alimentares, monitorização da glicemia e cuidado com os pés. Esse aumento da adesão poderá estar associada ao facto de, com o aumento da idade ocorrer uma maior percepção da doença e uma maior disponibilidade. O efeito da idade nos cuidados com a diabetes, os resultados parece ir de encontro aos sugeridos na literatura. Sentimentos de vulnerabilidade frequentemente acompanham as pessoas mais velhas levando-as a adoptar comportamentos de saúde e uma maior adesão ao tratamento (Brannon & Fiest, 1997). E também pelo facto da diabetes na sua fase inicial não apresenta sintomas, as pessoas mais jovens desconsideram as complicações futuras no decorrer do tempo (Waldman, 2006).

1.6 HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

No que se refere à relação entre a adesão aos auto-cuidados da diabetes com as habilitações literárias, verificou-se correlação estatisticamente significativas nas dimensões actividade física, cuidado com os pés e na toma de medicação, sendo esta uma correlação negativa, sugerindo que quanto menor for as habilitações literárias, maior a adesão aos auto-cuidados. Os resultados encontrados não vão ao encontro aos da literatura, como nos diz Delemater (2006) os factores demográficos como a escolaridade têm sido associados a uma menor adesão e a uma maior morbidade relacionada com a diabetes.

1. 7 DURAÇÃO DA DOENÇA

Dos resultados do presente estudo salienta-se a existência de uma relação positiva entre a duração da doença e adesão aos auto-cuidados, no que respeita à actividade física e toma da medicação. Desta forma, os resultados indicam que, quanto maior é a duração da doença, maior é a adesão aos auto-cuidados. Ao longo do tempo os indivíduos com diabetes vão alargando os seus conhecimentos acerca da doença, o que pode contribuir para um melhor uma melhor monitorização da sua doença.

1. 8 CONVIVÊNCIA

Em relação à variável convivência, os resultados demonstraram haver diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do auto-cuidado excepto na monitorização da glicemia, sendo o grupo que convive sozinho, apresentar maior adesão em todas as dimensões e com menor adesão o grupo filhos/outros nas dimensão hábitos alimentares e cuidado com os pés e nas dimensões actividade física, monitorização da glicemia e toma da medicação o grupo que convive com o cônjuge. O que pode ser explicado pelo facto da aceitação do tratamento torna-se muito difícil pela razão a necessidade de intensas modificações no estilo de vida, que repercutem mais vezes sobre o relacionamento familiar, principalmente quando tais modificações envolvem ajustes nos hábitos quotidianos, dos quais os demais membros da família precisam adaptar-se (Waldman, 2006).

1. 9 PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS PARA A EDUCAÇÃO DA DIABETES

No que diz respeito à participação dos doentes em grupos para a educação da diabetes os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas, sendo o grupo dos não participantes em grupos para a educação da diabetes, os que aderem mais aos auto-cuidados. Mais uma vez os resultados voltam a ser contraditórios aos encontrados na literatura. Facto que se pode ficar a dever, aos sujeitos inquiridos terem frequentado um grupo em que a informação facultada era mais técnica e não tanto prática, recorrendo mais a termos científicos e médicos, não beneficiando do programa educacional como outros, em que a informação era passada numa linguagem mais

próxima do utente em que todas as dúvidas eram tiradas e onde no decorrer do grupo se viram de imediato resultados.

1. 10 MUDANÇAS DE HÁBITOS NO DIA-A-DIA

As mudanças de hábitos no dia-a-dia representam uma grande dificuldade para pessoas (Koelewijn-Van Loon et al., 2008), especialmente quando se trata de seguir uma dieta e praticar exercícios físicos (Golin; Dimatteo; Gelberg, 1996). No presente estudo os resultados, mostram diferenças estatisticamente significativas nos hábitos alimentares, actividade física e na monitorização da glicemia, podendo-se concluir que são os que sentem que não mudaram o dia-a-dia que aderem mais aos auto-cuidados. Em particular, as pessoas com diabetes devem, diariamente, tomar decisões para controlar a sua doença, e estas decisões têm um maior impacto sobre o seu bem-estar do que aquelas tomadas pelos profissionais de saúde (Funnel; Anderson, 2004). Desta forma, os tratamentos que requerem decisões ou julgamentos por parte da pessoa estão mais associados à não adesão. Os que aderem mais parecem ter integrado os cuidados nas rotinas do seu dia-a-dia.

2. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS E A SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

2. 1 SEXO E MEIO DE RESIDÊNCIA

Quanto ao sexo e meio de residência, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em relação à satisfação com o suporte social, assemelhando-se a outros estudos.

Apesar de no presente estudo não terem sido identificadas diferenças estatisticamente significativas entre ESSI entre os sexos no grupo estudado, outros estudos indicam que as mulheres tendem a perceber menos satisfação com o suporte social do que os homens, pelo facto de serem provedoras mais eficazes de apoio, pois, culturalmente, cabem a elas os afazeres domésticos, acarretando, por sua vez, maiores custos

psicológicos como consequência do envolvimento social (Kessler, Price, & Wortman, 1985; House, Umberson, & Landis, 1988).

2. 2 ESTADO CIVIL

O presente estudo permitiu verificar que, ao nível do ESSS e suas dimensões, são os indivíduos solteiros que demonstram ter um menor suporte social, ao nível da satisfação com a família e satisfação com actividades sociais. Uma possível explicação para estes apresentarem menores resultados nestas dimensões poderá estar relacionado com o facto de estes serem significativamente mais jovens e sofrerem de diabetes há menos tempo, não tendo a oportunidade de criar laços afectivos para os ajudar na doença.

Por outro lado, os doentes divorciados evidenciam uma maior satisfação com as dimensões do suporte social. Uma explicação para este facto prende-se com o facto de serem indivíduos que estão livres de relações e têm mais tempo e motivação para se envolverem socialmente. No entanto não encontramos nada na literatura que vá de encontro a estes resultados.

Já, os viúvos parecem ter uma menor satisfação com as actividades sociais, o que poderá estar associado ao facto de estes serem os doentes mais idosos e sofrerem da doença há mais tempo, mas também à perda do cônjuge poder significar a perda de uma significativa rede de apoio social.

2. 3 IDADE

No presente estudo observou-se existirem correlações estatisticamente significativas entre a idade e as dimensões do suporte social, nomeadamente uma correlação positiva na satisfação com a família e uma correlação negativa com a satisfação com as actividades sociais, assemelhando-se a outros estudos da avaliação do suporte social (Moraes, & Dantas, 2007; Rezende, Mendes, & Santos, 2007) que verificaram que quanto mais idade têm as pessoas maior percepção da disponibilidade ou satisfação com o apoio regular. Para Allen, Ciambrone e Welch (2000), as pessoas com mais idade, quando acometidas por doenças crónicas, tendem a ter mais contactos com a família ou com amigos do que a realização de actividades sociais.

2. 4 HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Referente à correlação entre o suporte social e a escolaridade, os resultados do presente estudo indicam que menor escolaridade, maior a satisfação, o que não vem corroborar com a literatura existente mas num estudo desenvolvido por Villas Boas (2009). Os resultados encontrados por este autor mostram que quanto menor a escolaridade maior a percepção de apoio o que vai ao encontro dos nossos resultados. Pois pessoas com maior escolaridade não têm tantas oportunidades de interacção social, devido aos compromissos de trabalhos e às obrigações inerentes à função de provedores, o que favorece as ausências frequentes de casa, dificultando o desenvolvimento de relações estáveis (Weyers, 2008).

2. 5 SITUAÇÃO PROFISSIONAL

No presente estudo, verificou-se que são os desempregados que apresentam, na maioria das dimensões da ESSS, uma melhor satisfação com o suporte social e os que apresentam sistematicamente menor satisfação são os empregados. Estes resultados não vão de encontro à literatura existente, e uma possível explicação seria o facto dos desempregados terem uma maior satisfação com as actividades sociais, devido à necessidade de uma maior envolvência na sociedade fortalecendo os laços de amizade. Verificou-se também que o grupo dos reformados apresenta um maior suporte na satisfação com os amigos e uma menor satisfação com as actividades sociais. Este facto pode ser explicado devido a terem muito tempo livre, que ocupa com os amigos, daí saírem fortificadas essas relações. A menor satisfação com as actividades sociais, pode-se dever ao facto dos reformados já terem uma idade avançada e não encontrarem actividades sociais que os satisfaçam e vão de encontro as suas necessidades.

2. 6 CONVIVÊNCIA

Em relação à convivência, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões da ESSS, sendo o grupo que vive sozinho que apresenta uma maior satisfação com o suporte social nas dimensões: satisfação com os amigos, satisfação com a família e satisfação com a intimidade; o grupo que convive

com o cônjuge apresentar menor satisfação com o suporte social, satisfação com os amigos, com a família e satisfação com intimidade. Por sua vez, o grupo que vive com filhos/outros apresenta maior satisfação com as actividades sociais, contrapondo o grupo sozinho que apresenta menor satisfação com as actividades sociais. Por exemplo, Hanestad (1993) verificou que viver sozinho tem um efeito negativo na satisfação do indivíduo com diabetes em relação aos domínios sociais e psicológicos da sua vida e que viver com outras pessoas está associado a uma menor percepção da solidão e maior sensação de segurança.

2.7 PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS PARA A EDUCAÇÃO DA DIABETES

No que diz respeito à participação dos doentes em grupos para a educação da diabetes os resultados indicam, não haver diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da ESSS, à excepção da dimensão “satisfação com os amigos”, sendo o grupo dos participantes em grupos para a educação da diabetes, os que apresentam menor satisfação com o apoio social. Estes resultados podem ser explicados pelo facto dos indivíduos que responderam a este questionário e que participaram no programa educacional para a diabetes, não ter sido um grupo que tenha criado uma grande empatia entre si nem uma coesão grupal, os participantes foram variando ao longo das sessões não sendo sempre os mesmos, não permitindo também a troca de experiências porque todas as sessões eram como uma primeira onde havia sempre elementos novos. Foi um facto constatado logo desde início pela equipa multidisciplinar que dinamizou o grupo.

2.8 MUDANÇAS DE HÁBITOS NO DIA-A-DIA

Nas mudanças de hábitos no dia-a-dia, também, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da ESSS, à excepção da dimensão “satisfação com as actividades sociais”, podendo-se concluir que são os que sentem que não mudaram o dia-a-dia, que apresentam maior satisfação com o apoio social. Uma hipótese que se pode levantar para a explicação destes resultados é o facto dos indivíduos com diabetes ao efectuarem mudanças no seu dia-a-dia, alteram por completo a sua rotina diária, interferindo nas suas actividades sociais

3. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS: ADESÃO AOS AUTO-CUIDADOS DA DIABETES E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A satisfação com suporte social revelou estar maioritariamente correlacionada com a adesão ao tratamento da diabetes. De forma geral, os resultados indicam que uma maior satisfação com o suporte social associa-se uma maior adesão aos auto-cuidados com a diabetes, resultados que vem corroborar com a literatura existente. Lerman (2005), num estudo de revisão sobre os factores que influenciam a adesão ao regime terapêutico na diabetes, constatou a existência de uma relação directa entre a adesão e o suporte social. Também Dios et al. (2003) mencionam que uma rede social e familiar adequada e o sentimento de ser valorizado e cuidado por outros parecem promover o bem-estar emocional, numa associação positiva entre apoio percebido bem-estar positivo e bem-estar geral, constituindo-se como aspectos importantes para uma adequada adaptação a doença e adesão ao tratamento.

Limitações do Estudo

Algumas limitações do presente estudo merecem ser consideradas. A primeira limitação deste estudo passa pelo facto de se tratar de um estudo transversal, e de não se poder definir a direcção das relações. Neste tipo de estudos, o apoio social é avaliado uma única vez, não sendo possível captar a influência de certos eventos vitais na percepção de apoio. De modo similar, uma única avaliação da adesão aos auto-cuidados, pode não captar as variações desse comportamento no dia-a-dia.

Em segundo lugar, a avaliação do suporte social por métodos indirectos (Self-Report) não revela a extensão na qual o suporte percebido reflecte os reais comportamentos do suporte social, uma vez que as características pessoais da personalidade também podem influenciar a sua percepção (Kaplan, et al., 1987). O mesmo se impõe a adesão aos auto-cuidados, visto que a avaliação por esse mesmo método depende da capacidade de memória do indivíduo, bem como da disponibilidade pessoal para revelar, de facto, qual é o seu comportamento em relação ao seguimento das recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde (Moosa, Jeenatt & Kazadi, 2007).

Apesar destas limitações esperamos com este trabalho, tentar contribuir para o conhecimento de algumas das variáveis intervenientes no processo de adesão ao tratamento e a influência do suporte social na mesma, e como também mostrar que a abordagem aos indivíduos com diabetes deve ser num contexto psicossocial, com estratégias de intervenção a nível do contexto social e comunitário.

Em termos de investigações futuras gostaríamos de ver desenvolvidos trabalhos na população com diabetes tipo 2, onde factores como a motivação, o suporte social e a adesão aos auto-cuidados e as suas barreiras sejam estudados mais profundamente para que se possa de futuro estas barreiras e melhorar a adesão ao tratamento. Assim como seria pertinente considerar a adesão ao tratamento na perspectiva dos profissionais de saúde.

Considerações Finais

Este estudo insere-se na área da Psicologia da Saúde, que tem como principais objectivos: compreender, avaliar a interação existente entre o estado de bem estar-físico e os factores biológicos, psicológicos e sociais. As doenças crónicas, muito frequentes nos dias de hoje, representam um alvo importante nas investigações e estudos científicos nesta área. Neste âmbito, a psicologia tem um papel fundamental na compreensão do impacto da saúde e da doença na qualidade de vida das pessoas.

O presente estudo possibilitou conhecer o perfil de indivíduos com diabetes tipo 2, em relação ao suporte social, adesão ao auto-cuidado, compreender aspectos referentes a essas variáveis que poderão subsidiar intervenções que auxiliem mudanças comportamentais para a adesão ao tratamento, uma vez que os últimos anos, tem-se assistido a um aumento do interesse em relação aos aspectos psicossociais e à qualidade de vida das pessoas com diabetes.

A adesão ao regime terapêutico assume um papel importante no mundo actual, tendo um enorme peso nas preocupações das políticas de saúde. O envelhecimento progressivo da população e o aumento das doenças crónicas, como a diabetes traduz-se num aumento exponencial dos gastos com a saúde. Importa pois, definitivamente integrar a temática da adesão ao regime terapêutico, nos currículos dos cursos de todos os profissionais de saúde, uma vez que, só uma abordagem multidisciplinar produzira os resultados desejados. Todos os profissionais de saúde, deverão dispor de formação e treino, que lhes permita a cada um na sua área definir e implementar intervenções para aumentar a adesão ao tratamento.

Tendo em conta a importância da adesão ao tratamento na diabetes, não podemos deixar de mencionar a importância da integração do psicólogo, como parte integrante e indispensável das equipas de saúde, no sentido de considerar as variáveis do controlo do comportamento de adesão ao tratamento e de elaborar planos de intervenção com o objectivo de propor estratégias de auto-controlo além de modelar os comportamentos necessários para o tratamento da doença, para que assim o indivíduo venha a ter os comportamentos que visam a melhoria dos índices de glicemia e conseqüentemente um melhor controlo da diabetes.

Um outro aspecto muito importante é que a pessoa com diabetes tenha um papel activo no seu cuidado, havendo uma maior entre a pessoa, a sua família e os profissionais de Saúde (OMS, 2003). Uma vez que o indivíduo com diabetes é totalmente responsável pelo auto-tratamento da sua doença e que a sua responsabilidade não é negociável, no sentido de que este não lhe pode escapar, nem transferi-la para outra pessoa (Silva, 2003).

É fundamental que se implementem programas educacionais envolvendo o doente e o prestador de cuidados como o objectivo de melhorar os conhecimentos relativamente à doença e à necessidade de cumprimento do plano terapêutico. O facto do doente estar mais informado vai ajudar o processo de aceitação quer da doença quer do tratamento. É também importante, promover o contacto com outras pessoas em situações semelhantes, permitindo a partilha de experiências, em especial a participação de utentes que têm uma experiência positiva no processo de aceitação da doença e dos tratamentos propostos, sendo um exemplo positivo para os indivíduos que apresentam mais dificuldades em gerir a doença. A aquisição de conhecimentos e habilidades que os ajudassem a ter capacidade para gerir a doença de forma adequada, tornando-se assim cada vez mais, independente dos profissionais de saúde. A educação do indivíduo com diabetes é imprescindível no sucesso da adesão e gestão do regime terapêutico, é um processo longo e difícil que necessita de acompanhamento para toda a vida.

O meio social em que o indivíduo com diabetes está inserido é importante. É reconhecido actualmente, que a família e os recursos comunitários devem de ser encarados como parceiros na equipa de saúde, razão pela qual devem ser aliados no processo de educação terapêutica imprescindível para o auto-controlo da diabetes.

Vários estudos mencionados ao longo da presente dissertação, evidenciam a importância do suporte social e do apoio da família, quer a nível da ajuda na aceitação da doença, quer no apoio físico e psicológico. Contudo, os profissionais de saúde devem agir com cautela avaliando a interacção familiar, tentando maximizar as atitudes construtivas e ajudando a minimizar as influências negativas e destrutivas e que por vezes o indivíduo com diabetes está exposto. Primeiro, é necessário identificar que tipo de suporte social é que o indivíduo dispõe, quais as interacções que se estabelecem a nível familiar, identificando o elemento facilitador, que pode ajudar na gestão do regime

terapêutico e depois, discutir com o indivíduo e a família o regime terapêutico (Lo, 1999).

Para se conhecer bem os indivíduos com diabetes e toda a panóplia de factores que a gestão desta doença envolve, é preciso tempo, disponibilidade e competências para o fazer. Os profissionais de saúde devem reconhecer que constituem uma fonte de suporte para indivíduos com diabetes, contribuindo na ajuda e na orientação à gestão eficaz da diabetes. É fundamental construir e manter uma boa relação profissional-utente, enfatizando o conceito de consulta centrada no doente e desenvolvendo o *empowerment* deste.

Bibliografia:

- Aolto, A.M., Vutela, A., & Aro, A.R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetes: disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*, 30, 215-225.
- Afonso, M.J., Raposo, J., & Boavida, J. (2006). Será possível aumentar a adesão aos programas de educação alimentar? Comunicação apresentada no 7º congresso Portugueses de Diabetes, 2006. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1 (1) Suplemento, 103.
- Alfonso, L.M., & Abalo, J.G. (2004). La Investigación de la Adherencia terapéutica como problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, 14 (1), 89-99.
- Algua, M., Francke, A.L., Kerkstra, A., & Van der Zee, J. (2004). Home care needs of patients with long-term conditions: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 417-429.
- Allen, S.M., Ciambrone, & Welch, L.C. (2000). Stage of Life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. *Journal of Aging and Health*, 12 (3), 318-341.
- Almeida, T. & Sampaio, F. (2007). Stress e Suporte Social em Familiares de Pessoa com Paralisia Cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 145-151
- Almeida, M.R.F. (2003). A participação dos enfermeiros na promoção da Saúde. *Ordem dos Enfermeiros* 10, 46-48.
- American Diabetes Association. (1998). *Medical Management of type 2 Diabetes (4ª ed.)*. USA: Clinical Education Series.
- American Diabetes Association. (2002). Diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 25 (Supplement 1), 90-93.

- American Diabetes Association. (2003a). Diabetic nephropathy. *Diabetes Care*, 26, (Suplement 1), 94-98.
- American Diabetes Association. (2003b). Diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 2, (Suplement1), 99-102.
- American Diabetes Association. (2004). Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3 (2), 54-59.
- American Diabetes Association. (2005). Guia prático clínico da diabetes 2005. Normas de Educação em diabetes. Recomendações práticas clínicas. *Diabetes Care*, 25, 533-549.
- Amorós,M.,Sánchez,J. & Carrillo,F.(2003).Adherencia al tratamiento. In Quiles, Sebastian & Carrillo (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud com Niños, Adolescentes y Famili*, (pp.73-94), Madrid: Editores Piramide.
- Anderson, B.J., & Rubin, R.R., (2002). Pratical psychology for diabetes clinicians-effective techniques for key bahavioural issues (2ªed). *American Diabetes Association*.
- Anderson, B.(2006). *Empowerment*. Conferência apresentada no 7º Congresso Português de Diabetes 2006.
- Anderson,B.J & Rubin, R.R.(2002).Understanding Psychological Issues that affect self-care. In *Pratical Psychology for diabetes clinicians: Effective Techniques for Key Behavioral Issues* (2ºed) (pp-209-239). American Diabetes Association.
- Associação Protectora dos Diabeticos de Portugal (2001). *Viver com a Diabetes*. Lisboa: Climepsi Editores
- Assunção, M.C.F., Santos, I.S., & Costa, J.S.D. (2002). Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 579-585.

- Barros, L.(1999). *Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentalista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bastos, F.S. (2004). *Adesão e gestão do Regime Terapêutico do diabético tipo 2.Participação das Esposas no plano educacional*. Tese de dissertação de mestrado em saúde pública, apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C.(2007). Propriedades psicométricas da Escala de auto-cuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.
- Beker, M.H., & Guen, L.A. (1975).Sociabehaviorial determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 13 (1), 10-24.
- Bennett, P.(2004). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde* (1ªed), Lisboa: Climepsi.
- Bidls, S. & Mutrie, N. (2001). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-being and Interventions*. London: Routhledge.
- Bielmann, V.L.M. (2003). A família no cuidado do ser humano com câncer e sentindo a experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem* 56 (2), 133-137. Retirado em 12 de Junho de 2009 de www.scielo.pt.
- Bishop, G.D.(1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Brannon, L., & Feist, J.(1997).*Health Psychology- An Introduction to Behavior and Health*.USA: Brooks/cote Publishung Company.
- Brannon, L. & Fiest, J.(2001). *Psicologia de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Brooks, A.P. (2005). Aspectos relacionados com a adesão ao tratamento da diabetes. *Diabetologia Medical Revie*, 2, 5-7.

- Bugalho, A., & Carneiro, A.V. (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa:Ensaio da Corld.
- Camarano, A.A. (2003). Mulher idosa: Suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, 17 (4), 35-63.Retirado a 23 de Maio de 2009 de www.scielo.br
- Campos, A.(2006) *Epidemia mundial da diabetes: Intervenção do Ministro da Saúde na Comemoração do dia Mundial da diabetes*. Assembleia da República. Retirado a 17 de Dezembro de 2008 de www.portaldasaude.pt
- Carmo, H; Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para a auto-prendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Cheng, T.Y.L., & Boey, K.W.(2000).Coping, Social Support, and depressive symptoms of older and adults with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Gerontologist*, 22(1), 15-30.
- Clarck, C.M. (2004).Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 8(10), 135-140.
- Clarck, M. (2002).Lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 6(6), 182-187.
- Cohen, O., Birnbaum, G.E., Meyuchas, R.,Levinger, Z., Florian,V.,& Mikulincer, M.(2005). Attachment orientations and spouse support in adults with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 10 (2), 161-165.
- Correia, C.S.L. (2007). *Adesão e Gestão do Regime terapêutico em diabéticos tipo 2*.Dissertação para a obtenção do grau de mestre em comunicação da Saúde apresentada a Universidade Aberta: Lisboa.
- Correia, C., Galegã, C., Nobre, C., & Saraiva, F.(2004). *Nível de educação sobre prevenção do pé diabético em diabéticos tipo 2, seguidos em consulta de enfermagem no centro de saúde da Lourinhã*. Monografia de licenciatura de

Enfermagem, Instituto politécnico de Leiria, Escola Superior de Enfermagem de Leiria.

- Cox, D.J., Gonder-Frederick, L. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 60, 628-638.
- Cruz, S.C. (2005). Tratamento não farmacológico da diabetes tipo 2. *Revista Portuguesa de clínica Geral*, 21,587-595.
- Culos-Reed, N., Rejeski, J.,Mcauliy, E.,Ockene, J.K., & Roter, D.L.(2000). Predictores of adherence to behavior change interventions in the elderly. *Controlled clinical Trials*, 21,20S-205S.
- Dalewitz, J., Khan, N., & Hershey, C.O.(2000).Barriers to control f blood glucose in diabetes mellitus. *American Journal of Medical Quality*,15(1),16-25.
- Davis, W.K., Hess, G.E., & Hiss, R.G. (1998). Psychological correlates of Survival in diabetes. *Diabetes Care*, 11,538-545.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985).*Self-determination Theory- An Approach to Human Motivation*. Retirado a 23 de Setembro de 2009 de <http://www.psych.rochester.edu>.
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). The “What” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11,227-268.
- Deci, E. & Ryan, R. (2002).*Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.
- Delamater, A.M. (2006).Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24 (2), 71-77.
- Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia Saúde & Doença*, 2 (2), 81-100.

- Dios, C., Avedillo, C., Paloo, A., Ortiz, A. & Agud, J.L. (2003). Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. *Eur Journal Psychiat*, 17 (3), 171-182.
- Ó, D. & Loureiro, I.(2006). A influência da relação terapêutica na compensação das pessoas com diabetes, *Diabetes em Equilibrio*, 38,33-34
- Duarte, R.(2002). Epidemiologia da Diabetes. In R.Duarte (coord). *Diabetologia clínica* (pp, 43-57). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Duarte, R.(2002). *Diabetologia clínica* (3ªed.). Lisboa: Lidel.
- Duarte, R., & Caldeira, J.(2003). Terapêutica da diabetes tipo 2. In R. Duarte, *Diabetologia Clínica* (3ªed.) (pp, 119-146). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.
- Dunbar-Jacob, J., & Schlenk, E.A. (1996). Treatment Adherence and Clinical Outcome: Can we make a difference? In R.J.Resnik & R.H.Rozenky (Eds.). *Health Psychology thought the life Span*. Pratices and Research opportunities (cap.21). Washington DC: American Psychological Association.
- Dunn, S.M. (1998). Reactions to educational techniques: coping strategies for diabetes and learning. *Diabetic Medicine*, 3, 419-429.
- Franco, L.J. (2004). Prevenção da diabetes mellitus tipo 2. *Diabetes Clinica*, 3(3), 217-218.
- Funnell, M. & Anderson, R. (2004).Empowerment and Self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22 (3), 123-127.
- Garrett, S.P.A.G.A. (2008). *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: Factores Motivacionais*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade do Porto.

- Gallego, M.R. (2005). Terapêutica oral da diabetes tipo 2. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21,575-583.
- Glasgow, R.E., & Anderson, R.M. (1999).In *Diabetes Care*, Moving from Compliance to Adherence. Is not enough something entirely different is needed. *Diabetes Care*, 22(12), 2090-2091.
- Golin, C.E., Dimatteo, M.R., & Gelberg, L.(1996). The role of patient participation in the doctor visit: implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*, 19 (10), 1153-1164.
- Gomes, M.E.C. (2008). *Qualidade de Vida e Diabetes: Variáveis Psicossociais*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade do Porto.
- Gonder-Frederick, L.A., Julian, D.M., Cox, D.J., Clarck, W.L., & Carter, W.R.(1998). Self-Measurement of blood glucose: accuracy of self-reported data and the adherence to recommended regimen. *Diabetes Care*, 11(7), 579-585.
- Gonzalez, J.S. et al. (2004). Social support, positive states of mind and HIV Treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23(4), 413-418.
- Gois, C.(2000). Adaptação psicológica e controle metabólico. *Arquivos de Medicina*, 18 (1), 54-55.
- Graça, S.(2000). Diabetes e Estilo de Vida. *Diabetes -Viver em Equilíbrio*, 16, 4-5.
- Griffth, L.S., Field, B.J.,& Lustman, P.J.(1990).Life stress and social support in diabetes: association with glycemic control. *Internation Journal of Psychiatry in Medicine*, 20 (4), 365-372.
- Gross, C.C. (2004). *Versão Brasileira da Escala PAID (Problem Areas in Diabetes): Avaliação do Impacto do Diabetes na qualidade de vida*. Dissertação para a

obtenção do grau de mestre em Psicologia apresentada a Universidade do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Retirada a 30 de Maio de 2009 de <http://www.universia.com>.

Hanestad, B.R.(1993).Self-reported quality of life and the affect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 19,139-149.

Haynes, B.(2006). *Patient Adherence*. Retirado a 3 de Fevereiro de 2009 de <http://www.medscape.com>

Haynes, R.B., McDonald, H.P. & Garg, A.X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2880-2883.

Heitman, L.K. (2004). Social Support and cardiovascular health promotion in families. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 86-91.

Helgeson, V.S., 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.

Helman, C.G. (2003).*Cultura, Saúde & Doença*,(4ªed). Porto Alegre: Artmed.

Hjelm,K.,Nyberg,P.,& Apelqvist,(2002).Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 673-684.

Holm, A.L., Andersen, A.F. & Jorgensen, M.E. (2008). *Type diabetes.Social relations and health behavior*. Retirado a 23 de Outubro de 2009 de www.pubmed.com.

Horne, R. (2000). Compliance, Adherence and Concordance. In P.Gard (Eds.).*Behavioural Approach to Pharmacy Practice*, (pp.166-183) London: Blackwell.

- House, J.S., Umberson, D., & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14,293-318.
- Jayne, R.L. & Rankins, S.H. (2001). Application of Levanthal Self-Regulation model to Chinese immigrant's type 2 diabetes. *Image JNurs sch*, 33 (1): 53-59.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L.(2005). *Psicologia da doença para cuidados de Saúde. Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.
- Kaplan, R.M., & Hartwell, S.L. (1987).Differential affects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with type 2 diabetes mellitus. *Health Psychology*, 6(5), 387-398.
- LaGreca, A.M., Auslender, W.F., Greco,P., Spetter,D., FisherJr., E.B., & Santiago, J.V.I.(1995). I get by with a little help from my family and friends: adolescents support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(4), 449-476.
- Larsson, D., Lager, I., & Nilsson, P.M. (1999).Socio-economic characteristics and quality of life in diabetes mellitus-relation to metabolic control. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2,101-105.
- Leite (2005). Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças diabéticas. In M. Guerra, & L. Lima, (Eds), *Intervenção Psicológica em grupos em contextos de Saúde*, (155-174). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lemos, M.S. (1999). Motivação, aprendizagem e desenvolvimento. In A. M. Bretão, M. Sanches Ferreira e M. Ribeiro dos Santos (Eds.), *Pensar a escola sob os olhares da psicologia* (pp.69-86), Porto: Afrontamento.
- Lemos, M.S. (2005). Motivação e Aprendizagem. In Miranda, G.L. & Bahia, S.(Orgs.), *Psicologia da educação. Temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino* (pp.193-231), Lisboa: Relógio d'Água.

- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: a Key for avoiding long-term complications of diabetes. *Archives of Medical Research, México City*, 36,300-306.
- Lin, E., & Ciechanowski, P. (2008). Working with patients to medication adherence. *Clinical Diabetes*. 26(1), 17-19.
- Lo, R. (1999). Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 418-424.
- López, D.M.M., López, V.M.G., Ruiz, M.E.G., López, J.H.P., & Escobar, A. (2004). Disfuncion familiar y control del paciente diabetico type 2. *Revista Médica del IMSS*, 42 (4), 281-284.
- Kessler, R.C & Mcleod, J.D. (1985). *Social Support and mental health in community samples In S. Cohen, & S.L .Syme, (ed). Social support and Health Academic Press Kissela.*
- Kessler, R.C., Price, R.H., & Wortman, C.B. (1985). The study of vulnerability factors: Social support and coping processes. In R.C.Kessler, R.H.Price, C.B.Wortman. *Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes. Annual Review of Psychology*, 36,540-550.
- Koelewj, M.S., VanSteenkiste, B., Ronda, G., Wersing, M., Stoffers, H.E., Elwyn, G., Grol, R., Van Der Weijden, T. (2008). Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurseled intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). *BMC Health Services Research*, 8,9. Retirado em 11 de Abril de 2009 de <http://www.biomedantral.com>
- Marroco, L.A., Dwyer, J.T., Bermudez, O.L., & Ouyang, C. (2001). Elder power: overcoming barriers to self-management of type 2 diabetes in older adults. *Topics in clinical Nurticion*, 17(1), 72-79.

- Martire, L.M., Lustig, A.P., Schlz, R., Miller, G.F., & Helgeson, V.S.(2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta- analisys of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology, 23 (6)*, 599-611.
- Mendes, A.(2000). *Stress em estudantes de enfermagem e imunidade: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Dissertação de Doutoramento. Braga: Universidade de Braga.
- Mendes, R.F., Ribeiro, J.P.& Silva, A.M. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia I: dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia: Saúde & Doença, 3 (1)*, 61-68.
- Mestre, S., & Ribeiro, J.P. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na teoria de auto-determinação. In I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I.silva & S.Marques (Edts.) (pp.623-626). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* Lisboa: ISPA.
- Michie, S. & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology and health, 19*, 29-49.
- Miller, C.K., & Davis, M.S. (2005). The influential role of social support in diabetes management. *Topic in clinical Nutrition, 20(2)*, 157-165.
- MillerJohnoson,S.,Emery,R.E.,Marvin,R.S.,Clarke,W.,Loevinger,R.,&Martin,M.(1994). Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(3)*,603-610.
- Moosa, M.Y.H., Jeenah, F.Y., & Kazadi, N.(2007). Treatment adherence. *Shouth African Journal of Psychiatry, 13*, 2.
- Moraes, T.P.R.,& Dantas, R.A.S.(2007). Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planeamento da assistência de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(2)*, 323-329.

- Myers, L.B., & Midence, K.(1998).Concepts and issues in adherence. In L.B. Myeres, & K. Midence (Eds), *Adherence to treatment in medical conditions* (1-24) Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Neto, A.(2004). *Psicologicamente diabetes*. Retirado a 25 de Janeiro de 2009 de www.hmirandela.min-saude.pt
- Nicklett, E.J. & Liang, J. (2009). *Diabetes-Related Support, Regimen Adherence, and Health Decline among Older Adults*. Retirado a 23 de Outubro de 2009 de www.pubmed.com
- Nunes-Corrêa, J. (1999). Insulinoterapia na Diabetes tipo 2 Diabetes - *Viver em Equilíbrio*, 10, 12.
- Nunes, M.M.J.C. (1999). Qualidade de vida e Diabetes: Influência das variáveis Psicossociais. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Nunes, M.(2005). Apoio Social na Diabetes. Millenium: *Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 9 (31), 135-149.
- Ó, D.M. do., Loureiro, I.(2007). Adesão ao regime terapêutico da diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 2 (2), 18-21.
- Odgen, J.(1999). *Psicologia de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, J.E.P. (2004). *Tratamento: não-medicamentoso e medicamentoso* In J.E.P,Oliveira & A.Milich. Diabetes Mellitus: Clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar (pp.45-46). São Paulo: Editores Atheneu,.
- Organização Mundial da Saúde.(2004). *Adesão aos tratamentos a longo prazo. Provas para a acção*. Retirado a 3 de Maio de 2009 de <http://www.who.int/chronic-conditions.com>.

- Organização Mundial de Saúde.(2003). *Cuidados Inovadores para condições crónicas: componentes estruturais de acção*. Relatório Mundial. Retirado a 23 de Março de 2009 de <http://www.who.int/chronic-conditions.com>.
- Ornelas (1994). Suporte Social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2; 3(12), 333-339.
- Ownbly, R.L.(2006).*Medication adherence and cognition Gereiatrics*. Retirado a 2 de Abril de 2009 de <http://www.geri.com/geriatric/article/articledetail>.
- Pace, A.E, Ochoa-Vigo, K., Caliri, M.H.L., & Fernandes, A.P.M. (2005). O reconhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Retirado a 25 de Setembro de 2009 de www.scielo.br.
- Peel, E., Douglas, M.,& Lawton, J.(2007).Self monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: Longitudinal qualitative study of patients perspectives. *British Medical Journal*, 335 (7618),493. Retirado em 20 de Maio de 2009 de <http://bmjournals.com>.
- Pereira, C.V. (1997). *Representações da doença e comportamentos de adesão em sujeitos diabéticos insulino-dependentes*. Monografia de licenciatura em Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Pierce, G.R., Sarason, B.R., & Sarason, I.G.(1992). General and specific support expectations and stress as predictors of perceived supportiveness: An experimental study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (2), 297-307.
- Ramos, M.(2002). *Apoio Social e a Saúde entre idosos*. Sociologias. Retirado a 20 de Junho de 2009 de <http://www.scielo.br>.
- Ramos, M.(2004). *Psicologia clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Raposo, J. F. (1999). Antidiabéticos Oraís. *Diabetes - Viver em Equilíbrio* 10, 8.

- Reach, G.(2003).*Observance in diabetes: from therapeutic education to therapeutic alliance*. Ann Med Interne.
- Rezende, L.K., Mendes, I.J.M., & Santos, B.M.O. (2007). Suporte Social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e aplicadas*, 28 (1), 107-111.
- Ribeiro, J.L.P.(1998).*Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (1ªed), Coimbra: Quarteto.
- Rodriguez-Moran, M., & Guerro, R.J.F. (1997). Importncia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública Mexico*, 39 (1), 44-47. Retirado em 9 de Setembro de 2009 de www.universia.pt.
- Rossi, V.E.C. (2005). *Supporte Social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes tipo 2*.Dissertação para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Retirado a 30 de Maio de 2009 de <http://www.universia.com>.
- Rubin, R.R. (2005).Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *The American Journal of Medicine*, 118(SA),275-345.
- Ryan, R.M.(1991).*The nature of the self in autonomy and relatedness*. In J.Strauss & G.R.Goethals (Eds.)(208-238).The self: Interdisciplinary approaches. New York: Springer-Verlag.
- Ryan, R.M. (1995).Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63.397-427.

- Sacco, W.P. & Yanover, T. (2006). Diabetes and depression: The Role of Social Support and Medical Symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (6), 523-531.
- Santana, M.G. (2002). *Rede de Saberes em diabetes e saúde: um exercício de interdisciplinaridade*. Pelotas: Edição Independente.
- Santos, C.S.V.D, Ribeiro, J.L.P & 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.
- Sarason, I.G. (1988).Social Support, personality and health. In M.Jenisse (Ed.), *Individual Differences, Stress and health Psychology* (pp.109-12)7.New York: Springer-Verlog.
- Schechter, C.B.,&Walker, E.A.(2002). Improving adherence to diabetes self-management recommendations. *Diabetes Sepectrum*, 15 (3), 170-175.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, P., & Vadhara, K. (2007).Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management bahaviours. *Journal of Psychosomatic Research*, 63,175-184.Retirado a 20 de Maio de 2009 de [htt://psy-publications.group.shef.ac.uk](http://psy-publications.group.shef.ac.uk).
- Serra, A.V. (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor
- Serra, A.V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3ºed). Coimbra: Minerva
- Silva, I.(2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e ciências da Educação na Universidade do Porto
- Silva, I.L. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Silva, I., & Ribeiro, J.(2000). Programa de intervenção psicológica num grupo de indivíduos com problemas de pé diabético (pp.311-322). In J.L.P.Ribeiro, I.Leal & M.R.Dias (Eds.), *Psicologia da Saúde nas doenças crónicas - Actas do 3º congresso nacional de psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H.(2005). Variáveis Psicológicas Associadas à Adesão ao Tratamento da Diabetes Mellitus.In E.Costa (Ed), *Dimensões da vinculação em diferentes contextos relacionais* (pp.159-171). *Psicologia, XVIII*, (2). Edições Colibris: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002). Questionário de Auto-Cuidado na Diabetes – Contributo para a criação de um instrumento de avaliação da adesão ao Tratamento. *Psiquiatria Clínica, 23* (3), 227-237
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica, 20* (2), 185-194.
- Silva, M.J.M. (2003). *Avalização da qualidade de vida de Portadores de diabetes Melito*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina. Retirado a 13 de Junho de 2009 de <http://www.universia.com>.
- Shaw, B.A., Gallant, M.P., Riley-Jacome, M. & Spokane, L.S.(2006). *Assessing sources of support for diabetes self-care in urban an rural underserved communities*. Retirado a 23 de Outubro de 2009 de www.pubmed.com.
- Sousa, M.R. (2003). *Estudo dos Conhecimentos e Representações de doença Associados a adesão terapêutica nos Diabéticos tipo 2*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Educação apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

- Sprague, M.A., Scultz, J.A., & Branen, L.J.(2006).Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self management after diabetes education. *Family Community Health*, 29(4), 245-255.
- Sprinthal, R.C & Sprinthal, N.A. (1991). Psicologia educacional uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: McGrawHill.
- Stuart, M.E.(1991). An analysis of the concept of family. In A.L. Wall & E.Fawcett.*Family theory development in nursing State of the Science and art.* (pp.31-42). Philadelphia: FA Davis.
- Stuart, R.B., & Davis, B.(1972).The what, who, and how of obesity and what should be done about it. In *Slim change in fat world. Behavior control of obesity.* Illinois: Research Press Company.
- Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde.* São Paulo: Artmed.
- Stroebe, W. & Stroebe, M.(1995). *Stress e Saúde.* In *Psicologia Social e Saúde.* (pp.239-278). Lisboa: Instituto Piaget.
- Symister, P. & Friend, R. (2003).The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*,22(2),123-129.
- Teixeira, F.S. (2000).A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*, 23 (10), 1556-1562.
- Temporão, J.G. (2006). *Dia Mundial do Diabetes chamado a atenção para o avanço da doença entre crianças e jovens.* Retirado a 4 de Outubro de 2009 de <http://pt.wikinews.org>
- Toobert, D.J., & Glasgow, R.E.(1994).Assessing diabetes self-management:t he summary of diabetes Self-care activities questionnaire. In C.Bradley (Ed.)

(pp.35-378).*Handbook of Psychology and Diabetes*. Switzerland: Harwood Academic Press.

Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing, 10*, 618-627

Turk, D.C., & Meichenbaum, D.(1991). Adherence to Self-Care Regimes. The patient's perspective. In J. J.Sweet, R.H. Rosensky & S,M,Toivan (Eds.)(pp. 249-267). *Handbook of clinical Psychology in Medical Settings*. New York and London. Plenum Press.

Vaz-Serra, A.(1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Vazão, M.J. (2008). *Relações entre optimismo disposicional, representações de doença, adesão às actividades de Autocuidado e bem-estar subjectivo na diabetes tipo 2*. Lisboa: Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Villa, I.C., & Vinaccia, S.(2006). Adhesion Terapêutica y variables Psicológicas Asociadas en Pacientes com Diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicologia y Salud, 6* (1), 51-62.

Villas Boas, L.C.G. (2009). *Apoio Social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2*.Dissertação para a obtenção do grau de mestre em enfermagem apresentada a escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Retirado a 13 de Junho de 2009 de <http://www.universia.com>

Vincze, G.,Barner, J.C., Lopez,D.(2004).Factors associated with adherence to self-monitoring of blood glucose among persons with diabetes. *The Diabetes Educator, 30* (1). 112-125.

- Waldman, B.F. (2006). *Envelhecimento Bem-Sucedido: Uma Metodologia de cuidado a pessoa com Diabetes Mellitus*. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Retirada em Janeiro de 2010 de www.universia.pt
- Wen, L.K., Shepherd, M.D., & Parchman, M.L. (2004). Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 30(6), 980-993.
- Weyers, S., Dragan, N., Möbus, S., Beck, E.M., Stang, A., Mohlenkanp, S., Jockel, K.H., Erbel, R., & Siegrist, J. (2008). Low Socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the heinx Nixdorf Study. *Internacional Journal for Equity in health*. London, 7(13), 17.
- Williams, G.C. (2004). Testing a Self-Determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23, 58-66.
- Williams, G.C., Graw, V.M., Rayan, R.M., Freedman, Z.R., & Deci, E.L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- Williams, G., Freedman, Z., & Deci, E. (1998). Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651.
- Williams, G.C., McGregor, H.A., Zeldman, A., & Deci, E.L. (2004). Testing a Self-determination Theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23, 58-66.
- Williams, G, C., McGregor, H.A., Sharp, D., Koudis, R., Levesque, C., Ryan, R.M., et al. (2006). Testing self-determination Theory Invention for Motivating Tabacco

Cessation: Supporting Autonomy and Competence in a clinical trial. *Health Psychology, 25*,91-101.

Wilson, W., Ary, D.V., Biglan, A., Glasgow, R.E., Toobert, D.J., & Campbell, D.R. (1986). Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glycemic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care, 9*(6), 614-622.

Whittemore, R., Melkus, G.D., & Grey, M. (2005). Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in Woman With type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 195-203.

World Health Organization. (2001). *Adherence to Long-term Therapies. Policy for action. Meeting report.* Retirado a 3 de Maio de 2009 de <http://www.who.int/chronic-conditions>

Anexos

Anexo A
“Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa”

Ex.º Sr. Dr. António Almeida Gonçalves
Dir.º de Estudos de Ciências de Ética do U.F.P.
Falta a consideração do Ex.º no pedido de licença
Marília Veiga Ribeiro.
Com a melhor compreensão

REC 06/03/09 26

Exmo. Senhor Presidente Da Comissão de Ética Da
Universidade Fernando Pessoa



A presente carta cumpre o propósito de solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um estudo na área da Psicologia, no Centro de Saúde nº II, de Vila Real. Este pedido surge no seguimento do estágio que está a ser realizado nesta Instituição desde 3 de Novembro de 2008, protocolado entre a Universidade Fernando Pessoa e o Centro de Saúde nº II de Vila Real, actualmente sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva e a supervisão da Dra. Marisa Barros.

Enquanto aluna do 2º ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde é indispensável a realização do Estágio Curricular e de um estudo de investigação no domínio científico do estágio, para obter o grau de Mestre. Assim, delineou-se como temática para este estudo analisar a "Relação entre a Satisfação com o Apoio Social e a Adesão ao tratamento em pessoas com diagnóstico de Diabetes Tipo 2", cujo projecto de investigação se encontra em anexo.

No presente estudo será assegurado o respeito pelos requisitos éticos e deontológicos da conduta do psicólogo no exercício profissional, nomeadamente o respeito pelo consentimento informado (informar os participantes, de forma compreensível para os mesmos, sobre todos os procedimentos que serão adoptados, e obter o seu consentimento explícito) e o respeito pelos direitos dos participantes à privacidade e confidencialidade.

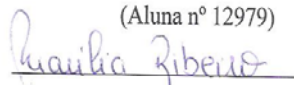
É de salientar que este estudo não causará prejuízo nem ao normal funcionamento das consultas de Psicologia, nem à realização das actividades a desenvolver no âmbito do Estágio Curricular.

De acordo com o que foi referido, peço então, com a máxima brevidade possível, a autorização de Vossa Excelência para a concretização deste estudo.

Atenciosamente,

Marília Veigas Ribeiro

(Aluna nº 12979)



Anexo B
“Autorização do Centro de Saúde II, Vila Real”

Marília Veigas
e anexo
8303

Exma. Senhora Directora do Centro de Saúde
nºII de Vila real

A presente carta cumpre o propósito de solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um estudo na área da Psicologia, no Centro de Saúde nº II , de Vila Real. Este pedido surge no seguimento do estágio que está a ser realizado nesta Instituição desde 3 de Novembro de 2008, protocolado entre a Universidade Fernando Pessoa e o Centro de Saúde nº II de Vila Real, actualmente sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva e a supervisão da Dra. Marisa Borges.

Enquanto aluna do 2º ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde é indispensável a realização do Estágio Curricular e de um estudo de investigação no domínio científico do estágio, para obter o grau de Mestre. Assim, delineou-se como temática para este estudo analisar a “*Relação entre a Satisfação com o Apoio Social e a Adesão ao tratamento em pessoas com diagnóstico de Diabetes Tipo 2*”, cujo projecto de investigação se encontra em anexo.

No presente estudo será assegurado o respeito pelos requisitos éticos e deontológicos da conduta do psicólogo no exercício profissional, nomeadamente o respeito pelo consentimento informado (informar os participantes, de forma compreensível para os mesmos, sobre todos os procedimentos que serão adoptados, e obter o seu consentimento explícito) e o respeito pelos direitos dos participantes à privacidade e confidencialidade.

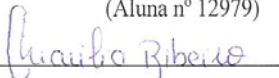
É de salientar que este estudo não causará prejuízo nem ao normal funcionamento das consultas de Psicologia, nem à realização das actividades a desenvolver no âmbito do Estágio Curricular.

De acordo com o que foi referido, peço então, com a máxima brevidade possível, a autorização de Vossa Excelência para a concretização deste estudo.

Atenciosamente,

Marília Veigas Ribeiro

(Aluna nº 12979)



Anexo C
“ Declaração de Consentimento”

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são:

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo D
“Questionário Sócio-Demográfico”

Questionário Sócio-Demográfico

Os questionários são anónimos e confidenciais, contudo pedimos-lhe alguma informação individual necessária para o presente estudo.

Por favor, assinale com um (x) a resposta que considera mais apropriada à sua situação.

1. Informações Geral

IDADE ____ anos	
SEXO	
Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>
RESIDÊNCIA	
Rural	<input type="checkbox"/>
Urbano	<input type="checkbox"/>
FREGUESIA _____	
CONSELHO _____	
NATURALIDADE _____	
ESTADO CIVIL	
Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
4ª classe	<input type="checkbox"/>
5º ao 6º ano	<input type="checkbox"/>
7º ao 9º ano	<input type="checkbox"/>
10º ao 12º ano	<input type="checkbox"/>
Ensino médio	<input type="checkbox"/>
Ensino superior	<input type="checkbox"/>
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado(a)	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/>
Estudante	<input type="checkbox"/>
Se empregado, qual a profissão que exerce. _____	
Com quem vive: _____	
Número de filhos: _____	

2. Informações Clínicas

TIPO DE DIABETES		TIPO DE TRATAMENTO	
Tipo I	<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>
Tipo II	<input type="checkbox"/>	Anti-Diabéticos orais	<input type="checkbox"/>
		Exercício Físico	<input type="checkbox"/>
		Alimentação	<input type="checkbox"/>

Há quanto tempo sabe que é diabético

Se outros indique qual

3. Notas Informativas

Teve de mudar a vida do dia-a-dia devido à diabetes? Sim Não

Participou em algum Grupo para a educação da diabetes? Sim Não

Se sim, onde?

Anexo E
“Questionário de Auto-Cuidado da Diabetes”

Questionário de Auto-Cuidado da Diabetes

As perguntas que se seguem dizem respeito aos cuidados que teve com diabetes durante os **últimos 7 (sete) dias**. Por favor, leia com atenção, cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado em frente da resposta que lhe parece estar mais próximo do que pensa. Faça apenas uma cruz (X) em cada pergunta. Se o cuidado referido não lhe tiver sido recomendado nas consultas, por favor, faça uma cruz na resposta “Não se aplica”.

1. As primeiras perguntas referem-se aos seus hábitos alimentares durante a última semana.

Ao longo da última semana quantas vezes	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
1.1 Fez o número de refeições por dia recomendado pelo seu médico, nutricionista ou enfermeiro?						
1.2 Comeu saladas, legumes ou hortaliças ao almoço e ao jantar (incluindo a sopa)?						
1.3 Comeu fruta nas merendas, fora das refeições principais (pequeno-almoço, almoço, jantar), sem exceder 3 peças por dia?						
1.4 Comeu pão acompanhando o almoço ou o jantar?						
1.5 Comeu doces, como, por exemplo, bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada, gelados, ou chocolates (sem ser por ter tido uma hipoglicemia)?						
1.6 Comeu as quantidades recomendadas de alimentos ricos em fibras, como o feijão, ervilhas, grão e cereais?						
1.7 Comeu alimentos cozinhados com pouco sal?						
1.8 Usou azeite para cozinhar e/ou temperar nas quantidades que lhe foram recomendadas?						
1.9 Consumiu mais do que um copo de qualquer tipo de bebida alcoólica às principais refeições?						
1.10 Consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica fora das refeições?						

2. As perguntas que se seguem dizem respeito à actividade física durante a última semana.

Ao longo da última semana quantas vezes	Sempre	Quase	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
2.1 Praticou a actividade física que lhe foi recomendada nas consultas?						
2.2 Praticou actividade física durante, pelo menos, 30 minutos? (incluindo caminhar)						

3. Perguntas que se seguem referem-se à monitorização da glicemia (picada no dedo) durante a última semana.

Ao longo da última semana quantas vezes	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
3.1 Fez a picada no dedo para medir o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?						
3.2 Picou o dedo para ver o açúcar no sangue nos horários recomendados pelo médico ou enfermeiro?						
3.3 Fez o registo dos valores do açúcar no sangue na folha ou livro de registos?						
3.4 Tomou medidas para corrigir hipoglicemias (baixas de açúcar no sangue) depois de fazer a picada no dedo (por exemplo, beber água com açúcar, comer)?						

4. As perguntas que se seguem fazem referência aos cuidados com os pés durante a última semana.

Ao longo da última semana quantas vezes	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
4.1 Examinou os seus pés como lhe foi recomendado pelo médico, ou podologista?						
4.2 Com que frequência lavou os seus pés?						

4.3 Depois de lavar, secou os espaços entre os dedos dos pés?						
4.4 Quando lavou os pés, aplicou creme hidratante, excepto entre os dedos?						
4.5 Usou o tipo de sapatos recomendado pelo médico, enfermeiro ou podologista (por exemplo, sapatos confortáveis, que não apertam, tacão médio, que não fazem transpirar muito)?						
4.6 Usou o tipo de meias recomendado pelo médico, enfermeiro ou podologista (por exemplo, de algodão, sem costuras)?						

5. As perguntas que se seguem referem-se à toma da medicação para diabetes durante a última semana.

Ao longo da última semana quantas vezes	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
5.1 Tomou os comprimidos para a diabetes na quantidade prescrita pelo médico?						
5.2 Tomou os comprimidos para a diabetes nos horários recomendados pelo médico?						
5.3 Injectou as doses de insulina na quantidade recomendada pelo médico?						
5.4 Injectou as doses de insulina nos horários recomendados pelo médico?						

Anexo F
“Escala de Satisfação com o Suporte Social”

Escala de Satisfação com o Suporte Social

As perguntas que se seguem dizem respeito ao apoio social. Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que melhor descreve aquilo que sente.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.					
2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.					
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.					
4. Estou satisfeito com as actividades e coisa que faço com o meu grupo de amigos.					
5. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.					
6. Por vezes, sinto-me só no mundo e sem apoio.					
7. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.					
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.					
9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.					
10. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.					
11. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.					
12. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.					
13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.					
14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.					
15. Gostava de participar em mais actividades de organizações (por exemplo, clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					