

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Qualidade de vida em pessoas com diabetes: um contributo para a reflexão sobre o suporte social recebido da família.

Reliane de Carvalho

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Emoções

Orientadora:

Professora Doutora Marta Alexandra Osório de Matos, Investigadora Integrada, Centro de Investigação e Intervenção Social-IUL, Professora Auxiliar Convidada, Instituto Universitário de Lisboa

Maio, 2020

AGRADECIMENTOS

Não importa a força que move a nossa alma, nem os passos que decidimos dar, nem mesmo saber que para chegar a qualquer lugar é preciso decidir começar a caminhar, se não tivermos pessoas certas em nosso caminho. Grande parte dos processos de construção envolve o outro ou os outros para que a realização ocorra. E é por isso, que gostaria de agradecer profundamente a todas as pessoas que me ajudaram na construção deste trabalho.

Em especial gostaria de agradecer profundamente a minha orientadora, a Professora Doutora Marta Alexandra Osório de Matos, por todo o seu empenho, profissionalismo, dedicação e atenção. Durante este longo período que trabalhamos juntas, pude descobrir que existe em si uma mulher extraordinária, decidida, competente, e que carrega acima de tudo, um grande espírito de liderança, pois a sua energia motivadora, suas palavras de incentivo e apoio nos momentos difíceis, foram energia propulsora para que eu não desistisse e continuasse. E quase todos os dias, durante este tempo de trabalho, nos momentos mais difíceis e nos momentos menos árduos, agradei ao Universo pelo dia que encaminhou todo o processo para que a conhecesse e a tivesse como orientadora, pois sei que tudo seria infinitamente mais difícil se não tivesse um “Ser Humano” com a sua luz, paciência, carinho, e todas as virtudes que compõe o seu “Ser”. O meu eterno e profundo agradecimento.

A todos que se empenharam para divulgar a pesquisa e para que tivéssemos tantos voluntários para o preenchimento do inquérito de pesquisa, um especial agradecimento aos médicos que trabalharam comigo no Brasil, aos amigos e colegas que trabalharam e trabalham na área de educação em diabetes, a todos os amigos de Portugal e Brasil, a todos os conhecidos e também pessoas que não conheço mas que se empenharam e que tiveram participação efetiva para que este trabalho desse certo. Muito, muito, muito obrigada...

Agradeço aos meus pais, pelo carinho, atenção, apoio, mas acima de tudo, pelo sonho que ajudaram a construir quando desde pequena me incentivaram a estudar e a seguir o caminho rumo ao doutoramento.

Aos irmãos, Reginaldo Francisco de Carvalho e Regiani de Carvalho, são para mim sempre e incondicionalmente fonte de apoio, amor e inspiração.

Ao meu namorado, companheiro de todas as horas, Jorge Alberto Coelho Lopes, pela paciência, pelos momentos que deixamos de algo realizar juntos para que eu pudesse estudar e este trabalho construir. Obrigada por ser fonte de apoio para mim, pelo amor, e acima de tudo, por me inspirar a continuar.

E por final o agradecimento a vida, a energia que abriga e move a minha alma, ao ar que respiro, ao Universo que sinto, se não fosse a vida nada disso seria possível...

RESUMO

A diabetes é uma doença crónica extremamente prevalente, com elevados impactos a nível familiar, individual, social e económico. É uma das doenças crónicas mais exigentes do ponto de vista comportamental e psicológico, devido às tarefas referentes ao tratamento. Dado a exigência o apoio recebido pela família é chave para as pessoas com diabetes, apesar de sub-representado na investigação. Neste sentido, o presente estudo procurou adaptar um instrumento que permitisse avaliar o suporte social informal recebido pelas pessoas adultas com diabetes. O segundo objetivo deste estudo visou testar a relação entre o suporte social recebido e a qualidade de vida; através do papel mediador da auto-eficácia e dos *distress*. Obtiveram-se dados completos de 169 participantes de nacionalidade brasileira (Midade=41) com diabetes. Preencheram um protocolo composto por medidas de suporte social, de qualidade de vida, auto-eficácia e *distress*, bem como questões de caracterização sóciodemográfica e clínica. O suporte social recebido de carácter emocional e instrumental não estava diretamente associado à qualidade de vida, no entanto a auto-eficácia (mas não o *distress*) demonstrou-se positivamente associada à qualidade de vida. Estes dados corroboram o papel primordial da auto-eficácia na gestão eficaz da doença com implicações na qualidade de vida. Este trabalho contribui com a adaptação preliminar de um instrumento de suporte social recebido para a população adulta com diabetes e para a reflexão sobre os recursos sociais e individuais no contexto de uma doença crónica altamente prevalente.

palavras chave: diabetes, suporte social, auto-eficácia, *distress*, qualidade de vida

ABSTRACT

Diabetes is an extremely prevalent chronic disease, with high impacts at the family, individual, social and economic levels. It is one of the most demanding chronic diseases from a behavioral and psychological point of view, due to the tasks related to treatment. Given the demand, the support received by the family is key for people with diabetes, despite being underrepresented in the research. In this sense, the present study sought to adapt an instrument that would allow assessing the informal social support received by adult people with diabetes. The second objective of this study aimed to test the relationship between the social support received and the quality of life; through the mediating role of self-efficacy and distress. Complete data were obtained from 169 participants of Brazilian nationality (Midade = 41) with diabetes. They completed a protocol composed of measures of social support, quality of life, self-efficacy and distress, as well as questions of socio-demographic and clinical characterization. The social support received of an emotional and instrumental character was not directly associated with quality of life, however self-efficacy (but not distress) proved to be positively associated with quality of life. These data corroborate the primary role of self-efficacy in the effective management of the disease with implications for quality of life. This work contributes with the preliminary adaptation of an instrument of social support received for the adult population with diabetes and for the reflection on social and individual resources in the context of a highly prevalent chronic disease.

Key-words: diabetes, social support, self-efficacy, distress, quality of life

INDICE GERAL

<i>Introdução</i>	1
Impactos e comorbilidades da diabetes	2
<i>Complicações agudas</i>	2
<i>Complicações crónicas</i>	3
Viver com diabetes	4
<i>O suporte social como um recurso na vivência da diabetes</i>	7
<i>Método</i>	10
Participantes	10
Variáveis e Instrumentos	12
<i>A Escala Comportamental de Suporte Social Familiar na Diabetes</i>	12
<i>Problems Areas in Diabetes</i>	13
<i>Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – Versão Breve (DES- SF)</i>	14
<i>Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil)</i>	15
Procedimentos.....	16
<i>Resultados</i>	16
Escala Comportamental de Suporte Social Familiar	16
<i>Estatística descritiva dos itens</i>	16
<i>Análise fatorial exploratória e fidelidade interna</i>	21
Relação entre o suporte social recebido e a auto-eficácia, o <i>distress</i> e a qualidade de vida	23
<i>Modelos de mediação: relação entre o suporte social e a qualidade de vida mediado pelo distress e auto-eficácia</i>	25
<i>Discussão</i>	29
<i>Referências</i>	33

Introdução

A diabetes mellitus é uma doença crónica e degenerativa. Ocorre quando o organismo não produz insulina (hormona importante na transformação dos alimentos em energia no organismo) ou a produz insuficientemente (Internacional Diabetes Federation [IDF], 2017). A diabetes é uma doença crónica com crescente prevalência que atinge milhões de pessoas em todo o mundo, em 2017 a prevalência foi de 8,8% na faixa etária de 20 a 79 anos, com estimativa de 9,9% para 2045.

No processo da digestão dos alimentos, a ação da insulina é importante para a digestão e transformação da glicose em energia que vai ser usada/armazenada pelo organismo para as funções vitais e para todo o funcionamento adequado do cérebro, funções fisiológicas e para gerar a atividade motora (e.g., IDF, 2017; Rech & Fonseca, 2019). Todo este processo é de elevada importância para a saúde, bem-estar físico e manutenção da vida.

Segundo a American Diabetes Association (2017), a diabetes mellitus é classificada em diferentes tipos¹:

Diabetes Mellitus tipo 1: é causada por uma reação autoimune, na qual o sistema imunitário ataca as células produtoras de insulina no pâncreas, resultando de uma combinação de suscetibilidade genética e de gatilhos ambientais, como infeções virais, toxinas ou outros fatores ambientais. Como resultado, o corpo não consegue produzir a insulina de que necessita o que leva a que as pessoas com diabetes tipo 1 necessitem de insulina todos os dias para controlar seus níveis de glicose no sangue e para a manutenção da vida. Pode desenvolver-se em qualquer idade, mas aparece com maior frequência em crianças, com dois picos de incidência, o primeiro entre quatro e seis anos de idade, e o segundo durante a puberdade inicial, entre 10 e 14 anos (Maruichi et al., 2012; Raaijmakers et al., 2014).

Diabetes Mellitus tipo 2: é o tipo mais prevalente e representa 90% do total de casos de diabetes (e.g., Holman, Young & Gadsby, 2015). Caracteriza-se pela produção inadequada de insulina, pela incapacidade do organismo em utilizar de forma eficaz essa hormona, o que é definido como resistência à insulina. As causas do diabetes tipo 2 estão bastantes relacionadas com o estilo de vida, dieta inadequada, tabagismo, falta de atividade física, sobrepeso e obesidade, bem como com a idade avançada (e.g., Imamura et al. 2015). Em

¹ Existem outros tipos de diabetes, nomeadamente gestacional na gravidez, no entanto para efeitos da elaboração desta tese apenas abordaremos entre dois tipos por serem os mais prevalentes.

estádios iniciais, esta doença pode ser oligossintomática (produzir poucos sintomas) ou até assintomática (não produzir sintomas), o que retarda seu diagnóstico, como resultado, muitas pessoas já têm complicações quando são diagnosticadas (IDF, 2017).

Impactos e comorbilidades da diabetes

A diabetes é uma doença de alto impacto tanto a nível familiar e individual, mas também ao nível social como económico, com consequências em termos de produtividade, funcionalidade, comorbilidades e mortalidade.

A diabetes está entre as 10 principais causas de morte com uma taxa de mortalidade precoce em 80% das pessoas com diabetes (Guariguata et al., 2011). Tem sido responsável por 10,7% da mortalidade global em pessoas dos 20 aos 79 anos de idade, número que excede a soma das mortes pelas principais doenças infecciosas - HIV e tuberculose (IDF, 2017). Além da mortalidade é uma doença dispendiosa do ponto de vista da gestão pública da saúde, no que diz respeito à prestação de cuidados, à comparticipação de terapêuticas e de meios de auto-monitorização da glicemia (e.g., Guariguata, Whiting, Weil & Unwin, 2011; IDF, 2017; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017). No Brasil os gastos em saúde decorrentes do diabetes mellitus em 2017 totalizam 29.3 bilhões, e a estimativa é que aumente 30% até 2045. (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2017). Em Portugal, os números são de 2015, e representou um custo de 1 936 milhões de euros (contabilizando todos os indivíduos com diabetes entre os 20-79 anos (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015). Também os custos indiretos da diabetes, como a morte prematura e a incapacidade gerada em alguns casos devido à doença são desafios sociais decorrentes da elevada (e crescente) prevalência da diabetes. Paralelamente do ponto de vista familiar e individual a vivência com diabetes implica uma gestão complexa, cuidada e integrada, como abaixo se descreve.

Complicações agudas

A diabetes pode ocasionar *complicações agudas* que são causa de recurso aos cuidados de saúde e de internamento e estão associadas a intercorrências médicas e/ou falhas terapêuticas (Gallego & Caldeira, 2007) e frequentemente resultantes de não adesão terapêutica (Almeida, 2003). A hiperglicemia (alta taxa de glicose na corrente sanguínea) e a hipoglicemia (baixa taxa de glicose na corrente sanguínea) são as mais frequentes. No entanto também pode ocorrer cetoacidose diabética (alteração do equilíbrio ácido-base do organismo que geram

alguns sintomas como vômitos, dor abdominal e confusão mental), estado hiperosmolar hiperglicémico (desidratação extrema), coma diabético hiperglicémico, convulsões ou perda de consciência e infecções e conduzir a complicações crônicas.

A *hiperglicemia* resulta da insuficiente produção de insulina ou da sua ação insuficiente ou, frequentemente, da combinação destes dois fatores (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2015). Esta falta de regulação de insulina, resulta na diminuição da entrada de glicose para o interior das células levando a que ocorra os principais sintomas da diabetes: sede em excesso (polidipsia), urina em excesso (poliúria), fome em excesso (polifagia), sensação de boca seca (xerostomia), acompanhados de emagrecimento rápido, fadiga, cansaço, visão turva, ingestão, vômitos, dor abdominal, inconsciência nos casos graves (e.g., Grossi & Pascali, 2009).

Quanto à *hipoglicemia*, esta pode resultar de aspetos imprevisíveis e fisiológicos, como omissão ou atraso de uma refeição, excesso de insulina/antidiabéticos orais, exercício físico intenso, ingestão de bebidas alcoólicas, insuficiência renal, insuficiência suprarrenal e (Grossi & Pascali, 2009). A hipoglicemia pode ser classificada em leve, moderada e severa. A leve, não afeta o estado neurológico, e a própria pessoa consegue socorrer-se e tratá-la com facilidade. Na moderada, embora haja alteração do estado neurológico, a pessoa consegue cuidar-se sozinha. Já a grave, necessita de outra pessoa para a correção, pois provoca mudança de comportamento, confusão, ou até mesmo o coma. Os principais sintomas de hipoglicemia são: nervosismo e ansiedade, suores, calafrios, irritabilidade e impaciência, confusão, pulsação rápida, tontura, fome, náusea, palidez, sonolência, sensação de fraqueza ou de falta de energia, visão turva ou comprometida, dilatação das pupilas, formigueiro ou dormência nos lábios, na língua ou bochechas, dores de cabeça, problemas de coordenação, pesadelos ou choro durante o sono e convulsões (e.g., Nery, 2008).

Complicações crônicas

Já as *complicações crônicas* podem ser macrovasculares (lesões dos vasos sanguíneos grandes) e microvasculares (lesões dos vasos sanguíneos pequenos). A nível macrovascular, as pessoas com diabetes podem desenvolver as doenças cardíacas coronárias que levam a angina de peito (dor no coração) ou enfarte do miocárdio, doença arterial e vascular periférica que contribui para acidentes vasculares, encefalopatia diabética e pé diabético (e.g., Cenci, Silva, Gomes & Pinheiro, 2017; IDF, 2017; Queiroz et. al., 2011). Já as complicações microvasculares são caracterizadas por lesões na visão (retinopatia), que constituem as causas mais comuns de cegueira irreversível, lesão neuronal (neuropatias), doença renal (nefropatia),

e amputações não traumáticas de membros inferiores. (e.g., IDF, 2017; Queiroz et. al., 2011; Oliveira et. al., 2009; Santos & Moreira, 2012). Além disso, a diabetes também tem sido associado a taxas aumentadas de cancro, incapacidade física e cognitiva, tuberculose e depressão (IDF, 2017).

Viver com diabetes

No sentido de gerir a doença e de prevenir as complicações e comorbilidades da diabetes, o dia a dia de uma pessoa com diabetes engloba um conjunto de atividades de auto-cuidado. Sendo uma doença crónica do metabolismo afeta vários aspetos do dia-a-dia – como a alimentação e o nível de atividade. Por isso a vivência com diabetes requer uma permanente (auto)vigilância dos comportamentos de saúde e pode requerer importantes mudanças de estilo de vida (e.g., Lessa & Teixeira, 1996; Price & Carees, 1996; Rodger, 1993). A seguir apresenta-se quatro tarefas essenciais que caracterizam a vivência com diabetes – auto-monitorização da glicemia, adesão terapêutica, alimentação e atividade física.

Automonitorização da glicemia

A auto-monitorização é uma tarefa absolutamente essencial na vivência com diabetes pois indica o nível de glicemia no sangue, cuja avaliação é um indicador do nível de controlo da doença ajudando a estabelecer as estratégias seguintes de gestão do nível de glicemia. É realizada com o emprego de glicosímetros, que utilizam fitas reagentes que proporcionam uma reação química, capaz de quantificar o valor da glicose, dando resultados em miligramas de glicose por decilitro de sangue (Derr, Kalyani & Saudek, 2006). A gota de sangue para a realização do teste de glicemia é realizada através de uma punção no dedo, feito com “canetas” específicas para isso. A auto-monitorização da glicemia pode ser desconfortável e causar dor, o que são fatores de dificuldade da realização da auto-monitorização na “ponta do dedo” em função das inúmeras terminações nervosas nesse local (Anderson, Freedland, Clouse & Iustman 2001). A frequência de testes realizados por dia, depende do tipo do diabetes, se é tipo 1, tipo 2 ou outro e pode variar de 6 ou mais testes por dia em pacientes com diabetes tipo 1 a apenas 2 testes por semana em pacientes com diabetes tipo 2 não insulinizado (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2006)

Adesão terapêutica

A adesão ao tratamento é fundamental, mas revela-se uma tarefa de elevada complexidade que implica a monitorização da glicemia no sangue e a administração de insulina exógena várias vezes ao dia, o uso de medicações, o controlo alimentar com restrição ou controlo dos hidratos de carbono e a prática regular de exercício físico (Almeida, 2003). O principal objetivo do tratamento é a diminuição dos elevados níveis de açúcar no sangue para evitar as complicações a longo prazo, sem provocar a ocorrência da hipoglicemia (baixa taxa de açúcar). Ou seja, torna-se necessário a tríade terapêutica, que integra alimentação adequada, exercício físico e utilização correta da medicação proposta, sendo ambos importantes e o desequilíbrio, ou a não adesão a um deles, acaba por repercutir nos outros, contribuindo para que o tratamento não seja eficaz (Duarte,1997).

Alimentação

Segundo a Associação Americana de Diabetes (American Diabetes Association, [ADA], 2017) a terapia nutricional das pessoas com diabetes tem como objetivo manter os valores de glicemia e de tensão arterial dentro ou o mais próximo possível de valores normais, assim, como um considerável cuidado com os alimentos que contém gordura para prevenir as complicações da diabetes a curto e a longo prazo, como doenças cardiovasculares. Utiliza-se a recomendação da *Dietary Reference Intakes* (DRIs), de que 45% a 65% do total de calorias da dieta seja de hidratos de carbono, para indivíduos saudáveis. Ou seja, numa dieta de 2 000 kcal, 225g a 335g de hidratos de carbono. Sendo a nutrição muito importante para a liberdade e o bem-estar individual, e também uma das bases para a obtenção do equilíbrio glicémico, um dos métodos criados para uma terapia nutricional que proporciona maior liberdade alimentar foi a contagem dos hidratos de carbono (CHO) das refeições. O método de CHO consiste em contabilizar as gramas de hidratos de carbono que serão ingeridos em cada refeição. Tendo por base esta contagem e o valor da glicemia pré-prandial (antes da refeição), o paciente calcula a dose de insulina que se aplicará (Laurenzi et al. 2001). A estratégia da contagem de hidratos de carbono é a chave do tratamento da diabetes e deve ser inserida no contexto de uma alimentação saudável. De todos os macronutrientes, os hidratos de carbono acabam por afetar a glicemia mais do que os outros, sendo sua totalidade convertida em glicose 100%.

Atividade física

A atividade física regular desempenha um importante papel na prevenção das complicações a longo prazo em pacientes com diabetes tipo 1 (Aman et al., 2009; Souza, Silva, Freitas & Borges, 2014; Ruzic, Sporis & Matkovic, 2008). Embora haja controvérsia na literatura no que diz respeito ao efeito benéfico do exercício na redução da glicohemoglobina, ao considerarmos todos os efeitos que o exercício traz a nível de saúde de forma global, desde dos efeitos físicos a psicológicos, é defendida a sua prática sendo uma recomendação importante aos pacientes com diabetes no geral, salvo exceções, quando outras condições físicas e fisiológicas são impeditivas de sua prática (e.g., Boulé, Kenny, Haddad, Wells & Sigal, 2003; Rolling et al., 2017). O exercício físico apresenta vantagens terapêuticas tanto em pacientes com diabetes tipo 1, como nos pacientes tipo 2, no entanto, é preciso que haja alguns cuidados com a recomendação e a prática de atividade física, principalmente em pacientes que fazem uso de insulina (Ferreira & Vivolo, 2015).

Como podemos concluir pelo descrito acima, a diabetes é uma das doenças crônicas mais exigentes do ponto de vista comportamental e psicológico, em que estes aspetos estão envolvidos praticamente em todas as tarefas referentes ao tratamento (Glasgow, 1995).

As mudanças nos hábitos alimentares, bem como a necessidade do uso de medicação, monitorização e prática de exercício físico representam um fator crítico na vida de pessoas com diabetes (Peres, Franco & Santos, 2008). Há uma considerável dificuldade de conviver com as necessidades do tratamento, sendo que estas sensações podem ser fontes de desconforto emocional e de sofrimento, dificultando a realização adequada dos cuidados propostos, o que por sua vez, acrescenta conflitos e tensões na vivência do quotidiano (Silva, 2001).

Uma grande parte do trabalho de gestão da diabetes é feito em casa (Shaw, Gallat, Jacome, & Spokane, 2006) levando que alguns autores a refiram como uma doença familiar e que influencia a família (La Greca & Bearmen, 2002). Donde o apoio de familiares pode ser um componente vital no sucesso do controlo da doença (Rad, Bakht, Feizi & Mohebi, 2013). Para além da gestão e adesão ao regime de tratamento da diabetes, as pessoas com diabetes têm de gerir as emoções de viver com uma doença crónica que representa um peso tão grande na sua vida, donde a presença de depressão e ansiedade é algo muito prevalente nas pessoas com diabetes. O que é especialmente preocupante porque existe evidências do obstáculo que o *distress* representa para uma boa auto-gestão da doença.

O suporte social como um recurso na vivência da diabetes

O suporte social (i.e., a ajuda de outros) tem sido descrito como um recurso que influencia a saúde e o bem-estar (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). De acordo com a perspectiva funcional, o suporte social consiste em representações sobre a qualidade e função das relações sociais na satisfação de suas necessidades (Schwarzer & Knoll, 2007; Rasclé et al., 1997) independentemente do número de pessoas que constitui a rede (Wills & Ainette, 2012). Concretamente, no âmbito desta perspectiva o suporte social pode ser dividido em: a) representações prospectivas sobre os recursos sociais que são percebidos como disponíveis e a qualidade do suporte social em caso de necessidade (por exemplo, Rasclé et al., 1997; Schwarzer & Knoll, 2007) – suporte social percebido; b) ou representações retrospectivas sobre ações de apoio de outras pessoas recebidas em um determinado momento, quando necessário (por exemplo, Lakey & Cohen, 2000; Schwarzer & Knoll, 2007) – suporte social recebido. Além disso, o suporte social pode ter diferentes tipos funcionais, dependendo do conteúdo do suporte que é percebido como disponível ou recebido (por exemplo, Cobb, 1976; Rasclé et al., 1997; Wills & Cohen, 1985): a) emocional: sensação de segurança e de apoio emocional; b) instrumental: assistência material ou comportamental; c) informativo: conselhos, sugestões e informações úteis para superar as adversidades. Finalmente, o suporte social também pode ser dividido de acordo com a fonte (por exemplo, Gauler & Kane, 2001, Lafrenière et al., 2003) que fornece: a) suporte informal: família e amigos; b) apoio formal: profissionais de saúde e assistentes sociais.

Sobre a influência do suporte social na saúde, a hipótese dos efeitos indiretos sugere que processos intermediários estão envolvidos no efeito do suporte social nos resultados de saúde (Wills & Ainette, 2012). Ou seja, que o efeito do suporte social nos resultados de saúde pode ser explicado por: emoções (por exemplo, afeto positivo), cognições (por exemplo, autoeficácia, autoestima, avaliações), comportamentos (por exemplo, adaptativo/desadaptativo) (e.g., Cohen, 1988; Cohen 2004; Cohen & Syme, 1985; Chatters, Connell; Ingersoll-Dayton, Krause & Shaw, 2004; Friend & Symister, 2003; Knoll e Schwarzer, 2007; Uchino et al., 2012).

De uma forma geral, a evidência empírica reforça a expectativa que ter suporte social é um recurso na vivência com diabetes traduzindo-se em bons resultados em termos de ajustamento à doença. O suporte social tem-se mostrado um importante facilitador no controlo da diabetes (Dam et al. 2005; Fretheim, Lisulo, Rise, Rygg & Steinsbekk, 2012), associado a melhorias

nos resultados clínicos, redução da sintomatologia psicossocial e adoção de um estilo de vida mais benéfico (Egede & Strom, 2012). A ajuda dada por outros está associada com o aumento da auto-confiança e da capacidade para ter comportamentos adaptativos para aderir ao regime de gestão de diabetes (monitorização da glicemia, cuidados alimentares, exercício regular) (e.g., Al-Dwaikat & Hall, 2017; Benight & Bandura, 2004; Song et al., 2012).

Concretamente, o suporte social está associado ao aumento da auto-eficácia para as tarefas de auto-gestão e com o controlo da glicemia (Consansu & Erdogan, 2014). A autoeficácia na Diabetes Mellitus pode ser definida como as auto-perceções que as pessoas com Diabetes sentem em relação à sua capacidade pessoal, o seu poder e os meios que disponibiliza para gerir com sucesso a diabetes da melhor forma possível. Sendo que as crenças de autoeficácia parecem exercer maior efeito na adesão terapêutica, pois o paciente necessita de competência para realizar uma série de tarefas como monitorizar a sua glicemia, ingerir uma alimentação saudável, praticar exercício físico, entre outras. (Carlos 2018, Patrão, 2011, Tharek et. al., 2018). As crenças podem ser de dois tipos: eficácia quanto ao resultado (eg. ao aderir ao regime alimentar conseguiu melhores glicemias) ou quanto a capacidade pessoal de exercer uma tarefa (eg. rotina semanal de atividade física 3 ou 4 vezes por semana). (Bandura 1982, 1989). Ou seja, as perceções de autoeficácia acabam por ter influência na saúde em duas vertentes diferentes, através da escolha dos próprios comportamentos pessoais que influenciam a própria saúde e a outra está relacionada com o impacto na resposta fisiológica de stresse (O'Leary, 1992).

O suporte social pode ser um fator relevante no controlo glicémico através de outros mecanismos, como a auto-eficácia, a adesão terapêutica, o auto-cuidado e a depressão (Fortman, Gallo, Walker & Phillis-Tsmias, 2010; Fukunishi, Akimoto, Horikawa, Shirasaka, & Yamazaki, 1998; Mayberry & Osborn, 2012; Osborn, Bains, Egede, 2010). O suporte social é considerado um dos factores importantes que contribuem para o auto-cuidado e para a adesão ao tratamento e controlo da doença (Trief, Ploutz-Snyder, Britton & Weinstock, 2004) o que pode facilitar os comportamentos de auto-cuidado e de gestão da doença (Epple, Wright, Joish & Bauerr, 2003). No entanto, a maioria dos estudos têm usado medidas genéricas de suporte social percebido, que foram desenvolvidas para população sem diabetes, e é relevante usar medidas de suporte social efetivamente recebido e no contexto de gestão da doença (Al-Dwaikat & Hall, 2017), sabendo que o apoio recebido que seja específico à doença em causa está associado com a auto-gestão da diabetes (Heisler, 2007; Song et al., 2017). A utilização de instrumentos de suporte social específicos aos comportamentos de ajuda no contexto da doença permitem ganhar maior compreensão sobre o contexto e sua

influência nos comportamentos de gestão da doença, o que se poderá traduzir em informação clínica relevante para a intervenção ao nível da literacia, a correção de comportamentos e crenças desadaptativas e o aumento da autonomia e eficácia no controlo da doença.

Neste sentido, o presente trabalho tem como principal objetivo focar-se nos comportamentos de ajuda (percebidos como) recebidos no que diz respeito à gestão/vivência com diabetes de indivíduos adultos com diabetes. No entanto, não estavam disponíveis instrumentos que permitissem medir este tipo de ajuda recebida em adultos. Sendo assim, o (1) primeiro objetivo específico desta tese foi a de realizar o estudo preliminar de adaptação da escala Escala Comportamental de Suporte Social Familiar para Adolescentes com Diabetes (Almeida & Pereira, 2011). A adaptação desta escala permitir-nos-á alcançar o segundo objetivo específico que consiste em explorar (2) a associação entre o suporte social recebido, a auto-eficácia, o nível de *distress* e a qualidade de vida da pessoa com diabetes.

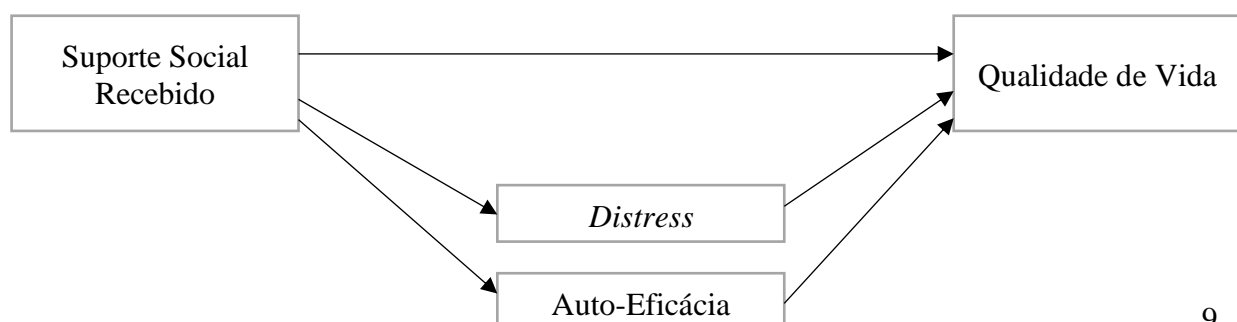
Tendo em conta as evidências sobre a relevância do suporte social (percebido e geral) no ajustamento à diabetes e tendo em conta que o suporte social está associado com melhores resultados clínicos, melhor auto-gestão, melhor auto-cuidado e melhor qualidade de vida, porque não só se constituem com um recurso (hipótese de efeitos diretos do suporte social; (Wills & Ainette, 2012) como também pode aumentar o nível de auto-eficácia e diminuir o *distress* na gestão da doença (hipóteses dos efeitos indiretos do suporte social; Schwarzer & Knoll, 2007), espera-se que (figura 1):

H1: O suporte social recebido esteja positivamente associado à qualidade de vida da pessoa com diabetes:

H2: O nível de auto-eficácia e o nível de *distress* sejam fatores explicativos da associação entre o suporte social recebido e a qualidade de vida da pessoa com diabetes.

Figura 1

Representação gráfica do modelo em estudo



Método

O presente estudo teve um design correlacional, com um único momento de recolha de dados, tendo exclusivamente por base a utilização de questionários *on-line* através da plataforma Qualtrics. No presente capítulo começamos por descrever os participantes e em seguida passamos à apresentação das variáveis e dos respetivos instrumentos utilizados no estudo, a começar pela escala de suporte social que foi adaptada para a população adulta e para o “Português do Brasil”. Por fim, apresentam-se os procedimentos para recolha de dados.

Participantes

Participaram 232 pessoas de nacionalidade brasileira, recrutadas com base nos seguintes critérios de inclusão: a) idade superior a 18 anos; b) ter diabetes tipo 1 ou tipo 2; e 3) capacidade para entender o protocolo por escrito. Critério de exclusão: pacientes com outros tipos de diabetes, mulheres grávidas, pessoas com outras doenças crónicas. No entanto, apenas 169 pessoas preencheram de forma completa os dados clínicos sobre a diabetes. Nesse sentido, apenas se incluíram nas análises subsequentes os participantes que preencheram completamente os dados relativos à sua doença.

Apresentam-se na Tabela 1 as características sociodemográficas. De um total de 169 participantes, 80,5% eram do sexo feminino e 19,5% eram do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 18 a 81 anos, com uma média de 41 anos ($DP=14,20$ anos). Quanto ao tempo de diagnóstico da diabetes, o número de anos apresentou uma oscilação de no mínimo 10 meses a 49 anos, tendo uma média de 16,24 em anos ($DP=12,71$ anos).

a) Características Clínicas

As características clínicas dos participantes encontra-se descrita na Tabela 1. Relativamente ao tipo de diabetes, 127 participantes possuíam diabetes tipo 1 (75,1%) e 42 participantes possuem diabetes tipo 2 (24,9%). Quanto ao tipo de tratamento, a maioria dos participantes utiliza insulina (50,3%), cerca de um quinto utiliza a conjugação de medicamento oral e insulina (20,1%). A grande maioria avalia a glicémia diariamente (73,4%). Metade dos participantes praticam atividade física (51,5%). Quanto ao cumprimento da dieta a maioria refere que a cumpre *às vezes* (54,4%), 36,7% referem cumprir e 8,3% referem não cumprir a dieta.

Tabela 1*Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes (n=169)*

Características sócio-demográficas		Frequências	%
Sexo	Mulher	136	80.5
	Homem	33	19.5
Características clínicas		Frequências	%
Tipo de Diabetes	Tipo 1	127	75.1
	Tipo 2	42	24.9
Tipo de Tratamento	Dieta	2	1.2
	Medicamento oral	22	13.0
	Insulina	85	50.3
	Dieta e Medicamento oral	12	7.1
	Medicamento oral e insulina	34	20.1
	Dieta e Insulina	10	5.9
	Dieta. Medicamento oral e insulina	2	1.2
Frequência de Avaliação da glicemia	Diária	124	73.4
	Semanal	17	10.1
	Mensal	4	2.4
	Trimestral	5	3.0
	Outras	19	11.2
Prática de Atividade Física	Sim	87	51.5
	Não	81	47.9
Cumpre a dieta	Sim	62	36.7
	Não	14	8.3
	Às vezes	92	54.4

Variáveis e Instrumentos

A Escala Comportamental de Suporte Social Familiar na Diabetes

A escala comportamental de suporte familiar na diabetes, foi alvo de uma adaptação preliminar para a população brasileira a partir da escala comportamental de suporte social familiar para adolescentes com diabetes. O processo de adaptação preliminar consistiu na adequação de cada um dos itens à população adulta. Esta é uma escala de auto-resposta originalmente desenvolvida por (McKelvey, et al., 1993), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Almeida & Pereira (2011). Foi criada para avaliar os comportamentos específicos da família relativos à diabetes, considerados como relevantes para ajudar a criança ou adolescente a lidar com as exigências da doença e do tratamento. A versão original da escala é composta por 47 itens que permitem avaliar se os comportamentos específicos da família relativos à diabetes são ou não relevantes para ajudar a criança ou adolescente nas exigências da doença e do tratamento. Permite também avaliar se o apoio recebido pelo jovem com diabetes é importante para a sua adaptação à doença e também para o ajudar a lidar com as exigências da doença e do tratamento, nos aspetos materiais e psicológicos (Almeida, 2003). Ainda segundo o autor, os itens pretendem avaliar duas áreas do apoio familiar: *Controlo-Aconselhamento* (guidance-control) – 15 itens; e 2) *Afecto* (warmth-caring) – 15 itens. E mais 17 itens, que não integram qualquer subescala. Além de permitir avaliar estas duas áreas de apoio familiar citadas, permite também calcular um resultado global do suporte social, que resulta da soma das respostas a todos os itens da escala. Para responder as questões relativas à escala, o participante deverá seleccionar a resposta que melhor descreve o que acontece na sua família, numa escala tipo Lickert de 5 pontos (1-Sempre a 5- Nunca). O estudo das características psicométricas da escala original apresentou uma consistência interna de: alfa de Cronbach de: 0,86 *para a escala total*; *Aconselhamento*: 0,81; *Afecto*: 0,79 (McKelvey, et. al, 1993). Nesta escala, os valores mais baixos em cada uma das sub-escalas indicam níveis superiores de suporte social.

A Adaptação do Instrumento.

A escolha deste instrumento decorreu da definição do que se pretendia medir, ou seja os comportamentos de ajuda (percebidos como) recebidos no que diz respeito à gestão/vivência com diabetes de indivíduos adultos com diabetes. Tendo-se para isso, realizado uma revisão de literatura centrada na definição de suporte social recebido, na relevância do suporte social no ajustamento à diabetes, e mais concretamente, no suporte social como recurso na vivência

com diabetes, tendo em consideração a relação com a auto-gestão, auto-cuidado e melhor qualidade de vida dos pacientes com diabetes. Na sequência de se ter constatado a ausência de instrumentos disponíveis na literatura que permitissem medir a variável suporte social recebido em adultos, realizamos um estudo preliminar de adaptação da Escala Comportamental de Suporte Social Familiar para Adolescentes com Diabetes para a população adulta brasileira, pois consideramos que a versão traduzida e adaptada deste instrumento para a língua portuguesa era o que mais se adequava ao que pretendíamos estudar. Além da preocupação em adaptar os itens no que concerne a idade (de adolescente para adulto), foi levado em consideração a preocupação com a diferença cultural na aplicação da língua portuguesa, e consideramos necessário realizar a alteração dos possíveis termos linguísticos que pudessem ser verbalizados de forma diferente e terem significados distintos no “Português de Portugal” e no “Português do Brasil”.

Na versão adaptada para a população adulta brasileira, foi mantida uma escala com formato de resposta tipo Likert de 5 pontos (1-Sempre a 5- Nunca).

Nos itens 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10,11, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 44, o termo “Meus pais” originalmente presente na escala foi substituído por “A pessoa que me auxilia no cuidado com a diabetes...”. Nos itens 1, 10, 16, 21 e 37 o termo “*pesquisa*” foi alterado para “*monitorização da glicemia*”, com o objetivo de se facilitar a compreensão do mesmo, respeitando e integrando a forma de expressão utilizada no “Português de Portugal” e no “Português do Brasil”. Nos itens 20, 29 e 31, 40, foi acrescentado “*ou a medicação*” para não restringir os itens a apenas os pacientes usuários de insulina, contemplando assim, os pacientes tipo 2 que usam apenas a medicação oral. Expandindo, contudo, a possibilidade de contemplar também os pacientes adultos que utilizam apenas medicação por terem desenvolvido o diabetes na fase adulta.

Problems Areas in Diabetes

Para avaliar o *distress* foi utilizada a B-PAID (Versão brasileira da escala PAID - Problems Áreas in Diabetes; Cross, 2004). Esta escala consiste em 20 questões que avaliam o impacto da diabetes e do tratamento na vida do paciente, a partir da sua perspectiva, cobrindo uma amplitude de diferentes estados emocionais dos pacientes tipo 1 e tipo 2, o que inclui algumas emoções como culpa, raiva, medo, irritabilidade, assim, como também inclui aspetos relacionados com a aceitação, insatisfação, ansiedade, depressão e com a algumas preocupações que o paciente possa ter. O PAID produz um *score* total que varia de 0-100, em que os valores mais altos indicam um alto nível de sofrimento emocional (*distress*). Utiliza

uma escala *Likert* de 5 pontos variando de: “Não é problema=0”, “Pequeno problema=1”, “Problema moderado=2”, “Quase um problema sério=3”, “Problema sério=4”. O *score* total de 0-100 total é alcançado pela soma das respostas de 0-4 dadas nos 20 itens do PAID e multiplicando esta soma por 1.25. O estudo das características psicométricas da escala original apresentou uma consistência interna (índice de alfa Cronbach) de: 0,94 e a versão brasileira da escala apresentou um índice de consistência interna, igualmente elevado de: 0,93.

Na presente amostra este instrumento apresentou uma consistência interna (índice de alfa Cronbach) de: 0,94.

Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – Versão Breve (DES- SF)

Para avaliar a auto-eficácia foi utilizada a Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – Versão Breve (DES- SF), adaptada linguística e culturalmente para o português por Aveiro, Santiago, Ferreira, & Simões (2015). Esta escala permite medir a capacidade do paciente para a gestão dos aspetos psicossociais da diabetes, assim como a insatisfação com o tratamento e a prontidão para fazer alterações. Permite também medir a capacidade do paciente para estabelecer e atingir os objetivos referente à diabetes. Em suma esta escala proporciona a oportunidade de medir diferentes aspetos da capacidade que o paciente com diabetes possui para a tomada de decisões e de controlar a sua própria doença, incluindo alguns aspetos emocionais como o *distress* e a motivação. A versão inglesa e original da escala apresentou uma consistência interna (índice de alfa Cronbach) de: 0,84 (Anderson, Fitzgerald, Gruppen, Funnell & Oh, 2003). Nesta escala, as respostas podem ser posicionadas numa escala tipo com 8 itens, tipo *Lickert* de 5 pontos que vão de 1-Concordo completamente a 5- Discordo completamente. O resultado é obtido pela média do somatório de todos os itens, e os valores mais elevados, quando apresentados, sugerem uma maior perceção de autoeficácia. A versão portuguesa da escala Aveiro, Santiago, Ferreira & Simões (2015), apresentou uma consistência interna (índice de alfa Cronbach) de: 0,87. Após a análise minuciosa dos itens existentes nessa escala, traduzidos para a versão portuguesa, consideramos que não havia variações linguísticas e culturais que pudessem comprometer o nosso estudo que seria realizado no Brasil, já que todos os termos, de todos os itens sem exceção, sob a nossa análise, não apresentavam variação linguística nem cultural do “Português de Portugal para o Português do Brasil”. Portanto, foi utilizado neste trabalho a versão breve (DES- SF) traduzida para o “Português de Portugal” sem nenhuma alteração. O nosso estudo, no que

concerne a esta escala, apresentou uma consistência interna idêntica a apresentada pelo estudo de avaliação das propriedades psicométricas da versão original e muito próxima da versão portuguesa, uma consistência interna (índice de alfa Cronbach) de: 0,84.

Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil)

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil), traduzido e validado para o “Português do Brasil”. Originalmente *Quality of Life Measure (DQOL)* foi desenvolvido em língua inglesa pelo grupo multicêntrico DCCT (1988), para a população de pacientes com diabetes tipo 1. Posteriormente foi empregado também para a diabetes tipo 2 (Jacobson, Groot & Samson, 1994). O *Diabetes Quality of Life Measure (DQOL- Brasil)*, é um instrumento considerado específico, que foi reduzido da versão original em duas questões do domínio impacto, que segundo os autores do estudo, não puderam ser validadas para o Diabetes tipo 2, devido ao contexto cultural, ficando 18 questões no domínio do impacto, sendo que os outros domínios permaneceram com os itens do questionário original, ou seja, no domínio “preocupações relacionadas à diabetes” (4 perguntas), “preocupações: social/vocacional” (7 perguntas), e no domínio “satisfação” (15 perguntas). O cálculo dos escores passou a ser efetuado pela média simples dos valores dos itens individuais, cujas respostas estão organizadas em uma escala Likert de 5 pontos. A satisfação está distribuída numa escala de intensidade (1 = muito satisfeito; 2 = bastante satisfeito; 3 = médio satisfeito; 4 = pouco satisfeito; 5 = nada satisfeito). As respostas dos domínios de impacto e das preocupações estão distribuídas numa escala de frequência (1= sempre; 2= quase sempre; 3=às vezes; 4= quase nunca; 5=nunca). O *Diabetes Quality of Life Measure (DQOL- Brasil)* apresentou uma consistência interna (índice de alfa Cronbach) de: 0,92. (Correr et al 2008). No presente estudo optamos por utilizar apenas duas subescalas do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil), ***a de satisfação e a de impacto***, não utilizamos a escala na íntegra, porquê após análise minuciosa, foi constatado que os itens destas duas subescalas possuem vertentes subjetivas que permitem analisar indiretamente algumas emoções (*distress*) e fatores ligados com a auto-eficácia em pacientes com diabetes, o que ia de melhor encontro para o desenho do estudo proposto. A análise de consistência interna deste estudo apresentou para a sub-escala de satisfação um índice de Alfa Cronbach de: 0,89; e para a sub-escala de impacto um índice de Alfa Cronbach de: 0,87. Na escala de satisfação com a gestão do tratamento os valores mais baixo significam melhor qualidade de vida, enquanto na escala de qualidade de vida associada com o impacto os valores mais baixo significam menor qualidade de vida.

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pela comissão de ética do ISCTE-IUL em 23.09.2019, e a sua recolha decorreu de 25 de setembro a 26 de outubro de 2019. A divulgação do estudo foi feita através das redes sociais, com o recurso de grupos online de pessoas e familiares de pessoas com diabetes. A recolha dos dados foi realizada com recursos à plataforma Qualtrics. A participação iniciava-se com a leitura dos objetivos e descrição do estudo (consentimento informado) e os participantes poderiam avançar para o preenchimento do questionário após darem o seu consentimento na plataforma. O questionário era composto, pela Escala Comportamental de Suporte Social Familiar na Diabetes, a escala PAID - Problems Areas in Diabetes, a Escala de auto-eficácia na diabetes e as sub-escalas de satisfação e impacto da escala de qualidade de vida na diabetes. Finalmente, os participantes preencheram uma caracterização sócio-demográfica que incluía, sexo, idade, e uma caracterização clínica da amostra (tipo de diabetes, tratamento, frequência de avaliação da glicemia, prática de atividade física).

Resultados

Escala Comportamental de Suporte Social Familiar

Estatística descritiva dos itens

Na Tabela 2 é possível analisar as características descritivas de todos os itens da Escala Comportamental de Suporte Social Familiar, para todos os participantes que referiram ter ajuda de alguém para lidar com a sua diabetes (n=117). As respostas, em todos os itens, apresentam médias que variam entre 1.56 e 5.42 e os desvios-padrão variaram entre 0.967 e 1.933.

A questão 26 foi a que apresentou maior média, 5.42 (baixo suporte social), “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes parece que tem vergonha por eu ter diabetes*”. Logo após a questão 37 com média de 4.85, (baixo suporte social), “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes acha que ainda não estou capaz de fazer sozinho a monitorização da glicemia*”. Seguida pela questão 29 com média de 4.50, “*A pessoa que me ajuda no*

cuidado com a diabetes prepara a insulina”, e depois pela questão 17 com média 4.10, também demonstrou um (baixo suporte social), “*Quando ando com os valores altos durante vários dias, não fazemos nada, esperamos até à próxima consulta*”.

Para as questões 39, 8, 5, 19, 28, 12, 2, 36, 31, 15, 35, 16, 3, 21, 18, 41 em ordem crescente de valor, as médias variam entre 3.03 com desvio padrão de 1.712 para a questão 39, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre a dizer-me para ter cuidado, como se eu estivesse doente*” a 3.92 com desvio padrão de 1.68 para a questão 41, “*Só me preocupo com os resultados da monitorização da glicemia quando começo a sentir-me mal*”. O que significa que para estas questões a média de resposta demonstrou um suporte social moderado a baixo.

Para as questões 42, 38, 7, 33, 30, 22, 27, 43, 6, 34, 23, 4, 44, 20, 46, 25, 11, 1, 9, 10, 40, 14, 24 em ordem crescente de valor, as médias variaram entre 1,56 com desvio padrão de 0,969 para a questão 42, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes sabe de que modo eu trato da diabetes*” a 2.88 e desvio padrão de 1.762 para a questão 24, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes discute comigo quando tenho que cumprir a dieta*”. O que significa que para estas questões a média de resposta demonstrou um suporte social moderado a alto.

Analisando os itens especificamente consoante as alterações feitas na escala para a adaptação para a população adulta e brasileira, nos itens que foram substituídos o termo “Meus pais” originalmente presente na escala por “A pessoa que me auxilia no cuidado com a diabetes”: (1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 44), as médias variaram também entre 1.56 e 5.42 e os desvios-padrão variaram entre 0.967 e 1.933. Alto suporte social a baixo suporte social.

Destes, os itens, 29, 32, 13, 37 e 26, em ordem crescente de valor, apresentam médias que variaram entre 4.50 com desvio padrão de 1,68 para a questão 29, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes prepara a insulina*”, a 5.42 com desvio padrão de 0.967 para a questão 26, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes parece que tem vergonha por eu ter diabetes*”. O que significa que para estas questões a média de resposta demonstrou baixo suporte social.

A seguir, as questões 39, 08, 05, 28, 12, 36, 15, 31, 3, 16, 21, em ordem crescente de valor, as médias variaram entre 3.03 com desvio padrão de 1.712 para a questão, 39, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre a dizer-me para ter cuidado, como se eu estivesse doente*”, a 3.85 com desvio padrão de 1.93 para a questão 21, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes anota os resultados da monitorização da glicemia.*” A média de respostas para estas questões apresentou suporte social moderado a baixo.

E por fim, em ordem crescente de valor, os itens 42, 38, 30, 27, 6, 4, 44, 20, 11, 1, 9, 10, 40, 24, apresentou a menor média de 1.56 com desvio padrão de 0.969 para a questão 42, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes sabe de que modo eu trato da diabetes*”. E a maior média de 2.88 com desvio padrão de 1.762 para a questão 24, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes discute comigo quando tenho que cumprir a dieta*”. O que significa que para estas questões a média de resposta demonstrou de moderado a alto suporte social.

Nos itens 1, 10, 16, 21 e 37, as médias variam entre 2.53 a 4.85 e os desvios-padrão variaram entre 1.466 e 1.931. Obedecendo a seguinte ordem crescente de valores 1, 10, 16, 21, 37. Sendo a menor média de 2.53 com desvio padrão de 1.46 para a questão 1, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes vê-me a fazer a monitorização da glicemia*”. E a maior média de 4.85 e desvio padrão de 1.59 para a questão 37, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes acha que ainda não estou capaz de fazer sozinho a monitorização da glicemia*”. O que significa que para estas questões a média de resposta apresentou moderado a baixo suporte social.

Nos itens 20, 29 e 31, 40, onde acrescentado “*ou a medicação*” para não restringir os itens a apenas os pacientes usuários de insulina, as médias variaram entre 2.26 a 4.40 e os desvios-padrão variaram entre 1.676 a 1.933. Obedecendo a seguinte ordem crescente de valores para as médias os itens se distribuem em 20, 40, 31, 29, sendo a menor média de 2.26 com desvio padrão de 1.68 para a questão 20, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre com cuidado para que eu não deixe de tomar insulina ou tomar a medicação prescrita*”. E a maior média de 4.40 com desvio padrão de 1.65 para a questão 29, “*A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes prepara a insulina*”. O que significa que para estas questões a média de resposta ficou entre alto e baixo suporte social.

Tabela 2*Descritivas dos itens da escala comportamental de suporte social (n=117)*

	M	DP
1. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes vê-me a fazer a monitorização da glicemia.	2.53	1.466
2. Quando há algum problema com a diabetes telefonamos ao médico.	3.46	1.648
3. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes decide o que eu como.	3.83	1.555
4. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes compreende o que sinto sobre a diabetes.	2.14	1.152
5. Peço conselhos à pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes sobre a diabetes.	3.21	1.489
6. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes fala comigo sobre a minha diabetes.	2.08	1.321
7. Nós sabemos quando há problemas com a minha diabetes.	1.84	1.129
8. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz coisas pela minha diabetes que eu poderia fazer sozinho/a.	3.09	1.412
9. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes lê coisas sobre diabetes.	2.57	1.555
10. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes lembra-me para fazer a monitorização da glicemia.	2.59	1.667
11. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes encoraja-me a fazer exercício todos os dias.	2.44	1.517
12. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes compra doces para a família.	3.38	1.279
13. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes oferece-me presentes por tratar da diabetes.	4.59	1.549
14. Em casa comem coisas que não fazem parte da minha dieta.	2.83	1.481
15. A diabetes faz com que a pessoa. que me ajuda no cuidado com a diabetes. andar nervoso/a.	3.68	1.466
16. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz-me a monitorização da glicemia.	3.83	1.693

17. Quando ando com os valores altos durante vários dias. não fazemos nada, esperamos até à próxima consulta.	4.10	1.589
18. Só telefonamos ao médico/a ou enfermeiro/a quando os valores da glicemia estão mesmo muito mal.	3.88	1.758
19. Trato sozinho/a da diabetes.	3,26	1.782
20. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre com cuidado para que eu não deixe de tomar insulina ou tomar a medicação prescrita.	2,26	1.689
21. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes anota os resultados da monitorização da glicemia.	3,85	1.931
22. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes ouve as minhas opiniões sobre o tratamento.	1.97	1.296
23. Se não temos a certeza do que fazer falamos com o/a médico/a.	2.11	1.473
24. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes discute comigo quando tenho que cumprir a dieta.	2.88	1.762
25. A minha família faz as refeições a horas certas.	2.38	1.209
26. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes parece que tem vergonha por eu ter diabetes.	5.42	.967
27. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes ouve as minhas queixas e preocupações por ter diabetes	1.97	1.380
28. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz os meus lanches.	3.31	1.637
29. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes prepara a insulina.	4.50	1.685
30. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz-me sentir bem por eu tratar da diabetes.	1.92	1.469
31. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes dá-me a insulina ou a medicação.	3.68	1.933
32. Fico com vergonha quando a pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes fala com outras pessoas sobre a minha diabetes.	4.52	1.633
33. Quando saímos para almoçar ou jantar, eu escolho autonomamente os alimentos que posso comer.	1.88	1.308
34. Outras pessoas da família comem doces à minha frente.	2.09	1.450
35. Sinto-me sozinho no que diz respeito à diabetes.	3.81	1.559

36. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes quer que eu faça as mesmas coisas que os outros.	3.66	1.738
37. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes acha que ainda não estou capaz de fazer sozinho a monitorização da glicemia. .	4.85	1.599
38. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre pronta a ajudar-me no que preciso sobre a diabetes.	1.58	1.176
39. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre a dizer-me para ter cuidado, como se eu estivesse doente.	3.03	1.712
40. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes lembra-me de tomar a insulina ou a medicação.	2.61	1.676
41. Só me preocupo com os resultados da monitorização da glicemia quando começo a sentir-me mal.	3.92	1.682
42. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes sabe de que modo eu trato da diabetes.	1.56	.969
43. Na minha família há alguém com quem posso conversar sobre a minha diabetes.	2.06	1.464
44. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes fica zangada se eu não trato da diabetes.	2.19	1.650
45. Se os resultados da monitorização da glicemia estão muito altos nós testamos a cetona.	4.38	1.721
46. A minha família conversa sobre a diabetes.	2.30	1.446
47. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes tem medo de me injectar a insulina.	4.56	1.877

Análise fatorial exploratória e fidelidade interna

Realizou-se uma análise fatorial exploratória em eixos principais com rotação varimax com o objetivo de reter os itens pertinentes para a amostra em estudo. Neste sentido, observando as comunalidades dos itens foram progressivamente eliminados 23 itens cujas comunalidades iniciais extraídas eram inferiores a .400. De seguida, foram progressivamente eliminados 10 itens com nível de crossloadings superiores a .300. Finalmente, resultou uma escala com 14 itens que se agruparam em 2 fatores (Fator 1 – Suporte Instrumental; Fator 2 – Suporte Emocional) que explicam 56.5% da variância (KMO=0,855; Bartlett's χ^2 (91)=719.893, $p=0,000$). Ambos os fatores e a escala na sua globalidade apresentam bons níveis de fidelidade, como se pode observar pelos alfas de Cronbach na tabela 3

Tabela 3
Estrutura Fatorial da Escala com Índice de Consistência Interna

Itens	Suporte Instrumental	Suporte Emocional
29. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes prepara a insulina.	.740	-.018
21. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes anota os resultados da monitorização da glicemia.	.714	.157
31. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes dá-me a insulina ou a medicação.	.713	.020
28. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz os meus lanches.	.689	.218
16. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz-me a monitorização da glicemia.	.668	.192
3. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes decide o que eu como.	.639	.232
20. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre com cuidado para que eu não deixe de tomar insulina ou tomar a medicação prescrita.	.532	.290
38. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre pronta a ajudar-me no que preciso sobre a diabetes.	.154	.743
22. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes ouve as minhas opiniões sobre o tratamento.	.123	.733
27. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes ouve as minhas queixas e preocupações por ter diabetes	.069	.695
4. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes compreende o que sinto sobre a diabetes.	.217	.647
6. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes fala comigo sobre a minha diabetes.	.310	.623
43. Na minha família há alguém com quem posso conversar sobre a minha diabetes.	.024	.612
46. A minha família conversa sobre a diabetes.	.164	.592
Alpha de Cronbach	.857	.867

Relação entre o suporte social recebido e a auto-eficácia, o *distress* e a qualidade de vida

Em primeiro lugar, procurou-se averiguar sobre a relação entre as variáveis em estudo e algumas características dos participantes, nomeadamente a idade, o sexo e o tempo de diagnóstico da diabetes. A idade dos participantes mostrou-se significativamente e inversamente associada com o nível de *distress*, representando que os indivíduos mais jovens apresentam maiores níveis de *distress* (e os mais velhos apresentam menor *distress*) ($r=-.206$ $p=.007$). Quanto ao sexo, os homens reportam maiores níveis de suporte social recebido na dimensão total ($t_{(26,597)}=2.124$ $p=.043$; $M_H=35.67$; $M_M=41.53$) e na dimensão emocional ($t_{(23,447)}=2.630$ $p=.015$; $M_H=11.25$; $M_M=14.98$). Igualmente, os homens reportam maior nível de satisfação com a gestão da diabetes ($t_{(50,98)}=2.154$ $p=.033$; $M_H=2.64$; $M_M=3.00$) e maior qualidade de vida no que concerne ao impacto da diabetes na sua vida ($t_{(52,311)}=2.592$ $p=.012$; $M_H=3.74$; $M_M=3.36$). No que diz respeito ao tempo de diagnóstico este encontrava-se positivamente correlacionado com a auto-eficácia ($r=.331$, $p=.000$), negativamente associada com a qualidade de vida associada à satisfação com gestão da diabetes ($r=-.230$ $p=.003$) e positivamente correlacionada com o impacto da diabetes ($r=.283$ $p=.000$) Ou seja, quanto maior o tempo com que a pessoa vive com a doença maior a crença de auto-eficácia, mas maior é a qualidade de vida relacionada com a maior satisfação com a gestão da doença e menor a perceção de impacto da doença sobre a qualidade de vida. Sublinhamos que tanto a escala de suporte social e a de qualidade de vida associada à satisfação com a gestão do tratamento os valores mais baixos significam maior frequência de apoio recebido e melhor qualidade de vida, respetivamente. No entanto a qualidade de vida associada com o impacto da doença os valores mais baixos representam menor qualidade de vida.

Em segundo lugar, como se pode verificar na Tabela 3, as análises realizadas a partir da categorização para os valores de coeficiente de correlação sugerido por Jacques Callegari (2009), demonstraram correlação significativa positiva forte entre suporte social emocional e suporte social total: ($r=.784$). E uma correlação significativa positiva moderada entre suporte social emocional e suporte social instrumental: ($r=.389$). Uma correlação significativa positiva forte entre suporte social instrumental e suporte social total: ($r=.877$).

O suporte social emocional não se encontra significativamente correlacionado com o *distress* ($r=.045$), nem com a auto-eficácia ($r= -.206$), nem com a satisfação com a gestão da diabetes ($r= .235$) nem com o impacto da diabetes ($r= -.120$).

O suporte social instrumental não se encontra correlacionada com o *distress* ($r= - .176$), nem com a satisfação com a gestão da diabetes ($r= -.190$) nem com o impacto da diabetes ($r= .208$), porém apresenta uma correlação significativa negativa fraca com a auto-eficácia ($r= - .282$),

O suporte social total não se encontra significativamente correlacionado com o *distress* ($r= - .100$), nem com a auto-eficácia ($r= .093$), nem com a satisfação com a gestão da diabetes ($r= -.005$) nem com o impacto da diabetes ($r= .078$).

Quanto ao *distress*, este possui uma correlação negativa moderada com a auto-eficácia ($r= - .392$), significando que o nível de *distress* está inversamente correlacionado com a auto-eficácia. No que diz respeito à relação entre o *distress* e os indicadores de qualidade de vida, este apresenta uma correlação positiva moderada com a satisfação com a gestão da diabetes ($r= .467$), significando que um nível mais elevado de *distress* está associado a menor qualidade de vida relacionado com a satisfação com a gestão da diabetes. No mesmo sentido, o *distress* apresenta uma correlação negativa forte com o impacto da diabetes ($r= - .628$) significando que elevado *distress* está associado com maior impacto da doença e logo menor qualidade de vida.

No que diz respeito à auto-eficácia, esta apresenta uma correlação negativa moderada com a satisfação com a gestão da diabetes ($r= -.593$) e uma correlação positiva moderada com o impacto da diabetes ($r= .566$), significando que níveis mais elevados de auto-eficácia estão associados a melhores níveis de qualidade de vida. Especificamente, maior auto-eficácia está associada a uma maior satisfação com a gestão da diabetes e a menor impacto da doença.

E a satisfação com a gestão da diabetes possui uma correlação negativa forte com o impacto da diabetes ($r= -.692$), significando que maiores níveis de satisfação com a gestão do tratamento estão associados a um menor impacto da doença.

Tabela 4***Correlações entre as variáveis em estudo***

	SS Instrumental	SS Total	Distress	Auto_Eficacia	QoL_satisfacao	QoL_impacto
SS Emocional	.389**	.784**	.045	-.206	.235	-.120
SS Instrumental	--	.877**	-.176	-.282**	-.190	.208
SS Total	--	--	-.100	.093	-.005	.078
Distress	--	--	--	-.392**	.467**	-.628**
Auto-Eficacia	--	--	--	--	-.593**	.566**
QoL_satisfacao	--	--	--	--	--	-.692**

Nota. ** p-value \leq ,05

Modelos de mediação: relação entre o suporte social e a qualidade de vida mediado pelo distress e auto-eficácia

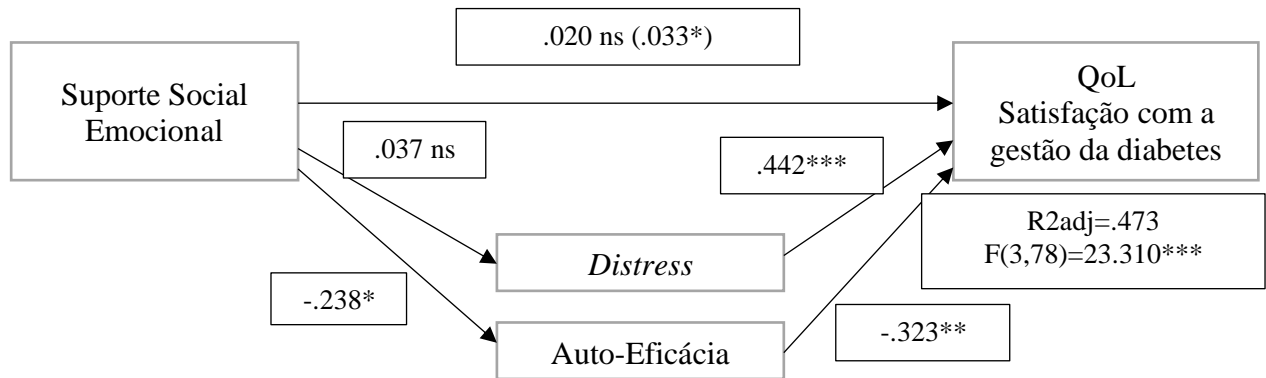
Suporte Social Emocional.

Como pode ser observado na Figura 2, o suporte social emocional não se encontrava significativamente associado diretamente à qualidade de vida associado com a satisfação com a gestão da diabetes nem com o nível de *distress*. No entanto, o suporte social emocional está significativamente associado com a qualidade de vida relacionada com a satisfação com a gestão da diabetes apenas através da auto-eficácia (efeito indireto $B=.077$ [.011; 169]).

Finalmente o *distress* está associado significativamente ao nível de satisfação com a vida, mas não existe uma relação significativa com o suporte social. Este modelo explica 47.3% da variância da satisfação da gestão da diabetes.

Figura 2

Modelo de mediação: relação entre suporte social e a qualidade de vida relacionada com a satisfação da gestão da diabetes, mediada pelo distress e a auto-eficácia

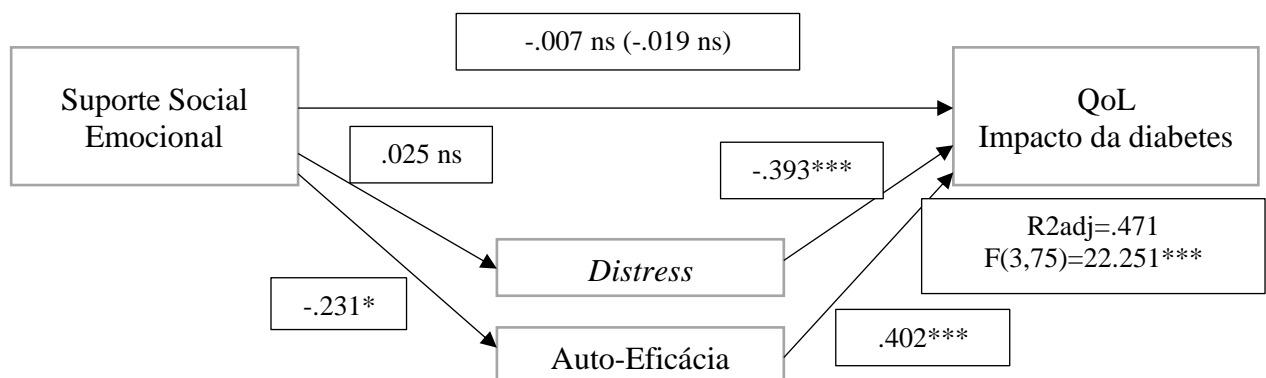


Também no modelo apresentado na Figura 3 o suporte social emocional não se encontra significativamente associado diretamente ao impacto da diabetes na qualidade de vida nem com o nível de *distress*. No entanto, o suporte social emocional está significativamente associado com a auto-eficácia e está associado à qualidade de vida relacionada com o impacto da diabetes apenas através da auto-eficácia (efeito indireto B=-.093 [-.198; -.010]).

Finalmente o *distress* está associado significativamente ao nível de impacto da diabetes. Este modelo explica 47.1% da variância da satisfação da gestão da diabetes.

Figura 3

Modelo de mediação: relação entre suporte social e a qualidade de vida relacionada com o impacto da diabetes, mediada pelo distress e a auto-eficácia

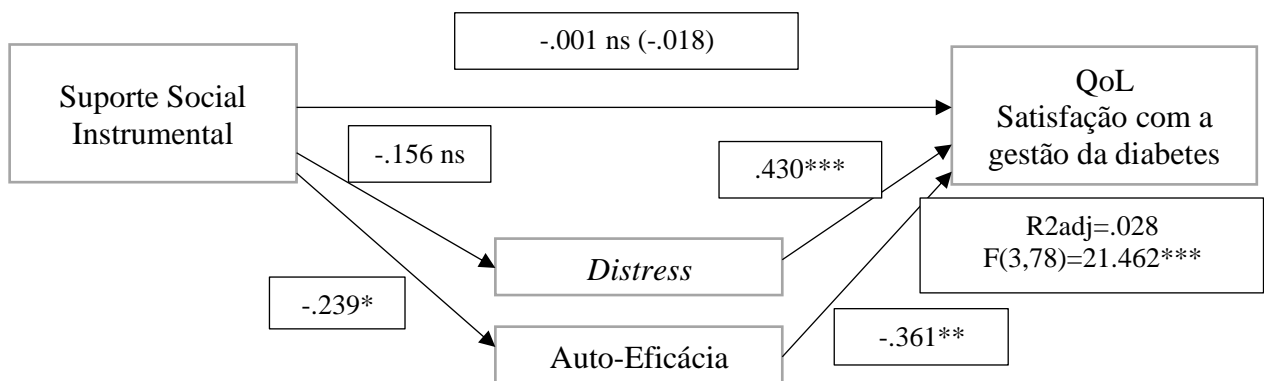


Suporte Social Instrumental.

De acordo com a Figura 4, o suporte social instrumental não se encontra significativamente associado diretamente à vertente da satisfação com a gestão da diabetes nem com o nível de *distress*. No entanto, o suporte social instrumental está significativamente associado com a auto-eficácia e está associado à qualidade de vida relacionada com a satisfação com a gestão da diabetes apenas através da auto-eficácia (efeito indireto $B=.102$ [.008; 231]). Finalmente o *distress* está associado significativamente ao nível de satisfação com a vida. Este modelo explica 45.2% da variância da satisfação da gestão da diabetes.

Figura 4

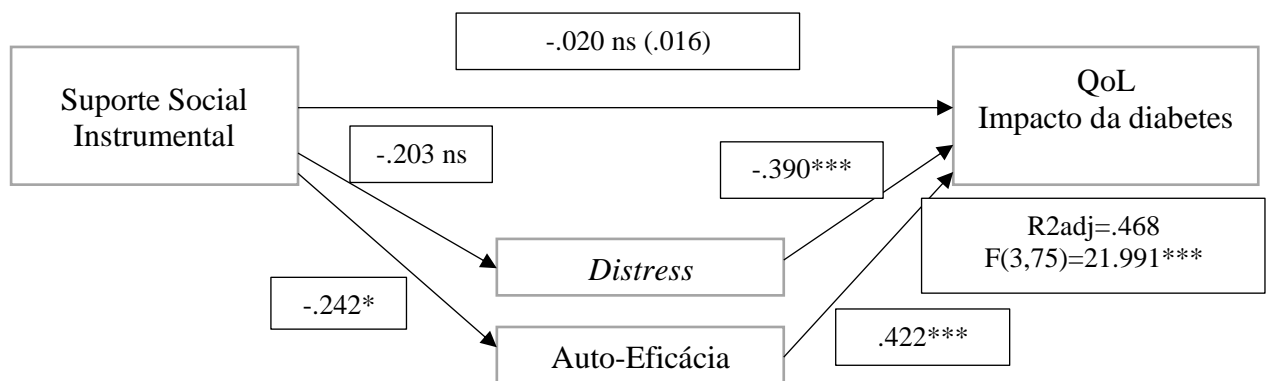
Modelo de mediação: relação entre suporte social e a qualidade de vida relacionada com a satisfação com a gestão da diabetes, mediada pelo distress e a auto-eficácia



De acordo com a Figura 5, o suporte social instrumental não se encontra significativamente associado diretamente à vertente da satisfação com a gestão da diabetes nem com o nível de *distress*. No entanto, o suporte social instrumental está significativamente associado com a auto-eficácia e está associado ao impacto da diabetes apenas através da auto-eficácia (efeito indirecto $B=.102$ [.008; 231]). Finalmente o *distress* está associado significativamente ao impacto da diabetes. Este modelo explica 46.8% da variância da satisfação da gestão da diabetes.

Figura 5

Modelo de mediação: relação entre suporte social e a qualidade de vida relacionada com a satisfação com a gestão da diabetes, mediada pelo distress e a auto-eficácia



Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral estudar a relação entre o suporte social recebido e a qualidade de vida na pessoa com diabetes. A importância de compreender e estudar o suporte social enquanto recurso para os pacientes com diabetes está ligada à abrangência das necessidades para uma adequada gestão da diabetes, como a necessidade de auto-monitorização, cuidados com a alimentação, com a medicação e necessidade de atividades físicas. No entanto, a falta de um instrumento que permitisse medir o suporte social recebido nesta população levou-nos à necessidade de adaptar a Escala Comportamental de Suporte Social Familiar para Adolescentes com Diabetes (Almeida & Pereira, 2011) à população adulta brasileira. No que diz respeito à versão preliminar da escala comportamental de suporte social familiar constatamos que se alcançou uma versão curta e parcimoniosa que permite medir duas importantes funções do suporte social – suporte instrumental e suporte emocional – sendo também possível apurar um *score* global de suporte social recebido. No presente estudo, a escala utilizada revelou-se fiável como se pode observar pelos índices de consistência interna, quer para a escala no seu todo como para as sub-escalas. No entanto, esta é uma versão preliminar da escala cuja validação psicométrica deverá ser abordada em investigações futuras.

No que diz respeito ao segundo objetivo específico, este consistia na exploração da associação entre o suporte social recebido e a qualidade de vida da pessoa com diabetes, considerando a auto-eficácia, o nível de *distress* como fatores mediadores dessa relação. Concretamente, era esperado que o suporte social recebido estivesse positivamente associado à qualidade de vida da pessoa com diabetes (H1) e ainda que o nível de auto-eficácia e o nível de *distress* fossem fatores explicativos da associação entre o suporte social recebido e a qualidade de vida da pessoa com diabetes (H2).

Quanto à primeira hipótese, os presentes resultados não a corroboram uma vez que nem o suporte emocional nem instrumental estava diretamente associado à qualidade de vida. Este aspeto pode ser explicado pela maior importância de outros aspetos, como por exemplo a duração da diabetes. No presente estudo também se verificou que quanto maior o tempo com que a pessoa vive com a doença maior é a qualidade de vida relacionada com a maior satisfação com a gestão da doença e menor a perceção de impacto da doença sobre a

qualidade de vida. Isto vai ao encontro do que afirma Silva, Ribeiro & Cardoso (2004) sobre o facto de quanto maior tempo que a pessoa já lida com diabetes maior a possibilidade dos autocuidados desta doença serem integrados ao estilo de vida do indivíduo, diminuindo a relevância do suporte social para a manutenção do nível de qualidade de vida. Ainda, a influência positiva do próprio apoio social ofertado no início do tratamento, pode acabar por diminuir a necessidade de suporte social futuro devido a diminuição do stress e ganho de autonomia. Este aspeto pode ser reforçado pelos presentes resultados no que diz respeito à associação positiva entre o tempo de diagnóstico e um maior nível de auto-eficácia. Este resultado é congruente com outros estudos. Nomeadamente, em outros estudos (Pinho, 2015; Reisi et al., 2016) houve uma associação positiva entre o tempo de diabetes e a auto-eficácia, ou seja, quanto mais tempo de diabetes maior o nível de auto-eficácia apresentado.

Outra possível explicação está na possível dificuldade de interpretação quanto a importância do suporte social recebido pelo paciente. Torna-se importante fazer alusão a alguns autores como Antonucci & Israel (1986) e Lieberman (1986) que alegam que as perceções de suporte são imprecisas e não refletem o suporte que está disponível ou o que foi realmente recebido (Lackner, Goldenberg, Arrizza & Tjosvold, 1994). Há outros autores como Heller, Swindle e Dusenbury (1986) que teorizaram que a atividade de suporte não é tão importante como a forma como a atividade é interpretada, e isso pode influenciar o resultado e a satisfação geral com o suporte recebido. O que por sua vez, pode ser uma possível explicação para os resultados deste trabalho, que não mostram os efeitos diretos do suporte social no impacto da diabetes e na qualidade de vida, mas sim, efeitos indiretos. O que evidencia isso, e que consistia na segunda hipótese deste estudo, é que era esperado que o nível de auto-eficácia e o *distress* fossem mecanismos explicativos da associação entre a o suporte social e a qualidade de vida (hipóteses dos efeitos indiretos do suporte social) e esta hipótese foi parcialmente sustentada porque a auto-eficácia revelou-se um mecanismo explicativo da relação entre o suporte social e a Qualidade de vida.

No que diz respeito à segunda hipótese, ela apenas se verificou parcialmente. Ou seja, o suporte social emocional/instrumental recebido estava indiretamente associado com a qualidade de vida através da auto-eficácia, mas não do *distress*. Estes dados corroboram o papel primordial da auto-eficácia enquanto mecanismo mediador de carácter cognitivo mas com uma forte implicação na prossecução dos comportamentos de auto-cuidados necessário à eficaz gestão da doença mas também com implicações importantes na promoção da qualidade de vida. Ou seja, a auto-eficácia na diabetes está significativamente associada ao aumento dos

comportamentos (como a escolha de uma alimentação saudável, a prática regular de exercício físico e a monitorização glicémica) efetivos de autocuidado (Adolfsson, Starrin, Smide, Wikblad, 2008; Hernandez-Tejada et. al., 2012; Saad, Younes, Ahmed, Brown, Owesie, & Hassoun, 2018; Walker et al., 2014).

Quanto ao *distress*, este apenas estava relacionado com nível de impacto da diabetes e ao nível de satisfação com a vida, mas não com o suporte social. A literatura aponta para o facto do *distress* ser, geralmente, elevado na altura do diagnóstico, relacionando-se com sentimento de revolta, de choque, culpa, zanga, ansiedade, desamparo e até depressão. No entanto, ao fim de vários anos de evolução da doença os problemas de viver com diabetes incluem outros fatores, como medo das complicações, incapacidades sociais e carga psicológica e social da diabetes no dia-a-dia (IDF, 2009; Skovlund, & Peyrot, 2005). Daí que poderá ser útil incluir em futuros estudos outras variáveis que possam contemplar a experiência emocional da vivência do diabetes.

O presente trabalho tem relevância como contributo para a literatura, pois teve como principal objetivo focar-se nos comportamentos de ajuda (percebidos como) recebidos no que diz respeito à gestão/vivência com diabetes de indivíduos adultos com diabetes e essa é uma perspectiva menos incluída na literatura (e.g., Al-Dwaikat & Hall, 2017). No entanto, não estavam disponíveis instrumentos que permitissem medir este tipo de ajuda recebida em adultos, pelo que este trabalho também acarreta um contributo metodológico a adaptação preliminar de uma escala de suporte social recebido para a população adulta brasileira com diabetes.

No entanto, é relevante discutir aqui as limitações inerentes ao desenvolvimento deste estudo, que investigações futuras podem contribuir em resolver. A este nível uma das maiores dificuldades encontradas para o desenvolvimento deste trabalho foi encontrar os instrumentos de investigação que fossem adequados para estudar o suporte social recebido na população adulta, tanto em outras línguas como adaptado e traduzido para a língua Portuguesa. E por falta de opção na literatura tivemos que direccionar uma grande parte do nosso empenho e tempo para primeiro adaptar a escala e somente a posteriori podermos analisar as hipóteses previamente definidas. É de ressaltar que apenas utilizámos uma versão preliminar da adaptação e que é necessário proceder a um estudo de validação psicométrica da escala.

Contudo, este estudo desperta-nos para a inspiração de investigações futuras com uma atenção voltada para o papel do tempo de diagnóstico da diabetes, a continuação da validação

de instrumentos que investiguem o suporte social recebido na população adulta, e de instrumentos que analisem a experiência emocional da diabetes. Os presentes resultados apresentados neste estudo sustentem a hipótese dos efeitos indiretos de que o nível de auto-eficácia é um fator explicativo da associação entre o suporte social recebido e a qualidade de vida na vivência com doenças crônicas (e.g., Matos, Bernardes, & Goubert, 2017). Este dado tem um potencial de aplicação deste conhecimento para os contextos clínicos e comunitários da população adulta com diabetes no que diz respeito à promoção da auto-eficácia como aspeto fundamental de adaptação à doença.

Referências

- Adolfsson, E. T., Starrin, B., Smide, B., & Wikblad, K. (2008). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 45(7), 986-994.
- Al-Dwaikat T. N., & Hall, L.A. (2017). Systematic Review and Critical Analysis of Measures of Social Support Used in Studies of Persons With Type 2 Diabetes. *Journal of Nursing Measurement*. 25. 74E-107E. DOI:10.1891/1061-3749.25.2.74.
- Almeida J. P. C. D. (2003). Impacto dos factores Psicológicos Associados à Adesão Terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em Adolescentes Tipo 1, Tese de Doutoramento ao Departamento de Psicologia, Braga, Universidade do Minho. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/10577>
- Almeida, P. & Pereira, M. G. (2011), Escala Comportamental de Suporte Social Familiar para adolescentes com diabetes (DFBS), *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2011, 12 (1), 55-75
- Aman, J., Skinner, T. C., Beaufort, C. E., Swift, P. G. F., Aanstoot, H-J., Cameron, F., & Hvidoere Study Group on Childhood Diabetes (2009). Associations between physical activity, sedentary behavior, and glycemic control in a large cohort of adolescents with type 1 diabetes: the Hvidoere Study Group on Childhood Diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10(4), 2349. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2008.00495.x>
- American Diabetes Association. (2017). Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*.30 Suppl 1:S48-65.
- Anderson, R. & Funnell, M. (2005). *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*, (2nd ed.) Virginia: American Diabetes Association
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.

- Anderson, R.; Fitzgerald, J.; Gruppen, L.; Funnel, M., & Oh, M. (2003). The Diabetes Empowerment Scale – Short Form (DES-SF). *Diabetes Care*, 26(5), 1641-1642. DOI:10.2337/diacare.26.5.1641-a
- Annette, M. L.G., & Thompson, K. M. (1998). Family and friend support for adolescents with diabetes. *Análise Psicológica*, 16(1), 101-113. DOI: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08708231199800100010&lng=pt&tlng=en.
- Antonucci, T. C., & Israel, B. A. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 432.
- Aveiro, M., Santiago, L.M., Ferreira, P.L., & Simões, J.A. (2015). Fiability Study of Diabetes Empowerment Scale: Short Version. *Acta medica portuguesa*, 28 (2),177-81.
- Azzi, R. G., Bandura, A., & Polydoro, S. A. (2008). Teoria social cognitiva. *São Paulo: Artmed*.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), 1175.
- Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Boulé, N. G., Kenny, G. P., Haddad, E., Wells, G. A., & Sigal, R. J. (2003). Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia*, 46(8), 1071-1081.
- Callegari-Jacques, S. M. (2009). *Bioestatística: princípios e aplicações*. Artmed Editora.
- Carlos, M. F. D. A. (2018). Educação para a Saúde no utente com Diabetes Mellitus tipo 2: contribuição de um programa educacional baseado no empowerment. Dissertação de

mestrado Dissertação de mestrado em saúde comunitária, Porto, Escola Superior de Enfermagem. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/23049>

Cenci, D. R., da Silva, M. D., Gomes, É. B., & Pinheiro, H. A. (2017). Análise do equilíbrio em pacientes diabéticos por meio do sistema F-Scan e da Escala de Equilíbrio de Berg [I]. *Fisioterapia em Movimento*, 26(1).

Chatters, L. M., Connell, C. M., Ingersoll-Dayton, B., Krause, N., & Shaw, B. A. (2004). Emotional Support From Parents Early in Life, Aging, and Health. *Psychology and Aging*, 19(1), 4-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/08827974.19.1.4>

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297. DOI: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269>

Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, (Online) 59(8), 676-684. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (p. 3-22). Academic Press.

Cohen, S., Gottlieb, B.H., & Underwood, L.G. (2000). Theoretical and historical perspectives. In: S. Cohen, L.G. Underwood & B.H. Gottlieb (Eds.). *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists* (3-25). New York, NY: Oxford University Press.

Correr, C. J., Pontarolo, R., Melchior, A. C., Rossignoli P., Fernández-llimós R., & Radominski R. B. (2008). Tradução para o Português e Validação do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil), *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008;52/3

Consansu, G., & Erdogan, S. (2014). Influence of Psychosocial Factors on Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Turkish Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Transcultural Nursing*, (Online) 25(1),59. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659613504112>

- Cross, C. C. (2004). Versão brasileira da escala PAID (Problem Areas in Diabetes) : avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida. Dissertação de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.
Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/10808>
- Dam, V. H. A., Horst, V. F. G., Knoops, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F., & Borne, V.B. H. (2005). Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies, *Patient Educ Couns.* 2005 Oct;59(1):1-12. Epub 2004 Dec 29, PMID:16198213 DOI: 10.1016/j.pec.2004.11.001
- Derr, R.L, Kalyani, R.R., & Saudek, C.D. (2006). Assessing Glycemia in Diabetes Using Self monitoring Blood Glucose and Hemoglobin A1c. *Jama.* 2006;295(14):1688 1697. doi:10.1001/jama.295.14.1688
- Direção Geral de Saúde (2015). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Duarte, R. (1997). Autovigilância e Métodos de Avaliação do Controlo Metabólico do Diabético. In Rui Duarte (Coord); Jorge Caldeira et al. *Diabetologia Clinica* (pp.71-
- Egede, L.E., & Strom J.L. (2012). The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review, *Psychosocial Aspects* (K Hood, Section Editor) *Curr Diab Rep* (2012) 12:769–781 DOI: 10.1007/s118920120317-0
- Epple, C., Wright, A. L., Joish, V. N., & Bauer, M. (2003). The role of active family nutritional support in Navajos' type 2 diabetes metabolic control. *Diabetes care*, 26(10), 2829-2834.
- Ferreira, S., & Vívoló, M. (2015). Atividade física no diabetes 1 e 2: bases Fisiopatológicas, importância e orientação. In: Ferreira S, Vívoló M, editores. *Diabetes da prática clínica*. São Paulo: SBD; 2015. p. 307-338.
- Fortmann, A. L., Gallo, L. C., Walker, C., & Philis-Tsimikas, A. (2010). Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(3), 230–234. DOI: 10.1590/s102049892010000900014

- Fretheim, A., Lisulo, M., Rise, M. B., Rygg, L., & Steinsbekk, A. (2012) Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis, Steinsbekk. *BMC Health Services Research*, (Online) 2012, 12:213. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/213> .
- Friend, R., & Symister, P. (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, 123-129. doi:10.1037/0278-6133.22.2.123
- Fukunishi, I., Akimoto, M., Horikawa, N., Shirasaka, K., & Yamazaki, T. (1998). Stress coping and social support in glucose tolerance abnormality. *Journal of psychosomatic research*, 45(4), 361-369.
- Gallego, R., & Caldeira, J. (2007). Complicações agudas da diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(5), 565-75.
- Gauler, J.E., & Kane, R.L. (2001). Families and assisted living. *Gerontologist*, 47, 83-99.
- Glasgow, R.E. McCaul, K.D., & Schafer, L.C. (1986). Supportive and non-supportive family behaviours: Relationships to adherence and metabolic control in persons with type I diabetes. *Diabetes Care*, 9, 179-185.
- Grossi, S. A. A., & Pascali, P. M. (2009). Manual de Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. *Revista SBD*, (Online) São Paulo: SBD, 2009. 173. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br>
- Guariguata, L. Whiting, D., Weil, C. Unwin, N. (2011). The International Diabetes Federation Diabetes Atlas methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract* (Online) 2011; 94: 322-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2011.10.040>.
- Heisler, M. (2007). Overview of Peer Support Models to Improve Diabetes Self Management and Clinical Outcomes, *Diabetes Spectrum* Oct 2007, 20 (4) 214-221;DOI:10.2337/diaspect.20.4.214

- Heller, K., Swindle, R. W., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (Online) 54(4), 466–470. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022006X.54.4.466>
- Hernández-Tejada, M.A., Campbell, J.A., Walker, R.J., Smalls, B.L., Davis, K.S., & Egede, L.E. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics*, 14-7,630-4.
- Holman, N., Young, B., & Gadsby, R. (2015) Current prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes in adults and children in the UK. *Diabet Med J Br Diabet Assoc* 2015; 32:1119-20; DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.12791>.
- Imamura, F., O'Connor, L., Ye, Z., Mursu, J., Hayashino, Y., Bhupathiraju, S. N., & Forouhi, N. (2015). Consumption of sugar-sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: a systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. *The BMJ*, (Online) 351 (h3576). Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.h3576>
- International Diabetes Federation [IDF]. (2017), Atlas IDF 2017. Diabetes no Brasil: 7 edição. *Available from* (Online). Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/poster-atlas-idf-2017.pdf>
- Jacobson, A.M, Groot D. M & Samson J.A. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*. 1994;17(4):267-74.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42, 243-252. doi:10.1080/00207590701396641
- La Greca, A., & Bearman K. J. (2002). Assessing Friend Support of Adolescents' Diabetes Care: The Diabetes Social Support Questionnaire-Friends Version Article (PDF Available). *Journal of Pediatric Psychology* 27(5):417-28

- Lackner, S., Goldenberg, S., Arrizza, G., & Tjosvold, I. (1994). The Contingency of Social Support. *Qualitative Health Research*, 4(2), 224-243. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/104973239400400206>
- Lafrenière, S.A., Carrière, Y., Martel, L., & Bélanger, A. (2003). Dependent seniors at home-formal and informal help. *Health Reports*, 14, 31-40. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-006-9085-0>
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social Support and Theory. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* (Online) (pp. 29-52). New York: Oxford University Press. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- Laurenzi, A, Bolla, A. M, Panigoni, G., Doria, V., Uccellatore, A. Peretti E, Peretti E.,..., Scavini M. (2001) Effects of carbohydrate counting on glucose control and quality of life over 24 weeks in adult patients with type 1 diabetes on continuous subcutaneous insulin infusion: a randomized, prospective clinical trial (GIOCAR). *Diabetes Care* 34:823-827, 2011
- Lieberman, M. A. (1986). Social supports: The consequences of psychologizing: A commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 461.
- Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2017). Why and when social support predicts older adults' pain-related disability: a longitudinal study. *Pain*, 158(10), 1915-1924.
- Maruichi, M. D., Takamune, D. M., de Noronha, R. M., Schechtman, H. P., Belhaus, M. S., Kochi, C., ... & Calliari, L. E. P. (2018). Características de crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 ao diagnóstico. Comparação entre dois períodos com dez anos de diferença em serviço universitário/Characteristics of children and adolescents with type 1 Diabetes Mellitus at diagnosis. Comparison of two periods ten years apart in a University Hospital. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 57(2), 55-58.
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and Glycemic control among adult with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 1239-1245

- McKelvey, J., Waller, D., North, A. J., Marks, J. F., Schreiner, B., Travis, L. B., & Murphy, J. N. (1993). Reliability and Validity of the Diabetes Family Behavior Scale (DFBS). *The Diabetes Educator*, 19 (2), 125-132.
- Nery, M. (2008). Hipoglicemia como fator complicador no tratamento do Diabetes Mellito Tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 52, n. 2, p.28898, 2008.
- O'Leary, A. (1992). Self-Efficacy and Health: Behavioral and Stress-Physiological Mediation I. *Cognitive Therapy and Research*, 1992, 6 (2), pp. 229-245.
- Oliveira, A.F, Valente, J.G, Leite, I.C, Schramm, J.M.A, Azevedo, A.R., & Gadelha, A.M.J.(2009). Global Burden oh disease attributable to diabetes mellitus in Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(6):1234-1244.
- Organização Mundial da Saúde Projeções de mortalidade e ônus da doença 2002 a 2030. Organização Mundial da Saúde (2017). Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease /projections2002 /en/
- Osborn, C. Y., Bains, S. S., & Egede, L. E. (2010). Health literacy, diabetes self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 12(11), 913–919.
- Patrão, M. C. L., (2011), Auto-eficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulinotratadas, Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Saúde Pública, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (p. 1-193). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/20397>
- Peres, D.S., Franco, L.J. & Santos, M.A. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Rev Latino-Am Enf*, (Online) 2008Jan Fev16(1). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- Pinho, A. P. N. (2015). Autoeficácia e adesão na diabetes. Dissertação de mestrado em ciências sociais e humanas. Universidade da Beira Interior. Covilhã. Disponível em: <http://handle.net/10400.6/6158>
- Price, B. (1996). Illness carees: the chronic illness experience. *J.Adv.Nurs*. 1996; 24:275-79

- Queiroz, P.C, Aguiar, D.C, Pinheiro, R.P, Moraes, C.C, Pimentel, I.R.S, Ferraz, C.L.H, & Ferraz,T.M.B.L.(2011). Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus e síndrome metabólica. *Soc Bras Clin Med* 2011; 9(4):254-258.
- Raaijmakers, L. G. M, Marloes, K. M., Hesselink A. E, Weerdt I., Nanne K. V.,Kremers, S. P. J, (2014) Mastery and perceived autonomy support are correlates of Dutch diabetes patients' self-management and quality of life, *Patient Education and Counseling* (Online) 97 (2014) 75–81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.016>.
- Rad, G. S., Bakht, L.A., Feizi, A., Mohebi, S. (2013). Importance of social support in diabetes care, *Journal of Education and Health Promotion*, Volters Kluwer Medknow Publications. *J Educ Health Promot.* 2013; 2: 62. 2013 Oct 30.doi:10.4103/2277-9531.120864
- Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuissier, J., Cousson, F., Gillard, J.,& Quintard, B. (1997). Soutien social et santé: Adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 35-51.
- Rech, R.R., & Fonseca, G.M.M. (2019), *Dados Internacionais de Catalogação na Fonte (CIP) Biblioteca Pública Municipal Dr. Demetrio Niederauer Caxias do Sul,RS* E24Educação física escolar: propostas pedagógicas para a educação básica, 1ª Edição Editora São Miguel Caxias do Sul - RS 2019.356 p. ISBN978-85 63262-51-6.
- Reisi, M., Mostafavi F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E., Sharifirad G. (2016). Impact of Health Literacy, Self-efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes. *Oman Medical Journal*, v. 31, n. 1, p. 52–59, 2016.
- Röhling, M., Strom, A., Bönhof, G. J, Roden, M., & Ziegler, D. (2017). Cardiorespiratory Fitness and Cardiac Autonomic Function in Diabetes. *Current Diabetes Reports.* 2017 Oct;17(12):125. DOI: 10.1007/s11892-017-0959-z.

- Saad, A.M., Younes, Z.M., Ahmed, H., Brown, J., Owesie, R.M., & Hassoun, A.A. (2018). Self-efficacy, self-care and glycemic control in Saudi Arabian patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional survey. *Diabetes research and clinical practice*, 137, 28-36 .
- Santos, J. C. D., & Moreira, T. M. M. (2012). Factores de riesgo y complicaciones en hipertensos/diabéticos de una región sanitaria del noreste brasileño. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1125-1132.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42, 243-252. DOI:10.1080/00207590701396641
- Shaw B.A., Gallant M.P., Riley-Jacome., Spokane L.S., (2006), Assessing sources of support for diabetes self-care in urban and rural underserved communities, *J Community Health* 2006 Oct;31(5):393-412, Department of Health Policy, Management, and Behavior, School of Public Health, University at Albany, Rensselaer, NY 12144-3456, USA.
- Silva, D.M.G.V.(2001). Narrativa de viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2004). Variáveis psicológicas associadas à adesão ao tratamento da diabetes mellitus. *Psicologia*, (Online)18(2), 159 171. Disponível em:
- Skovlund, S. E., & Peyrot, M. (2005). The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 18(3): 136-142.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD]. (2006). *Atualização Brasileira Sobre Diabetes*, 1. Diabetes, Rio de Janeiro : Diagraphic, 2005 (pp.1-140). ISBN 8589718-15-8.
- Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD]. (2017). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 1. Diabetes Mellitus. 2. Diabetes Estudo de casos. 3. Diabetes Mellitus I. *Diretrizes SBD 2017-2018*. (pp, 1-383) São Paulo: Editora Clannad, 2017. ISBN: 97885-93746-02-4

- Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD]. (2015). Diabetes: Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016. Diabetes: Factos e Números (pp 58, 1-67). Lisboa Pt. ISBN: 978-989-96663-2-0
- Song, M., Cen, L., Zheng, Z., Fisher, R., Liang, X., Wang, Y., & Huisinigh, D. (2017). How would big data support societal development and environmental sustainability? Insights and practices, *Journal of Cleaner Production* Volume 142, (Online) Part 2, 20 January 2017, Pages 489-500. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.10.091>
- Souza, A. C. R. M., Silva, D. C., Freitas, T. G. P., & Borges, M. F. (2014) Avaliação do nível de atividade física em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e sua correlação com variáveis metabólicas. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.19, n. 1, p. 109- 120, 2014.
- Strom, J.L., & Egede, L.E. (2012) The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review, *Curr DiabRep* 12, 769 781. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11892-0120317-0>
- Tharek, Z., Ramli, A. S., Whitford, D. L., Ismail, Z., Mohd Zulkifli, M., Ahmad Shari, S. K., ...Jayaraman, T. (2018). Relationship between self-efficacy, selfcare behaviour and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in the Malaysian primary care setting. *BMC Family Practice*, 19(1).
- Trief, P. M., Ploutz-Snyder, R., Britton, K. D., & Weinstock, R. S. (2004). The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. *Annals of behavioral medicine*, 27(3), 148-154.
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the “ghosts” of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, (Online) 74(7), 949-957. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.023>
- Walker, J. R., Smalls, B. L., Hernandez-Tejada M.A., Campbell J. A., Leonard E. Egede L. E. (2014). Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence,

self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low income, minority population. *Ethn Dis.*, 2014, 24 (3), pp. 349-355.

Wills, T. A. & Ainette, M. C. (2012). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 465-92). New York, NY, US: Psychology Press.

ANEXO A

1- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER 65/2019

Projeto "A influência do suporte social no processo de ajustamento à diabetes"

O Projeto "A influência do suporte social no processo de ajustamento à diabetes", submetido pela investigadora Reliane de Carvalho, foi apreciado pelos membros da Comissão de Ética na reunião do dia 11 de setembro de 2019, tendo recebido parecer intercalar 59/2019, no qual eram expressas algumas reservas, com eventuais repercussões éticas.

Recebida, entretanto, uma informação complementar apresentada pela mesma investigadora, que dá resposta satisfatória às reservas então formuladas, entende a Comissão encontrarem-se agora reunidos os requisitos eticamente exigíveis à concretização do projeto de investigação em apreço.

Em suma, assegurados que se encontram o consentimento informado dos/as participantes, bem assim como o seu anonimato, o voluntariado da participação, a confidencialidade, a privacidade e da informação recolhida, o projeto mereceu o parecer favorável da Comissão.

Lisboa, 23 de setembro de 2019

O Presidente da Comissão, *Prof. Doutor Jorge Costa Santos*

A Vogal, *Prof.ª Doutora Sónia Bernardes*

O Vogal, *Prof. Doutor Vítor Basto Fernandes*

ANEXO B

1. CONSENTIMENTO INFORMADO:

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Objetivo

Este estudo tem por objetivo estudar a relação entre o suporte social e o bem-estar da pessoa com diabetes.

Enquadramento

Este estudo está a ser levado a cabo no âmbito da tese de mestrado conducente à obtenção do grau de mestre em Ciências das Emoções do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Este trabalho conta com a supervisão científica da Doutora Marta Matos (Centro de Investigação e Intervenção Social do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa).

Explicação do Estudo

A sua participação no presente estudo implica o preenchimento de um questionário online, com a duração esperada de 15 minutos. A sua participação neste não está relacionada com os cuidados de saúde que lhe são prestados ou a serem prestados.

Confidencialidade e Anonimato

Todos os dados recolhidos são confidenciais e anónimos e serão utilizados exclusivamente no âmbito desta investigação.

Participação voluntária e informada

A sua participação é totalmente voluntária. Embora esta possa acarretar ligeiros desconfortos, como sentir-se cansado/a ou aborrecido/a, poderá recusar ou interromper a sua participação em qualquer momento. A recusa ou interrupção da sua

participação não terá qualquer consequência para si, para o serviço de saúde onde se encontra, para os profissionais implicados ou para a investigação no seu todo. Finalmente, por este estudo se debruçar sobre um assunto que lhe é familiar e relevante, a sua participação poderá trazer-lhe alguma satisfação.

Contactos da equipa de investigação

Os seguintes contactos podem ser usados para fazer questões sobre a investigação ou manifestar alguma preocupação ou reclamação.

Reliane de Carvalho, relianedecarvalho@hotmail.com, +351 960 445 433

Contacto do centro de investigação: cis@iscte-iul.pt, +351 210 464 017

ANEXO C

1. SUPORTE SOCIAL

1-1 Suporte social: pergunta inicial

Normalmente, na vivência com diabetes temos alguém que nos ajuda no dia-a-dia a fazer pequenas tarefas diárias ou até mesmo na gestão da doença, como por exemplo um cônjuge, pai/mãe, ou alguém com quem vivemos.

gostaríamos de saber se no seu caso tem alguém que o ajude em pequenas ou grandes tarefas associadas à vivência com diabetes. se sim, quem é pessoa que o auxilia no cuidado com a diabetes.

cônjuge, companheiro/a ou namorado/a

pai/mãe

amigos/as

outro

não há ninguém que me ajude com a gestão da minha diabetes

Vive com essa pessoa?

sim

não

1.2 Suporte social:

Escala comportamental de suporte social familiar para adolescentes com diabetes para a população adulta brasileira

Agora gostaríamos de saber a frequência com que recebe ajuda na gestão da diabetes. leia cada frase com atenção e assinale a resposta que melhor descreve o que acontece.

não existem respostas certas ou erradas.

se não tiver a certeza, marque o que acha que é mais verdade. também pode escolher "não se aplica" quando, por exemplo, houver perguntas sobre medicação e no seu caso não toma medicação/insulina.

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca	Não se aplica
1. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes vê-me a fazer a monitorização da glicemia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quando há algum problema com a diabetes telefonamos ao médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes decide o que eu como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes compreende o que	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sinto sobre a diabetes.

5. Peço conselhos à pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes sobre a diabetes.

6. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes fala comigo sobre a minha diabetes.

7. Nós sabemos quando há problemas com a minha diabetes.

8. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz coisas pela minha diabetes que eu poderia fazer sozinho/a.

Sempre Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca Nunca Não se aplica

9. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes lê coisas sobre diabetes.

10. A pessoa que me ajuda no cuidado com a

<p>diabetes lembra-me para fazer a monitorização da glicemia.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>11. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes encoraja-me a fazer exercício todos os dias.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>12. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes compra doces para a família.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>13. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes oferece-me presentes por tratar da diabetes.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>14. Em casa comem coisas que não fazem parte da minha dieta.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>15. A diabetes faz com que a pessoa, que me ajuda no cuidado com a diabetes, andar nervoso/a.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

<p>16. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz-me a monitorização da glicemia.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca	Não se aplica
<p>17. Quando ando com os valores altos durante vários dias, não fazemos nada, esperamos até à próxima consulta.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<p>18. Só telefonamos ao médico/a ou enfermeiro/a quando os valores da glicemia estão mesmo muito mal.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<p>19. Trato sozinho/a da diabetes.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<p>20. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre com cuidado para que eu não deixe de tomar insulina ou tomar a medicação prescrita.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<p>21. A pessoa que me ajuda no</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					

<p>cuidado com a diabetes anota os resultados da monitorização da glicemia.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<p>22. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes ouve as minhas opiniões sobre o tratamento.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<p>23. Se não temos a certeza do que fazer falamos com o/a médico/a.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<p>24. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes discute comigo quando tenho que cumprir a dieta.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca	Não se aplica
<p>25. A minha família faz as refeições a horas certas.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					
<p>26. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes parece que tem vergonha por eu ter diabetes.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					

27. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes ouve as minhas queixas e preocupações por ter diabetes

28. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz os meus lanches.

29. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes prepara a insulina.

30. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes faz-me sentir bem por eu tratar da diabetes.

31. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes dá-me a insulina ou a medicação.

32. Fico com vergonha quando a pessoa que me ajuda no cuidado com a

diabetes fala com outras pessoas sobre a minha diabetes.						
	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca	Não se aplica
33. Quando saímos para almoçar ou jantar, eu escolho autonomamente os alimentos que posso comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Outras pessoas da família comem doces à minha frente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Sinto-me sozinho no que diz respeito à diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes quer que eu faça as mesmas coisas que os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes acha que ainda não estou capaz de fazer sozinho a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

monitorização da glicemia.						
38. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre pronta a ajudar-me no que preciso sobre a diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes está sempre a dizer-me para ter cuidado, como se eu estivesse doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes lembra-me de tomar a insulina ou a medicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca	Não se aplica
41. Só me preocupo com os resultado da monitorização da glicemia quando começo a sentir-me mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. A pessoa que me ajuda no cuidado com a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

diabetes sabe de que modo eu trato da diabetes.

43. Na minha família há alguém com quem posso conversar sobre a minha diabetes.

44. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes fica zangada se eu não trato da diabetes.

45. Se os resultados da monitorização da glicemia estão muito altos nós testamos a cetona.

46. A minha família conversa sobre a diabetes.

47. A pessoa que me ajuda no cuidado com a diabetes tem medo de me injectar a insulina.

ANEXO D

1. MEDIADORA: DISTRESS EMOCIONAL - PAID

1.1 Distress emocional – paid: versão brasileira da escala paid - problems areas in diabetes

Por favor, para cada questão abaixo assinale a resposta que para si é mais verdadeira:

	Não é um problema	É um problema pequeno	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
1. a falta de metas claras e concretas no cuidado da diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. sentir-se desencorajado/a com o tratamento da diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. sentir medo quando pensa em viver com diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas com os cuidados da diabetes (por exemplo pessoas que lhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

dizem o que deve comer):					
5. ter sentimentos de privação relacionados com comida e refeições...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ficar deprimido/a quando pensa em ter que viver com diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. não saber se o seu humor ou sentimentos estão relacionados com a sua diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
8. sentir que a diabetes é um peso para si...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. preocupar-se com episódios de glicose baixa...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ficar irritado quando pensa em viver com diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. preocupar-se com a comida e o que comer...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. preocupar-se com o futuro e com					

a possibilidade de sérias complicações...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. sentir-se culpado/a ou ansioso/a quando deixa de cuidar da diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. não aceitar a sua diabetes...	<p>Não é um problema É um pequeno problema É um problema moderado É quase um problema sério É um problema sério</p>				
15. sentir-se insatisfeito/a com o/a profissional de saúde que o assiste com a diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. sentir que a diabetes está a consumir muito de sua energia mental e física diariamente...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. sentir-se sozinho/a com a diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. sentir que os seus amigos e familiares não apoiam os seus esforços para lidar com a diabetes...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. lidar com as complicações da diabetes...	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
20. sentir-se esgotado/a com o esforço constante que é necessário para cuidar da sua diabetes...	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

ANEXO E

1. MEDIADORA: AUTO-EFICÁCIA (DES-SF)

1.1 Mediadora: auto-eficácia (DES-SF)

Escala de capacidade de controlo da diabetes – versão breve (DES- SF)

Por favor, para cada questão abaixo assinale a resposta que para si é mais verdadeira.

em geral eu acredito que:

	Discordo completamente	Discordo Pouco	Não discordo, nem concordo	Concordo um pouco	Concordo Completamente
... sei identificar os aspectos dos cuidados a ter com a minha diabetes com os quais estou insatisfeito/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... consigo atingir as metas relativas à minha diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

problemas para
atingir as metas
relativas à
minha diabetes.

... consigo
arranjar forma
de me sentir
melhor mesmo
tendo diabetes.

... sei como lidar
de forma
positiva com o
stress
relacionado com
a diabetes.

... posso pedir
ajudar por ter e
para tratar a
diabetes sempre
que necessito.

... sei o que me
ajuda a estar
motivado/a para
cuidar da minha
diabetes.

... conheço-me
suficientemente
bem para fazer
as melhores
escolhas para
cuidar da minha
diabetes.

ANEXO F

1. QUALIDADE DE VIDA (DQOL)

1.1 qualidade de vida (DQOL)

diabetes quality of life measure (DQOL-Brasil)- Subescala Satisfação

Agora gostaríamos de conhecer o seu nível de satisfação com os seguintes aspectos:

	Muito Satisfeito/a	Satisfeito/a	Mais ou menos Satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Nada Satisfeito/a
1. você está satisfeito/a com a quantidade de tempo que gasta a realizar exames gerais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. você está satisfeito/a com o tempo que leva para verificar os níveis de açúcar no sangue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. você está satisfeito/a com o seu tratamento atual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. você está satisfeito/a com a					

flexibilidade que
você tem na sua
dieta?

4. você está
satisfeito/a com a
apreensão que a
diabetes gera na
sua família?

5. você está
satisfeito/a com o
conhecimento
sobre a sua
diabetes?

6. você está
satisfeito/a com
seu sono?

7. você está
satisfeito/a com a
sua vida social e
amizades?

8. você está
satisfeito/a com a
sua vida sexual?

9. você está
satisfeito/a com o
seu trabalho,
escola ou
atividades
domésticas?

10. você está
satisfeito/a com a
aparência do seu
corpo?

11. você está satisfeito/a com o tempo que gasta a fazer exercício físicos?

12. você está satisfeito/a com seu tempo de lazer?

13. você está satisfeito/a com a sua vida em geral?

1.2 qualidade de vida (DQOL)

diabetes quality of life measure (DQOL-Brasil)- Subescala Impacto

Agora gostaríamos de conhecer o impacto que a diabetes tem na sua vida. por favor responda às questões abaixo.

Sempre Quase Algumas Quase Nunca
sempre sempre vezes nunca

1. com que frequência você sente dor associada ao tratamento da sua diabetes?

2. com que frequência você se sente constrangido/a em realizar

tratamentos da diabetes em público?

3. com que frequência você se sente fisicamente doente?

4. com que frequência a sua diabetes interfere na vida da sua família?

5. com que frequência tem uma noite de sono má?

6. com que frequência você se sente mal consigo mesmo/a?

7. com que frequência você se sente constrangido/a de contar aos outros sobre a sua diabetes?

8. com que frequência você se sente

incomodado
por ter
diabetes?

9. com que
frequência
você sente
que, por causa
do diabetes,
você vai ao
banheiro mais
que os outros?

10. com que
frequência
você come
algo que não
deveria, em
vez de dizer
que tem
diabetes?

11. com que
frequência
você constata
que seu
diabetes está
limitando sua
vida social e
amizades?

ANEXO G

1-CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E DEMOGRÁFICA E DEBRIEFING E FEEDBACK

1-1 *Caracterização Clínica*

Agora gostaríamos de conhecer melhor o seu estado de saúde e de recolher algumas informações importantes sobre a sua diabetes.

Qual o seu tipo de diabetes?

Tipo 1

Tipo 2

Há quanto tempo (em anos) lhe foi diagnosticada a diabetes?

Tipo de tratamento:

dieta

medicamento oral

insulina

dieta e medicamento oral

medicamento oral e insulina

dieta e insulina

dieta, medicamento oral e insulina

com que frequência avalia a sua glicemia?

diária

- semanal
- mensal
- trimestral
- outras

Prática de atividade física:

- sim
- não

Existência ou não de apoio a gestão da diabetes:

- conjugê
- companheiro/a ou namorado/a
- pai/mãe
- amigos/as
- outros
- não há ninguém que me ajude na gestão da diabetes

Cumpre a dieta?

- sim
- não
- às vezes

Pratica exercício?

- não
- sim

1-2 Características socio-demográficas

Finalmente gostaríamos de saber algumas informações sobre si.

Nacionalidade

Sexo:

- feminino
- masculino

() outro

Idade:

1-3 Debriefing e Feedback

A sua participação terminou, queremos agradecer o tempo que nos dispensou.

Este estudo tem por objetivo estudar a relação entre o suporte social e o bem-estar da pessoa com diabetes. contamos conhecer melhor a relação entre o suporte social recebido e as experiências e vivências das pessoas com diabetes. se tiver alguma pergunta ou comentário, também poderá entrar em contacto com a equipa de investigação através do e-mail relianedecarvalho@hotmail.com

Caso queira saber mais sobre este estudo e receber os resultados globais e conclusões deste estudo deixe-nos o seu e-mail:

