**Estudo fatorial exploratório das dimensões comportamentais de adesão em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 e tipo 2**

Dimensões comportamentais de adesão

**Resumo**

**Objetivos:** Vários têm sido os modelos ou teorias explicativas na identificação das dimensões comportamentais que determinam a tendência dos indivíduos para aderirem ou não às recomendações terapêuticas na diabetes. Neste trabalho pretendemos, através de uma análise fatorial exploratória, analisar quais as dimensões comportamentais associadas à adesão em pessoas com diabetes *mellitus* (DM). Adicionalmente, foi nosso objetivo testar o modelo teórico composto por três grandes fatores: internos, relacionais e externos ao paciente.

**Participantes:** 347 doentes a frequentar consultas de diabetes do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) e na Associação Portuguesa de Diabéticos de Portugal (APDP) que, voluntariamente, e mediante consentimento informado, aceitaram colaborar connosco no preenchimento de uma bateria de testes constituída por instrumentos de autorresposta.

**Resultados:** A estrutura fatorial encontrada no caso da DM tipo 1 é de seis componentes com uma variância total explicada de 70,84% na DM tipo 2 com tratamento insulínico é de sete componentes com uma variância total explicada de 74,94% e no caso da DM tipo 2 com tratamento oral o número de componentes é de seis com uma variância total explicada de 73,42%.

**Conclusões:** Concluiu-se que as saturações mais elevadas correspondem aos construtos a que teoricamente deveriam pertencer. Na DM tipo 1 o fator "terapêutico" desaparece, associando-se ao “autocuidado” e na DM tipo 2 oral, esta componente emerge como uma dimensão. Da análise forçada a dois fatores podemos concluir que o "suporte social" não satura de forma adequada no fator relacional, mas sim no fator interno. Levou-nos então a refletir não sobre o modelo propriamente dito, mas sim da pertinência da escolha do instrumento para a mensuração do suporte social. Apesar das excelentes qualidades psicométricas da escala por nós escolhida, o instrumento apresenta itens redigidos para a avaliação da satisfação social percebida e não tanto sobre as relações sociais. Conseguimos encontrar uma explicação baseada na multidimensionalidade do atributo onde a estrutura interna e semântica condicionaram os nossos resultados.

**Palavras-Chave:** Diabetes *mellitus*; dimensões comportamentais; análise fatorial

**Exploratory factor study of adherence behavioral dimensions in diabetes mellitus patients type 1 and type 2**

Adherence behavioral dimensions

**Abstract**

**Aim:** Theories or explanatory models for the identification of determinant key aspects regarding therapeutic adherence in diabetes have been developed. The current study sought out to conduct an exploratory factor analysis in order to examine behavioral dimensions associated with adherence in diabetes mellitus (DM) patients. Additionally, our goal was to test a theoretical model consisting of three major factors in patients: internal, relational and external.

**Participants:** Three hundred and forty seven patients attending consultations at the Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo of the Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) and at the Associação Portuguesa de Diabéticos de Portugal (APDP). Participants gave their written informed consent for study participation and voluntarily agreed to complete a set of self-report measures.

**Results:** For type 1 DM the factor structure found included six components with a total explained variance of 70.84%. For type 2 DM (insulin treatment) seven components were found explaining a total variance of 74.94%. For type 2 diabetes (oral treatment) six factors accounting for 73.42% of total explained variance were found.

**Conclusions:** The highest component loadings were found in constructs that should theoretically belong to the corresponding factors. In the case of type 1 DM the "therapeutic" factor disappears, combining the "self-care" factor, and in the case of type 2 DM (oral treatment), this component emerged as a dimension. A forced two-dimentional factor analysis indicated that "social support" does not load in the relational factor but in the internal factor. These findings led us to reflect on the suitability of the instrument for the assessment of social support, instead of the model itself. Despite the excellent psychometric properties of the scale, some items phrasing are more in accordance with the assessment of perceived social satisfaction than about social relationships. An explanation based on the multidimensionality of therapeutic adherence was achieved considering that internal structure and semantics conditioned our results.

Keywords: Diabetes *mellitus*; factorial analyses; behavioral dimensions

**Introdução**

A análise dos determinantes ou fatores de adesão têm sido o tema de diversos trabalhos no âmbito do estudo das doenças crónicas. A adesão ao tratamento tem uma natureza multifatorial, é influenciada através de fontes diversas e estas podem constituir-se, de acordo com Leventhal e Cameron (1987) em grupos ou componentes diferentes. Sackett e Haynes (1976) identificaram mais de duas centenas de variáveis que parecem estar relacionadas com a adesão ao tratamento. Estas variáveis são agrupadas, segundo estes autores, em cinco categorias: as características do doente; as características do tratamento; as características da doença; o relacionamento com os profissionais de saúde; e as variáveis organizacionais e estruturais. Com efeito, Sanchez-Sosa (2001) propõe uma classificação mais reduzida traduzindo-se em apenas quatro componentes: o doente; a equipa de saúde; a doença em si; e os fatores associados às condições do macrossistema, tais como traços socioeconómicos, geográficos e culturais de um determinado país. É reduzida a probabilidade de que estes quatro fatores “atue” de forma isolada, sendo de esperar que os fatores se entrecruzem e interajam produzindo vários graus de adesão ao tratamento.

Entre os determinantes que têm vindo a ser identificados, salientamos no presente estudo a importância das características comportamentais internas, relacionais e externas ao indivíduo.

Sabe-se que as variáveis demográficas predizem fracamente a adesão aos autocuidados gerais na diabetes e verifica-se que, de acordo com a idade, diferentes são as formas de não adesão (Warren e Hixenbaugh,1998). Brooks (2002) constatou que a relação entre a idade e escolaridade se demonstrou fracamente relacionadas com a adesão ao regime alimentar. Ainda na avaliação das características demográficas face à adesão, outros estudos revelam que adolescentes com DM tipo 1 normalmente aderem menos ao tratamento do que as crianças mais pequenas, nomeadamente em relação à regularidade da toma de insulina, exercício físico, cuidados alimentares e automonitorização da glicemia capilar (Hirschberg, 2001).

No que respeita a variáveis ou fatores relacionais, tal como o apoio social Warren e Hixenbaugh (1998) analisaram os efeitos combinados deste (apoio social) com a idade. Verificaram a existência de uma menor probabilidade de aderir à terapêutica quando estão em contexto de trabalho, em idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos. Por sua vez, a probabilidade de não adesão aumenta nos doentes com idade superior a 50 anos, mas nesta faixa etária na presença de amigos. Este facto ilustra bem o impacto das relações sociais no desempenho terapêutico dos doentes com diabetes. No nosso estudo não encontrámos diferenças na adesão em função do sexo, contudo sabemos que os efeitos do sexo combinados com o apoio social podem constituir-se como um fator preponderante na adesão (Warren e Hixenbaugh,1998). Estes autores constataram que os homens apresentam uma menor adesão ao tratamento na presença de colegas de trabalho do que as mulheres (Warren & Hixenbaugh, 1998).

Numa revisão do estudo publicado por Ryan (1997) encontrou-se diferenças significativas quanto à relação idade do doente e as crenças na saúde. Elas podem ser determinantes da adesão. Verificou-se que enquanto para os mais novos a perceção da gravidade parece suscitar a necessidade de aderir à terapêutica, para os mais velhos parecem ser os benefícios percebidos da adesão ao tratamento que os faz ter mais autocuidados na diabetes.

É com base nestes múltiplos fatores que vamos tentar, através de um modelo meramente exploratório, traduzir as variáveis que podem associar-se à adesão. Recordemos que é frequente, na avaliação e refinamento dos instrumentos de avaliação, recorrer a procedimentos estatísticos nomeadamente à análise fatorial exploratória (AFE). Este conjunto de técnicas tem como principal objetivo encontrar uma estrutura subjacente numa matriz e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor podem representar um conjunto de variáveis observadas (Brown, 2006). De acordo com Pasquali (2003) a análise fatorial (AF) assenta num pressuposto em que as variáveis empíricas ou observáveis (normalmente traduzidas por indicadores) podem ser explicadas por um número menor de variáveis hipotéticas, comumente designada por fatores. Estas variáveis seriam a causa do facto das variáveis observáveis se relacionarem entre si, isto é, são responsáveis pelas intercorrelações (covariância) entre estas variáveis.

**Material e Métodos**

**Amostra**

Participaram no presente estudo 347 indivíduos a frequentar consultas de diabetes do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) e na Associação Protetora de Diabéticos de Portugal (APDP), com diagnóstico da doença há pelo menos um ano e com idade superior a dezoito anos. A técnica de amostragem foi por conveniência. Foram salvaguardados os procedimentos éticos em investigação científica e todos os indivíduos que constituem a amostra do estudo deram o seu consentimento informado.

**Procedimentos**

Foi solicitado aos doentes que participassem num estudo sobre a diabetes através do preenchimento de uma bateria de testes psicológicos. Todos os participantes tiveram informação prévia sobre como deveriam proceder para o preenchimento dos inventários e, apesar de serem todos de autorresposta, sempre que solicitado por parte dos doentes estava um psicólogo ou um enfermeiro disponível para apoiar no seu correto preenchimento.

**Instrumentos**

Foram utilizados instrumentos gerais e específicos para a avaliação dos fatores comportamentais.

Os instrumentos gerais são: a escala de autoestima de Ronsenberg (RSE) (Ronsenberg, 1965), adaptada para Portugal por Santos e Maia (2003). Este instrumento tem como principal objetivo avaliar a autoestima de forma breve, global e unidimensional. A autoestima é entendida como autoaceitação, como sensação básica de mérito pessoal, de respeito por si próprio, como uma atitude positiva ou negativa relativamente ao *self*. É aplicável à população de qualquer idade. Este instrumento é constituído por dez itens, apresentado por afirmações em que as respostas são dadas numa escala ordinal de concordância com quatro posições, entre o concordo fortemente a discordo fortemente; a escala de satisfação com o suporte social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999) tem como principal objetivo avaliar a satisfação com o suporte social percebido em adultos. A versão final é constituída por quinze frases (autopreenchimento) que se apresentam como um conjunto de afirmações que estão distribuídas por quatro dimensões. Os respondentes devem assinalar o grau em que concordam ou não com as afirmações numa escala ordinal de cinco pontos. Os fatores são: satisfação com os amigos (mede a satisfação com as amizades); intimidade (avalia a perceção da existência de suporte social íntimo); satisfação com a família (mede a satisfação com o suporte social familiar existente); atividades sociais (avalia as atividades sociais que realiza); o WHOQOL-Bref (Canavarro, M.C., Simões, M. Vaz-Serra, A. Pereira, Rijo, D., M., Quartilho, M.J., Gameiro, S., Paredes, T. & Carona, C., 2007) é uma versão revista e reduzida do WHOQOL – 100, que consta de trinta e uma questões. Duas questões são gerais sobre a qualidade de vida, e as outras vinte e nove são facetas que compõem o instrumento original. Enquanto no instrumento original cada faceta é avaliada por quatro questões, nesta versão abreviada as facetas são avaliadas apenas por uma questão. Os domínios que avalia são quatro, são eles: físico; psicológico; relações sociais; meio ambiente; a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado e Lima, 2001) pretende avaliar o comportamento de adesão ao tratamento. A escala é constituída por sete itens, cujas respostas são dadas numa escala ordinal de seis posições. Este instrumento, apesar de ser muito reduzido está, na opinião de Pais-Ribeiro (2007), conceptualmente bem apresentado. Quanto maior a pontuação maior a adesão; a *Attitudes Towards Doctors and Medicine* (EAMM) ou escala de atitudes face aos médicos e à medicina (EAMM) (Marteau, 1990) foi adaptada por Pereira e Silva (1999). O principal objetivo deste instrumento é avaliar as atitudes dos indivíduos ou grupos face aos médicos e à medicina, em utentes dos serviços de saúde. Relativamente aos médicos ou a outros profissionais de saúde. Este instrumento é constituído por dezanove itens que se distribuem por quatro subescalas: atitudes positivas face aos médicos; atitudes negativas face aos médicos; atitudes positivas face à medicina; atitudes negativas face à medicina. Cada item constitui uma afirmação em que a resposta é dada numa escala ordinal de intensidade de seis pontos que varia entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”; o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; versão portuguesa de Vaz-Serra, & Pio-Abreu, 1973) é um instrumento de autorresposta constituído por vinte e um grupos de afirmações que têm por objetivo medir a sintomatologia depressiva, encontrando-se esta organizada em seis tipos de sintomas: afetivos, cognitivos, motivacionais, delirantes, físicos e funcionais (padrão de sono, apetite, peso e líbido). Cada um destes grupos de afirmações é composto por quatro, cinco ou seis frases ordenadas em função da gravidade crescente do sintoma com que se relacionam. As afirmações presentes em cada conjunto dizem respeito a quatro graus de severidade – inexistente, leve, moderado e grave. Estes graus permitem avaliar o nível de depressão que o indivíduo evidencia. Para tal, o sujeito deverá assinalar apenas uma afirmação em cada grupo, correspondendo essa à que considera como a melhor para descrever o modo como se sente no momento atual. Em termos psicométricos, o BDI revelou possuir boas propriedades no que toca à sua fidedignidade (Beck & Beasmesderfer, 1974 *in* Pinto Gouveia, 1990) e validade (Bumberry et al., in Pinto Gouveia, 1990).No presente estudo utilizou-se a versão portuguesa do BDI (Vaz-Serra & Pio Pio-Abreu, 1973a; Vaz-Serra & Pio Pio-Abreu, 1973b), que apresenta um ponto de corte de doze, encontrando-se a população deprimida acima deste valor. Por sua vez, Kendall, Hollon, Beck, Hammem e Ingram (1987) indicam os seguintes valores de corte: 0 a 9 – normal; 10 a 20 – depressão leve (pontuações entre 10 e 17 correspondem a estados disfóricos, e superiores a 17 a estados depressivos); 20 a 30 – depressão moderada; valores superiores a 30 – depressão grave.

Destacam-se como instrumentos específicos: o"O Perfil de Saúde da Diabetes" (DHP) (Meadows, Steen, MCColl, Eccles, Shiels, Hewison & Hutchinson, 1996) é muito utilizado em doentes com DM tipo 1 e DM tipo 2 e permite avaliar o estado de saúde do indivíduo. Contém trinta e dois itens e engloba três subescalas: perturbação psicológica (ex. humor disfórico, hostilidade e irritabilidade); barreiras para a atividade (ex. visível debilitação em atividades sociais); refeição desinibida (ex. refeição em resposta ao despertar emocional), que medem a relação da diabetes com disfunções comportamentais e psicológicas. Este instrumento pode ser respondido em dez minutos e é o único instrumento que possui versões específicas para os dois tipos de diabetes. A confiança destas subescalas foi medida pelo alfa de Cronbach em 0,86, 0,82 e 0,77, respetivamente. A validade discriminante foi avaliada comparando-se pontuações entre homens e mulheres e a validade convergente por comparação com medidas individuais do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (r = 0,28-0,62) e do SF-36 (r = 0,17-0,68); o Questionário de Autocuidados da Diabetes (QACD) (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2002) avalia a adesão ao autocuidado em doentes com diabetes e é constituído por onze itens inspirados no *The Summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire de Toolbert e Glascow* (1994, cit. por, Pais-Ribeiro, 2007). Trata-se de um questionário de autorresposta que pretende avaliar a adesão ao tratamento da diabetes ao longo da última semana. Os itens estão distribuídos por três subescalas, são elas: cuidados alimentares; tratamento insulínico; tratamento antidiabético oral. As respostas são tipo *Likert*, com possibilidade de cinco a seis opções de resposta conforme a subescala que está a ser avaliada. Quanto mais elevado for o resultado total das subescalas maior será a adesão ao tratamento. A consistência interna é aceitável, atendendo ao reduzido número de itens. Apresenta uma boa estabilidade temporal. A escala possui uma razoável validade convergente discriminante.

**Análise estatística**

A análise estatística dos dados foi efetuada por recurso ao *Software* estatístico SPSS Statistics (v.21; IBM SPSS *Statistics*). Na generalidade são apresentadas as estatísticas descritivas e inferenciais. A análise fatorial exploratória (AFE) foi realizada por recurso ao método das componentes principais. Note-se que o modelo testado engloba três fatores (internos, relacionais e externos ao paciente), no entanto, procedemos a uma AFE forçada a dois fatores dado que o fator correspondente aos aspetos externos ao paciente não integrou a AFE pelo facto das variáveis nele incluídas serem tipo de diabetes (DM tipo 1 e DM tipo 2) e regime terapêutico (insulínico e oral).

**Resultados**

Apresentamos na Tabela 1 as características demográficas e clínicas dos participantes no estudo.

“Inserir tabela 1 aqui”

**Estrutura fatorial exploratória**

Realizamos uma análise fatorial exploratória com base em todos os totais das escalas e subescalas por forma a tentar compreender se os itens dos vários instrumentos se reduziam a fatores comportamentais. Assim, através do método da análise das componentes principais, foi-nos possível encontrar seis a sete variáveis hipotéticas (fatores). Fatores esses que, teoricamente podiam ser, em nosso entender determinantes para a adesão e que se enquadravam no modelo teórico a explicar. Curiosamente, a estrutura fatorial por nós encontrada, através da rotação *varimax* e com valores próprios superiores a 1, é clara quanto ao tipo de fatores (intrínsecos e externos ao paciente) bem como em função do tipo de diabetes e em função do tratamento.

De ressalvar que esta estrutura denota boas qualidades psicométrica dos instrumentos utilizados, pois que, as dimensões encontradas por este análise exploratória, evidenciam que os itens saturam, na sua maioria, de forma mais carregada nos fatores a que "teoricamente" pertencem, exceção feita para a subescala "intimidade", já que esta deveria estar relacionada com suporte social, mas que alvitramos algumas sugestões justificativas no capítulo da discussão.

“Inserir tabela 2 aqui”

Da análise das componentes principais resultaram seis componentes com valores próprios superiores a um, explicando 32,359%, 13,815%, 9,281%, 6,201%, 5,652% e 4,647% da variância respetivamente, perfazendo um total de variância explicada de 71,955%.

“Inserir tabela 3 aqui”

Da análise das componentes principais resultaram sete componentes com valores próprios superiores a um explicando 31,343%, 11,897%, 11,086%, 6,771%, 5,550%, 4,562% e 4,239% da variância respetivamente. O total da variância explicada para estes fatores/componentes situa-se nos 75,445%.

“Inserir tabela 4 aqui”

Da análise das componentes principais resultaram seis componentes com valores próprios superiores a um, explicando 32,312%, 12,899%, 9,673%, 8,101%, 7,099% e 4,944% da variância respetivamente. A variância total explicada é de 75,028%.

**Análise das componentes principais (ACP) forçada a dois fatores**

Na tentativa de perceber como se agrupavam os construtos latentes deste estudo utilizámos uma ACP forçada a dois fatores de forma testar o modelo teórico composto por três grandes fatores: internos, relacionais e externos[[1]](#footnote-1) ao paciente.

“Inserir tabela 5 aqui”

De acordo com o modelo por nós estabelecido o "autocuidado alimentar" e o "tratamento insulínico" deveriam saturar na componente interna, contudo tal não se verifica. O mesmo se passa com a escala ESSS, que avalia a satisfação com o suporte social e satura de forma bem manifesta na componente "interna" e não na "relacional".

“Inserir tabela 6 aqui”

“Inserir tabela 7 aqui”

**Discussão e Conclusões**

Os resultados que emergiram da análise exploratória dos totais das escalas subescalas dão-nos conta da existência de várias dimensões/fatores comportamentais. Assim, no caso da DM tipo 1 a estrutura encontrada foi de seis fatores que denominámos de "psicológico"; "social"; "atitudes negativas", "atitudes positivas"; "perfil de saúde" e "autocuidado" (Tabela 2). No que respeita ao "fator psicológico" os construtos que lhe correspondem são a depressão, autoestima e qualidade de vida; ao "fator social" corresponde-lhe apenas o suporte social; ao "fator atitudes negativas" são as atitudes face aos médicos e medicina, atitudes negativas face aos médicos e à medicina; "fator atitudes positivas" são as atitudes positivas face aos médicos e à medicina; "fator perfil de saúde" é o perfil de saúde do diabético excetuando a subescala relativa à refeição desinibida; "fator autocuidado" engloba as medidas de adesão ao tratamento, refeição desinibida, autocuidado alimentar e tratamento insulínico.

No que respeita à DM tipo 2 com tratamento insulínico a estrutura fatorial aumenta para sete fatores que denominámos de "psicológico"; "social"; "atitudes negativas"; "atitudes positivas"; "qualidade de vida"; "autocuidado" e por último "apoio" (Tabela 3). De notar que as variáveis latentes saturam nas componentes adequadas, exceção feita para o "suporte social - intimidade" e "medidas de adesão ao tratamento" que saturam na componente "apoio". Resulta desta análise exploratória a omissão da componente "perfil de saúde" cujas variáveis latentes saturam no fator "psicológico" e "autocuidado". A refeição desinibida, comportamento alimentar e terapêutico encontram-se isoladas do fator que denominámos de "autocuidado". Outro dado interessante diz respeito à "qualidade de vida - relações sociais" que não saturam de forma mais carregada na componente "qualidade de vida", mas sim na componente "psicológica". Entendemos que as relações sociais avaliadas por esta subescala têm os itens redigidos com base numa avaliação da satisfação pessoal e opinativa assente na ideia de como o indivíduo se relaciona com os outros. Por exemplo, destacamos o item "estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos", "não saio tantas vezes quantas eu gostaria". Esta avaliação por parte de quem responde está assente numa autoperceção sobre si na relação com os outros, pelo que é natural que se agregue à componente "psicológica". No que concerne à "intimidade", as questões são geralmente baseadas numa avaliação de "apoio", caso do item 1 *"por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio"*, item 4 *"quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer"*, item 5 *"mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer"*, item 6 *"às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre as coisas íntimas"*.

Reduz-se a seis fatores a AFE no caso da DM tipo 2 terapêutica oral (Tabela 4). Assim, considerámos as seguintes componentes "psicológica"; "atitudes negativas"; "atitudes positivas"; "social"; "autocuidado" e "apoio". É inequívoca a saturação das variáveis latentes "depressão", "perfil de saúde" e "qualidade de vida" na primeira componente, isto é "psicológico" bem como as "atitudes negativas" e "atitudes positivas" nas componentes 2 e 3 respetivamente. Mais uma vez, a "intimidade" se isola do fator a que teoricamente deveria pertencer, já que é uma dimensão da ESSS. Contudo, tal como apresentamos anteriormente, a justificação pode estar associada à forma como os itens estão redigidos. Neste caso, da DM tipo 2 com tratamento oral, a subescala "atividades sociais" associa-se à componente 6, tal como a "intimidade". A explicação mantém-se baseada na forma como o doente se sente "apoiado" pelos amigos, exemplo do item 14 *"estou satisfeito com as atividade e coisas que faço com o meu grupo de amigos".*

A denominação das componentes que resultaram da AFE foi assumida de forma independente, uma vez que considerámos não ser suficientemente correto do ponto de vista metodológico adotar uma estrutura fatorial com as mesmas denominações quando todo o nosso estudo se baseia numa análise diferenciada em função do tipo de DM e terapêutica.

Na tentativa de perceber como se agrupavam as variáveis latentes (escalas e subescalas) resolvemos efetuar uma ACP forçada a dois fatores (Tabela 5). Tal como previsto no modelo teórico dos fatores comportamentais determinantes da adesão aos programas/terapêuticas de prevenção existe um conjunto de variáveis como as características da doença e regime terapêutico que incluímos no "fator externo" ao paciente, mas que não fez sentido admiti-lo nesta análise fatorial. Desta feita apenas analisámos a existência do fator "interno" e "relacional". Concluímos que o modelo a dois fatores está devidamente encontrado, com efeito, o construto "apoio social" não satura no fator "relacional", mas sim no fator "interno". Assumimos estes resultados como uma falha metodológica na escolha do instrumento de avaliação do "apoio social". A ESSS é uma escala manifestamente utilizada em investigações, e cujas propriedades psicométricas se revelam de grande qualidade, contudo, atendendo à forma como os itens estão redigidos, o doente tende a opinar de forma muito mais pessoal/individual do que relacional. Sabe-se que as relações sociais são em tudo complexas, que é difícil a destrinça entre o "eu" e os "outros", entre o que são reais necessidades, o que é o suporte real sentido e o suporte social recebido.

Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem suporte social percebido do suporte social recebido. O primeiro refere-se ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, enquanto o segundo descreve o suporte social recebido por alguém.

Uma outra distinção aceitável é o que se entende por suporte social descrito e suporte social avaliado. O suporte social descrito refere-se à presença de um tipo específico de comportamento de suporte, já o segundo, assenta numa base avaliativa desse mesmo comportamento de suporte que pode ser satisfatório e, por isso mesmo, sentido como uma ajuda. Depreendemos facilmente que a importância individual que atribuímos a tão vasto construto fundamente os resultados encontrados, sobretudo no que se refere à "intimidade" e "relações com os amigos".

No que concerne a estudos no âmbito da saúde destacamos a investigação levada a cabo por Wethingston e Kessler (1986) que pretenderam determinar se as variáveis de saúde estavam associadas com a perceção de suporte social propriamente dito ou com os aspetos objetivos do social. Verificaram que os resultados de saúde eram melhor explicados pela perceção de suporte social do que pelos aspetos tangíveis. Deste modo, e de acordo com Kessler (1985, cit. por Pais-Ribeiro 1999) no caso das doenças crónicas, o suporte social refere-se aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais conseguem proteger os indivíduos dos efeitos prejudiciais do stresse sendo que esta variável é muito abrangente, englobando um vasto conjunto de componentes e de aspetos revestindo-se de procedimentos de avaliação muito diversos. Entendemos que esta possível "diversidade" de avaliação tenha contribuído para uma limitação ao estudo por nós realizado.

**Referências Bibliográficas**

Beck, A. Ward, C. Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Brooks, L. M. (2002). *Perceived barriers to treatment adherence among pregnant African American women with diabetes*. Doutoramento, Case Western Reserve University, Health Sciences Cleveland, Ohio.

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz-Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships,* *14*(6), 761-775.

Delgado, A. B., & Lima. M. L. (2001). Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. In *Psicologia, Saúde & Doenças, 2*(2), 81-100.

Hirschberg, S. L. (2001). *The self-regulation of health behavior in children with insulin-dependent diabetes mellitus.* Doutoramento, Faculty of Pacific GraduateSchool of Psychology, Palo Alto, California.

Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammem, C. L., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding the use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 289-299.

Leventhal, H. & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling, 10*, 117–138. doi: 10.1016/0738-3991(87)90093-0.

Marteau, T. M. (1990). Attitudes to doctors and medicine: The preliminary development of a new scale. *Psychology and Health, 4*, 351-356.

Meadows, K. A., Abrams, C., & Sandbaek, A. (2000). Adaptation of diabetes health profile (DHP-1) for use with patients with type 2 DM: psychometric evaluation and cross-cultural comparison. *Diabetic Medicine*, *17*, 572-580.

Meadows, K. A., Steen, N., MCColl E., Eccles. M., Shiels C., Hewison J., & Hutchinson, A. (1996). The Diabetes Health Profile (DHP): a new instrument for assessing the psychosocial profile of insulin requiring patients-development and psychometric evaluation. *Quality of Life Research,* *5*, 242-254.

Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica,* *3*(XVII), 547-558.

Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português.* Porto: Livpsic.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis: Vozes.

Pereira, M. G. & Silva, N. S. (1999). Escala de atitudes face aos médicos e à medicina. In A. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Org.s). *Avaliação psicológica: formas e contextos* (pp.496-503). Braga: APPORT.

Pinto-Gouveia, J. (1990). *Factores Cognitivos de Vulnerabilidade para a Depressão (Estudo da sua interacção com os acontecimentos de vida)*. Doutoramento,Universidade de Coimbra, Coimbra.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Ryan, C. M. (1997). Psychological factors and diabetes mellitus. *In* PICKUP, J.; WILLIAMS, G., ed. lit., *Textbook of diabetes*. Oxford: Blackwell Science. p. 66.1-66.13

Sackett, D. L. & Haynes, R. B. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.

Sanchez-Sosa, J. J. (2001). *Treatment adherence: the role of behavioral mechanisms operating through health care interventions. Paper presented in the meeting*. Geneva: World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Toward Policies for Action

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, *2*, 253-268.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2002). Questionário de autocuidados na diabetes – contributo para a criação de um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento. *Psiquiatria clínica, 23*(3), 227-237.

Vaz-Serra, A., & Pio-Abreu, J.L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “inventário depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.

Vaz-Serra, A., & Pio Pio-Abreu, J.L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “inventário depressivo de Beck” a *Coimbra Médica*, XX, 713-736.

Warren, L., & Hixenbaugh, P. (1998). Adherence and diabetes. *In* MYERS, L. B.; MIDENCE, K., ed. lit., *Adherence to treatment in medical conditions.* Netherlands: Harwood Academic Publishers. p. 423-453.

Wethingston, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life evets. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 78-89.

1. Considerámos como fatores externos o regime terapêutico e o tipo de DM, o que determinou a escolha da redução forçada a dois fatores. [↑](#footnote-ref-1)