

Representações da doença, ajustamento conjugal e adesão aos auto-cuidados e controlo metabólico em diabéticos tipo 2

Daniela Oliveira¹
M. Graca Pereira

Universidade do Minho, Braga, Portugal

Resumo

Em Portugal, 11,7% da população tem diabetes (APDP, 2009) e destes, 90% são diabéticos tipo 2. Este estudo visa avaliar a relação entre as representações da doença, ajustamento conjugal, adesão aos auto-cuidados e controlo metabólico em diabéticos tipo 2. A amostra é constituída por 145 participantes com diabetes tipo 2, recrutados em centros de saúde. Os instrumentos utilizados foram: *Revised Summary Diabetes Self-Care Activities* (RSDSCA) de Toobert, Hampson e Glasgow (2000); *Illness Perception Questionnaire – Brief* (IPQ-B), de Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, (2006); *Revised Dyadic Adjustment Scale* (RDAS), de Busby, Christensen, Crane, & Larson, (1995). Todos os questionários utilizados foram adaptado a esta amostra portuguesa. O controlo metabólico foi avaliado através da Hemoglobina Glicosilada. Os resultados revelaram que participantes com menor percepção de identidade da doença e maior ajustamento conjugal apresentaram melhor controlo metabólico. No que respeita à adesão aos cuidados com os pés, as variáveis preditoras foram a idade e a percepção da identidade da doença. Os resultados obtidos enfatizam a importância de intervenções focadas nas representações que o doente desenvolve acerca da diabetes uma vez que estas parecem ser as principais responsáveis pelos comportamentos de adesão aos cuidados com os pés e, conseqüentemente, por uma gestão ótima da doença.

Palavras-chave: Diabetes tipo 2; Ajustamento Conjugal; Representações da Doença; Controlo Metabólico

Illness Representations, Marital Adjustment and Adherence and Metabolic Control in Type 2 Diabetics

Abstract

In Portugal, 11,7% of the population has diabetes (APDP, 2009) 90% of which as type 2 diabetes. This study aims to evaluate the relationship between illness representations, marital adjustment, adherence to self-care and metabolic control in type 2 diabetics, recruited in health care centers. The following instruments were administered: *Revised Summary Diabetes Self-Care Activities* (RSDSCA), (Toobert, Hampson and Glasgow (2000); *Illness Perception Questionnaire – brief* (IPQ-B), (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006); *Revised Dyadic Adjustment Scale* (RDAS) of Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995). All instruments were adapted to Portuguese samples. Metabolic control was assessed through glycosylated hemoglobin. Results revealed that participants with lower identity perception and higher marital adjustment had better metabolic control. Regarding adherence to foot care, the predictors were age and illness' identity perception. Results emphasize the importance of interventions that focus on the representations patients developed about their illness since these seem to be key variables responsible for adherence behaviors and, consequently, optimal illness' management.

Keywords: Type 2 Diabetes; Marital Adjustment; Illness Representations; Metabolic Control

A Diabetes caracteriza-se por um elevado nível de açúcar no sangue que resulta da deficiente ação da insulina ou da incapacidade do organismo em produzir insulina para transformar a glicose dos alimentos (Wait, 2004) sendo uma doença com elevada

prevalência em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2008) existem cerca de 180 milhões de diabéticos. Em Portugal, segundo o estudo PREVADIAB (APDP, 2009) cerca de 11,7% da população é diabética. Em termos de mortalidade mundial, em 2005, houve cerca de 1,1 milhão de vítimas devido á diabetes (WHO, 2008).

Embora sejam reconhecidas as vantagens de uma boa adesão na prevenção de complicações na diabetes, esta

¹ Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal
Emails: daniela.oliveira.um@gmail.com; gracep@psi.uminho.pt

é frequentemente muito baixa. Após o diagnóstico, é recomendado ao diabético alguns cuidados que podem alterar o seu dia-a-dia e que incluem: alteração da dieta, prática de exercício físico, cuidado com os pés, medicação (oral ou insulina) e monitorização da glicose. Estas recomendações devem ser seguidas de forma a alcançar uma boa gestão da doença, evitando complicações futuras (Odegard & Capoccia, 2007; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006). No caso da diabetes, tal como na generalidade dos doentes crónicos, verifica-se que a adesão é baixa (e.g. Hertz, Unger & Lustik, 2005). Embora não seja ótima, a adesão ao tratamento farmacológico é mais fácil do que a adesão às mudanças de estilo de vida (Vermeire, Royen, Coenen, Wens & Denekens, 2003). Relativamente aos hábitos alimentares, a adesão varia entre 30% e 87% (cf. McCabe, 2003) e no exercício físico, a adesão situa-se abaixo dos 19%, sendo, portanto, esta a recomendação menos seguida (Kravitz et al., 1993 cit in McCabe, 2003). Ainda em relação ao exercício físico, Toljamo e Hentiner (2001) referem que 35% dos participantes fazem exercício regularmente, 30% fazem-no diariamente e 10% não faz exercício. Encontraram ainda que 25% dos participantes cuida dos seus pés diariamente e 16% nunca o faz. Por fim, Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson e Selby (2000) referem que 67% dos diabéticos tipo 2 não fazem a monitorização da glicose.

Na tentativa de dar sentido à doença, o indivíduo desenvolve uma série de crenças que influenciarão a sua forma de lidar com o problema e os seus comportamentos de auto-cuidado (Searle et al., 2008; Wooldridge, Wallston, Graber, Brown & Davidson, 1992). Assim, face ao diagnóstico de uma doença como a diabetes, as representações da doença assumem um papel de destaque nos comportamentos de auto-cuidado (Bean, Cundy & Petrie, 2007; Searle, Norman, Thompson & Vedhara, 2007) sendo um importante preditor da adesão (Barnes, Moss-Morris & Kaufusi, 2004). Num estudo realizado por Hampson, Glasgow & Toobert (1990), as representações da doença são responsáveis por 19% da variância em relação à dieta e por 13% da variância relativamente ao exercício físico.

Quanto à percepção de identidade da doença, segundo Broadbent, Petrie, Main e Weiman (2006), indivíduos com baixa percepção de identidade da doença apresentam pobre controlo metabólico. Em termos de percepção da duração da doença, Hampson e colaboradores (1990; 1995) verificaram que 89% dos diabéticos acreditam que a sua doença não tem cura. De acordo com Barnes, Moss-Morris e Kaufusi (2004), a percepção de duração da doença é um factor importante para a adesão. De facto, doentes que percecionam a diabetes como sendo uma doença crónica de curta duração apresentam menor adesão à dieta e à medicação. A percepção de

controlo da diabetes, esta tem subjacente a percepção de auto-eficácia, estando relacionada com a capacidade do doente em seguir as recomendações médicas sendo um preditor de comportamentos de auto-gestão na diabetes, essencialmente no que respeita à alimentação e exercício físico (Hurley & Shea, 1992). Searle e col. (2008) referem que a crença de percepção de controlo assume um papel preponderante na adesão à monitorização da glicose, alimentação e exercício físico corroborando os resultados obtidos em diversos estudos que referem que doentes que consideram a sua doença e tratamento sob seu controlo apresentam melhor adesão à alimentação (Skinner & Hampson, 2001), exercício físico, monitorização da glicose e melhor controlo metabólico (Bean, Cundy, & Petrie, 2007). Por outro lado, de acordo com Broadbent, Petrie, Main e Weiman (2006), elevada percepção de controlo do tratamento, por parte do doente, está associada a pior controlo metabólico. Também Hampson, Glasgow e Strycker (2000) referem que crenças acerca da gravidade percebida da doença, da eficácia do tratamento e controlo que o doente percebe estão associadas a controlo metabólico, padrões alimentares, funcionamento físico e saúde mental em diabéticos tipo 1 e 2. O diagnóstico de uma doença crónica é uma situação nova afetando emocionalmente o doente gerando múltiplos sentimentos de medo, raiva, choque ou ansiedade (Thoolen, Ridder, Bensing, Gorter & Rutter, 2008). Assim, é de esperar alguma preocupação por parte do doente que, de acordo com Vileikyle e col. (2006) funciona como motivação para a adesão. Por fim, também os níveis da compreensão do doente acerca da diabetes parecem influenciar os níveis de adesão aos auto-cuidados recomendados (Barnes, Moss-Morris & Kaufusi, 2004).

Ao nível da relação marital, Figueiras, Machado e Alves (2002) referem que o diagnóstico de uma doença e a percepção do casal acerca da mesma afetam o ajustamento conjugal pois tem um impacto na dinâmica conjugal (Ribeiro, 2007). No apoio dado ao cônjuge diabético, parecem haver diferenças de género i.e. as mulheres tendem a cuidar mais dos maridos do que vice-versa (Chang & White-Means, 1991) particularmente na preparação das refeições ou na ajuda pedida (Epple, Wright, Joish, & Bauer, 2003).

Estudos na área do ajustamento conjugal mostram que melhor qualidade marital associa-se a melhor adaptação à doença, melhor percepção de ajustamento diádico, maior satisfação e, conseqüentemente, menor impacto negativo da doença (Trief, Himes, Orendorff & Weinstock, 2001). Nos comportamentos de auto-cuidado na diabetes, uma boa relação conjugal parece ter uma influência positiva. Katz (1969) encontrou piores comportamentos de auto-gestão quando há conflito conjugal. Também Miller e Brown (2005) verificou

que a flexibilidade do cônjuge e as competências de comunicação eram essenciais numa boa adaptação à dieta, na diabetes. Face ao diagnóstico e consequentes recomendações, se as mudanças de estilo de vida ocorrem num casal com boa intimidade e apoio, existe cooperação nas mudanças necessárias, aumentando a motivação e a capacidade de adesão aos comportamentos de saúde (Trief, Ploutz-Snyder & Britton, 2004). De facto, o suporte conjugal e familiar está associado ao controlo metabólico (Trief, Himes, Orendorf & Weinstock, 2001; Epple, Wright, Joish & Bauer, 2003).

Metodologia

Amostra

A amostra é constituída por 110 sujeitos com diabetes tipo 2. Assim, a maioria dos participantes (57,9%) são do sexo masculino e 42,1% são do sexo feminino. Quanto ao estado civil, os participantes são maioritariamente casados (97,9%) e 2,1% mantêm uma relação afetiva mas não coabitam. A idade varia entre 30 anos e 86 anos, com uma média de 58 anos (d.p.= 11). Ao nível da escolaridade, a maioria dos participantes (63,4%) tem o 1º ciclo, 17,2% frequentaram o 2º ciclo, 9% frequentaram o 3º ciclo, 2,8% frequentaram o ensino secundário e apenas 1,4% frequentou o ensino superior.

Procedimento

A amostra é constituída por diabéticos tipo 2, ambos os sexos, com companheiro (a) e com diagnóstico há menos de um ano. Os participantes foram recolhidos nas Unidades de Saúde Familiar (USF) do Norte do País. Inicialmente foram realizadas reuniões com os coordenadores dos agrupamentos para ser apresentado o projeto seguindo-se reuniões em cada uma das USF/Centro de Saúde. Os centro de saúde que aceitaram participar identificaram os doentes diagnosticados com diabetes durante o ano de 2009 e, posteriormente, os doentes foram contactados no sentido de serem informados acerca da investigação e convidados a participar. Na altura da avaliação foi garantida a confidencialidade dos dados e o carácter voluntário da participação, tendo os participantes assinado um consentimento informado no início a avaliação. A avaliação foi feita num momento único.

Instrumentos

Questionário Sócio-demográfico (Pereira, 2009) composto por 16 itens de formato variado, com o objetivo de recolher informação relativa a algumas variáveis sócio-demográficas.

Revised Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDCA) : esta escala foi desenvolvida por Toobert e Glasgow (1994) e é um dos instrumentos de auto-relato mais utilizados na avaliação da auto-gestão dos cuida-

dos na diabetes em adultos. Mais tarde, com base em estudos que utilizaram a SDSCA, Toobert, Hampson e Glasgow (2000) desenvolveram a *Revised Summary of Diabetes Self-Care Activities* (RSDSCA). Esta escala é composta por 11 itens cotados numa escala *Likert* de 7 pontos onde o diabético responde quantos dias da última semana realizou determinado comportamento. Ao contrário da versão original, a escala revista inclui questões sobre o cuidado com os pés e os hábitos tabágicos. Estes 11 itens estão agrupados em 4 subescalas: Dieta, Monitorização da Glicose, Exercício Físico e Cuidado com os Pés e um item que avalia os Hábitos Tabágicos. A fidelidade da escala total e das subescalas foi de .55 para a escala total e de .51, .79, .91 e .67 para as subescalas Dieta, Exercício Físico, Monitorização da Glicose e Cuidado com os Pés respectivamente. Assim, utilizou-se apenas as subescalas Exercício Físico, Monitorização da Glicose e Cuidado com os Pés no presente estudo.

Illness Perception Questionnaire - brief: O questionário breve de crenças da doença (Brief - IPQ) tem origem no questionário original (IPQ). A versão original tem como objetivo avaliar as percepções das pessoas acerca de determinada doença avaliando-se as 5 dimensões das representações das doenças numa escala de *Likert* de 5 pontos. O IPQ breve é composto por 9 itens que avaliam as diferentes dimensões das representações da doença. Cinco dos itens avaliam as representações cognitivas da doença (consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento e identidade), dois itens que avaliam as representações emocionais (preocupação e emoções) e um item avalia a compreensibilidade. Todos estes 8 itens são avaliados numa escala *Likert* de 10 pontos. A avaliação da causalidade é feita através de uma resposta aberta em que o sujeito deverá identificar os 3 factores que considera mais importantes na causa da sua doença. A atribuição causal não foi incluída no estudo, pelo que o questionário apresenta apenas 8 itens. Para este estudo foi utilizado não só a pontuação total mas também cada umas das 8 subescalas. Dado tratar-se dum questionário que apresenta um item por subescala, tal como na versão original realizaram-se testes de correlações. As subescalas que apresentam correlações mais elevadas são: Consequências e Identidade ($r=.47$), Consequências e Preocupação ($r=.41$) e Consequências e Resposta Emocional ($r=.43$), resultado semelhante ao obtido por Fernandes (2009).

Revised Dyadic Adjustment Scale: A escala de ajustamento conjugal revista (RDAS) resulta da análise da escala original, (DAS) desenvolvida por Spanier (1976) para avaliar o ajustamento na relação marital. Esta escala é constituída por 14 itens pontuados numa escala *Likert* de 5 pontos, variando a pontuação total

entre 0 e 69 pontos e que se encontram agrupados em 3 subescalas: Consenso Diádico, Satisfação Diádica e Coesão Diádica (Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995). Ao nível da avaliação da fidelidade da escala verificou-se que os alfas obtidos foram de .73, .78, .67 e .73 para a Escala Total, Consenso Diádico, Satisfação Diádica e Coesão Diádica respetivamente. Neste estudo apenas se utilizou a escala total.

Análises dos Dados

Na primeira hipótese foi utilizado teste de MANOVA. Na segunda hipótese realizou-se uma regressão linear (método *Enter*) para identificar os preditores de adesão. Das variáveis socio-demográficas e clínicas (Género, Idade, Escolaridade, Controlo Metabólico e Duração da Doença) apenas a idade se encontra relacionada com a adesão. Por outro lado, das variáveis psicológicas (Ajustamento Conjugal e Representações da Doença) apenas as dimensões Consequências, Identidade, Preocupação, Compreensão, Resposta Emocional estão relacionadas com a adesão ao cuidado com os pés. Assim, a idade foi introduzida no Bloco 1 e as dimensões Consequências, Identidade, Preocupação, Compreensão e Resposta Emocional no Bloco 2.

Resultados

Diferenças ao nível das Representações da Doença, Ajustamento Conjugal e Adesão aos Auto-Cuidados em diabéticos com bom controlo versus mau Controlo Metabólico.

Verificou-se que os participantes com maior perceção de identidade da doença apresentam pior controlo metabólico ($F(3,971), p < .05$). Relativamente às restantes variáveis as diferenças não foram significativas.

Foram encontradas diferenças significativas ao nível do ajustamento conjugal em função do controlo metabólico. Assim, doentes com maior ajustamento conjugal ($t(108)=2.46, p < .05$) apresentam melhor controlo metabólico. Para as restantes variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Preditores da Adesão aos Autocuidados

Não sendo possível utilizar a escala total do questionário de auto-cuidados devido ao alfa encontrado, foram utilizadas as subescalas individualmente (subescalas). Assim, quanto ao cuidado com os pés, verificou-se que apenas a idade e a dimensão Identidade são significativas. Neste sentido, ser mais jovem e ter maior perceção

Tabela 1

Resultado do Teste MANOVA nas Variáveis Adesão aos Auto-Cuidados, Representações da Doença, Ajustamento Conjugal em função do Controlo Metabólico

	Bom Controlo Metabólico (n=60)	Mau Controlo Metabólico (n=50)	F (1,108)
	Média (d.p.)	Média (d.p.)	
Identidade (IPQ)	1.27	2.14	3,971*
Preocupação (IPQ)	4.58	5.00	,422
Compreensão (IPQ)	5.18	4.90	,233
Resposta Emocional (IPQ)	2.70	2.54	,076
Consequências (IPQ)	2.65 (3.30)	3.26 (3.35)	-.959
Duração (IPQ)	6.87 (3.53)	8.00 (2.78)	-1.844
Controlo Pessoal (IPQ)	3.68 (2.94)	2.84 (2.60)	1.579
Controlo do Tratamento (IPQ)	1.58 (1.86)	1.26 (1.83)	.914
Perceção de Ameaça (IPQ)	28.52 (10.85)	29.94 (11.03)	-.680
Ajustamento Conjugal (RDAS)	55.38 (6.03)	51.84 (8.99)	2.46*
Adesão Monitorização Glicose (RSDSCA)	4.17 (4.70)	5.04 (4.99)	-.940
Adesão ao Exercício Físico (RSDSCA)	2.67 (4.02)	2.66 (3.73)	.009
Adesão Cuidado com Pés (RSDSCA)	5.82	7.48	-1.601

de Identidade predizem a adesão ao cuidado com os pés. O modelo explica cerca de 11,7% da variância.

Para a adesão à monitorização da glicose e adesão ao

exercício físico não foi realizada nenhuma regressão pois verificou-se que estas duas variáveis não estavam correlacionadas com as restantes variáveis psicológicas.

Tabela 2

Resultado das Variáveis Predictoras de Adesão ao Cuidado com os Pés em Diabéticos Tipo 2

(N=110)

Variáveis	Predictores		
	Beta	p	ΔR^2
Bloco 1			.040
Idade	-.201	.015*	
Bloco 2			1.14
Idade	-.125	.138	
Consequências (IPQ)	.173	.076	
Identidade (IPQ)	.191	.036*	
Preocupação (IPQ)	-.024	.811	
Compreensão (IPQ)	-.116	.179	
Resposta emocional (IPQ)	.009	.923	
<i>Adjust R Square</i>	0.34	.117	

*p<.05

Discussão

Sendo o controlo metabólico importante na avaliação da gestão da doença, torna-se essencial perceber quais as variáveis associadas à qualidade do mesmo. Na presente amostra destacou-se a percepção de identidade e o ajustamento conjugal como as variáveis que estão relacionadas com o controlo metabólico. Para Rossi, Pace e Hayashida (2009), a relação familiar e conjugal relaciona-se com o controlo metabólico. Tal facto foi comprovado pelos resultados do estudo que mostram que diabéticos com melhor ajustamento conjugal apresentam melhor controlo metabólico. Alguns estudos têm verificado que uma boa gestão da diabetes passa pela qualidade do controlo metabólico, organização familiar ou a capacidade do casal para resolver as divergências acerca dos cuidados que o doente deverá ter (ajusta-se à nova situação), suporte ativo do parceiro e satisfação marital na obtenção de um bom controlo metabólico (Fisher et al., 2000; Fisher, 2006).

Por fim, algumas dimensões das representações da doença têm sido encontradas como estando relacionadas com a qualidade do controlo metabólico. De facto, a percepção de curta duração da doença e de está associada a uma melhor gestão da doença (Ponzo et al.,

(2006). Por outro lado, no que respeita ao controlo do tratamento e controlo pessoal, Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006) referem que pessoas com menor percepção de tratamento e maior percepção de controlo sobre a doença apresentam melhor controlo metabólico. Para além disto a identidade da doença tem surgido associada ao controlo metabólico, tal como no presente estudo. De facto, os resultados revelaram que pacientes com maior percepção de identidade apresentam pior controlo metabólico. Este resultado, embora pareça um pouco inesperado, corrobora o resultado obtido por Broadbent et al., (2006) em que elevada percepção de identidade da doença estava associada a mau controlo metabólico. Assim, tendo em conta que a dimensão identidade avalia a capacidade do doente em identificar os sinais e sintomas da doença, seria de esperar que quanto maior fosse a percepção da identidade da doença melhor fosse o controlo metabólico contudo tendo em conta o medo dos diabéticos em relação às dificuldades em identificar os sintomas da doença, poderá implicar que não façam uma boa monitorização da glicose levando assim a uma pior gestão da doença.

A adesão às recomendações dadas é fundamental para que um diabético consiga gerir bem a sua doença. Em geral, a literatura tem-se focado na previsão da

adesão à medicação, embora hajam já alguns estudos que tentam verificar quais os fatores capazes de prever a adesão à dieta, ao exercício físico ou a auto-monitorização da glicose (Mann, Ponierman, Leventhal & Halm, 2009, Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo & Kravitz, 1992) sendo o cuidado com os pés uma área em que a investigação é ainda escassa. Para alguns autores (Barnes, Moss-Morris & Kaufusi, 2004), as dimensões das representações da doença parecem ser fortes preditores de adesão. Crenças acerca da eficácia do tratamento, da necessidade de medicação, da duração da doença e das causas parecem ser preditores importantes a ter em consideração na adesão à diabetes tipo 2 (Barnes, Moss-Morris & Kaufusi, 2004). Embora fossem testadas diversas dimensões das representações da doença, apenas a identidade se revelou preditora da adesão ao cuidado com os pés. No presente estudo, a adesão ao cuidado com os pés é predita pela elevada identidade da doença, ou seja, quanto maior a percepção dos diabéticos acerca da sua doença e sintomas a ela associados, melhor a adesão ao cuidado dos seus pés (Vileikyle, Rubin & Leventhal, 2004). Para além da identidade, também a idade se revelou preditora do comportamento de cuidado dos pés, sendo que indivíduos mais novos aderem mais a este auto-cuidado. Apesar de estudos realizados sobre a adesão referirem que existe uma maior probabilidade de doentes mais velhos fazerem a auto-monitorização da glicose e de tomarem a medicação (e.g. Albright Parchman & Burge, 2004), os dados da presente amostra revelam que, em relação ao cuidado com os pés, são os mais novos os que mais aderem, podendo este dado estar relacionado com questões de maior destreza motora (Barreto, Carvalho, Falcão, Lessa & Leite, 2003). Este resultado revela a importância da necessidade de uma melhor educação para a saúde, a este nível, entre os diabéticos mais velhos.

Limitações

O facto de a amostra ter sido recolhida apenas na zona Norte de Portugal, não sendo portanto representativa da população bem como a utilização de questionários de auto relato são limitações a ter em consideração no presente estudo.

Conclusões

Segundo os resultados obtidos podemos concluir que uma boa gestão da diabetes depende essencialmente das representações que os doentes têm sobre a diabetes. As representações da doença apresentam-se como determinantes para que o doente tenha uma boa adesão e capacidade de gerir a sua doença.

A percepção de identidade da doença e sintomas associados parece ser o maior responsável pela adesão a comportamentos de auto-cuidados, nomeadamente o cuidado com o pés, na medida em que se revelou preditor deste comportamento de auto-cuidado.

A partir dos resultados obtidos, podemos concluir que seria importante que os pacientes quando diagnosticados com diabetes fossem desde logo alvo de intervenções que incluam representações da doença, permitindo assim que estes construíssem representações mais adaptativas acerca da diabetes promovendo uma boa gestão da sua doença.

Ao nível de investigações futuras, seria importante analisar o apoio social ao nível da adesão. Para além disso, seria também interessante incluir os parceiros dos doentes no estudo, no sentido de perceber de que forma estes são afetados pela diabetes do companheiro bem como a forma como são capazes de lidar com a diabetes, ao nível das estratégias de coping.

Referências

- Albright, T., Parchman, M., & Burge, S. (2004). Predictors of self-care behaviors in adults with type 2 diabetes: An RRNeST study. *Family Medicine*, 33, 5, 354-360.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- APDP (2009). O que é a diabetes. Consultado online em Novembro 2009 em <http://www.apdp.pt/diabetes.asp>.
- Barnes, L., Moss-Morris, R., & Kaufusi, M. (2004). Illness beliefs adherence in diabetes mellitus: A comparison between Tongan and European patients. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 117(1188).
- Barreto, K., Carvalho, E., Falcão, I., Lessa, F., & Leite, V. (2003). Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 33, 339-354.
- Bean, D., Cundy, T., & Petrie, K. (2007). Ethnic differences in illness perceptions, self-efficacy and diabetes self-care. *Psychology and Health*, 22(7), 787-811.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weiman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Busby, D., Christensen, C., Crane, D., & Larsin, J. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. Consultado online: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3658/is_199507/ai_n8713671/?tag=content;coll_em_9-7-2010
- Chang, C.F. & White-Means, S.I (1991). The man who care: an analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *Journal of Applied Gerontology*, 10, 343-358.
- Ciechanowski, P., Katon, W., Russo, J., & Walker, E. (2001). The patient – provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal Psychiatry*, 158(1), 29-35.
- Dulmer, S., Sluijs, E., Dijk, L., Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a reviews. *BioMedicine Central Health Services Research*, 7, 55.

- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 57-60.
- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Social Science & Medicine*, 42(2), 173-183.
- Epple, C., Wright, A., Joish, V., & Bauer, M. (2003). The role of active family nutritional support in navajos' type 2 diabetes metabolic control. *Diabetes Care*, 26(10), 2829-2834.
- Figueiras, M., Machado, V., & Alves, N. (2002). Os modelos de senso comum das cefaleias crônicas nos casais: relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*, 1, XX, 77-90.
- Fisher, L. (2006). Family relationship and diabetes care during the adults years. *Diabetes Spectrum*, 19(2), 71-74.
- Fisher, L., Chesla, C., Skaff, M., Gilliss, C., Mullan, J., Bartz, R., et al. (2000). The family and disease management in hispanic and european – american patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23(3), 267-272.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E., and Toobert, D. J. (1990). Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. *Health Psychology*, 9, 632-646.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E. & Foster, L. S. (1995). Personal Models of diabetes among older adults. Relation to self-management and other variables. *The Diabetes Educator*, 21, 300-307.
- Hampson, S. (1997). Illness representations and the self-management of diabetes. In K. Petrie & J. Weinman, *Perceptions of Health and Illness* (pp.323-347). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Hampson S.E., Glasgow R.E. & Strycker L.A. (2000) Beliefs versus feelings: a comparison of personal models and depression for predicting multiple outcomes in diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 27-40.
- Hurley, C. C. & Shea, C. A. (1992). Self-efficacy: a strategy for enhancing diabetes self-care. *The Diabetes Educator*, 18, 146-150.
- Hauser, S. et al. (1993). The Family and the Onset of its Youngster's Insulin-Dependent Diabetes: Ways of Coping. In R. Cole, & J. Reiss (Eds). *How Families Cope with chronic Illness* (pp. 25-56). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hertz, R., Unger, A., & Lustik, M. (2005). Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes: A retrospective cohort study of adults with employer – sponsored health insurance. *Clinical Therapeutics*, 27(7) 1064-1073.
- Karter, A., Ferrara, A., Darbinian, J., Ackerson, K., & Selby, J. (2000). Self-monitoring of blood glucose: Language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care*, 23, 477-483.
- Katz, A.M (1969). Wives of diabetic men. *Bulletin of the Menninger Clinic* 33, 79-94.
- Mann, D., Ponierman, D., Leventhal, H., & Halm, E. (2009). predictors of adherence to diabetes medications to diabetes medications: the role of disease and medications beliefs. *Journal of Behavior Medicine*, 32, 278-284.
- McCabe, B. (2003). Barriers to Adherence in a Free Medication Program for Low Income Individuals With Type 2 Diabetes. Dissertação de Doutorado apresentada na Universidade do Estado do Louisiana. Louisiana: Universidade do Estado do Louisiana.
- McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1987). F-COPES: Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. In H. McCubbin & A. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (pp. 259-270). Madison: University of Wisconsin.
- Miller, D., & Brown, L. (2005). Marital Interaction in the Process of Dietary Change for type 2 Diabetes. *Journal of Nutrition Education Behaviour*, 37, 226-234.
- Moreira, T., Araújo, T., & Pagliuca, L. (2001). Alcance da teoria de king junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22(1), 74-89.
- Odegard, P., & Capoccia, K. (2007). Medication taking and diabetes: a systematic review of the literature. *The Diabetes Educator*, 33, 1014-1029.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M. (1997). A adesão aos regimes de tratamento na perspectiva do modelo biopsicossocial. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 209-216.
- Plunkett, S. Henry, C., & Knaub, P. (1999). Family stressor events, family coping, and adolescent adaptation in farm and ranch families. *Adolescence*, 34, 147-168.
- Ponzo MG, Gucciardi E, Weiland M, et al (2006). Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, 31, 153-160.
- Ribeiro C. (2007). Família, saúde e doença. O que diz a investigação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 299-306
- Rossi, V., Pace, A., & Hayashida, M. (2009). Apoio familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis*, 2(3), 41-46
- Santos, C. T. dos; Sebastian, R. W. (2001). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doenças crônica, In: Angerami-Camon, V. A. (org). *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.
- Sarafino, E.P. (2008). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representation among patients with type 2 diabetes and their partners: relationship with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 175-184.
- Searle, A., Wetherell, M., Campbell, R., Dayan, C., Weinman, J., & Vedhara, K. (2008). Do patients' beliefs' type 2 diabetes differ in accordance with complications: an investigation into diabetic foot ulceration and retinopathy. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 173-179.
- Sherbourne, C., Hays, R., Ordway, L., DiMatteo, R., & Kravitz, R. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(5), 447-468.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes: a importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência*. IIª série, 2, 22-41.
- Skinner, T., & Hampson, S. (2001). Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being and glyemic control. A prospective study in adolescence. *Diabetes Care*, 24.5-828-833.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Thoolen, B., Ridder, D., De, Bensing, J., Gorter, K., & Rutter, G. (2008). No Worries, no impact? A systematic review of emotional, cognitive and behavioral responses to the diagnosis of type 2 diabetes. *Health Psychology Review*, 2(1), 65-93.
- Toljamo M, Hentinen M. (2001). Adherence to self care and glycaemic control among people with insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 780-786.
- Toobert, D., & Glasgow, E. (1994). Assessing diabetes self-management: the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. In C. Bradley. *Handbook of Psychology and Diabetes* (pp. 351-375). Reading, England, Harwood Academic.

- Toobert, D., Hampson, S., & Glasgow, R. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23, 943-950.
- Trief, P., Ploutz-Snyder, R., & Britton, K. (2004). The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(3), 148-154.
- Vermeire, E., Royen, P., Coenen, S., Wens, J., & Denekens, J. (2003). The adherence of type 2 diabetes patients to their therapeutic regimens: a qualitative study from the patient's perspective. *Practical Diabetes International*, 20(6), 209-214.
- Vileikyte, L., Rubin, R., & Leventhal, H. (2004). Psychological aspects of diabetic neuropathic foot complications: An overview. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 20(1), S13-S18.
- Vileikyte, L., Gonzalez, J., Leventhal, H., Peyrot, M., Rubin, R., Garrow, A., et al. (2006). Patient Interpretation of Neuropathy (PIN) Questionnaire. An instrument for assessment of cognitive and emotional factors associated with foot self-care. *Diabetes Care*, 29, 2617-2624.
- Wait, M. (2004). *Como controlar a diabetes. Um guia completo e seguro*. Lisboa. Reader's Digest.
- WHO (2003). Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action. Geneva: WHO.
- WHO (2008) Fact sheets in Diabetes. Consultado online a 20/6/2009 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Wooldridge, K., Wallston, K., Graber, A., Brown, A., & Davidson, P. (1992). The relationship between health beliefs adherence and metabolic control of diabetes. *The Diabetes Educator*, 18(6), 495-500.

Received 06/11/2011

Accepted 01/25/2013

Daniela Oliveira. Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal.

M. Graça Pereira. Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal.