

EFEITOS DO APOIO SOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA, CONTROLO METABÓLICO E DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES CRÓNICAS EM INDIVÍDUOS COM DIABETES

Isabel Silva^{*1}, José Pais-Ribeiro², Helena Cardoso¹, & Helena Ramos¹
Suzana Fonseca Carvalhosa¹, Sónia Dias³, & Aldina Gonçalves³

¹Hospital Geral de Santo António – Serviço de Endocrinologia, Porto

²Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto

RESUMO: O objectivo do presente estudo é analisar os efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo glicémico e complicações crónicas em indivíduos com diabetes. Foi avaliada uma amostra de conveniência de 316 sujeitos com diabetes, dos quais 44,6% do sexo masculino; com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos ($M=48,39$; $DP=16,90$), 41,8% ($n=132$) com diagnóstico de diabetes tipo 1 e 58,2% ($n=184$) de diabetes tipo 2. A duração da doença varia entre 4 meses e 43 anos ($M=13,66$; $DP=9,32$) e 59,8% destes doentes sofre de complicações crónicas da diabetes. Os resultados reforçam a ideia de que a percepção do apoio social desempenha um papel importante no controlo glicémico e na qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus. Relativamente à presença de complicações crónicas da doença, apenas se verificou que os indivíduos que delas sofrem apresentam uma menor satisfação com as amizades.

Palavras chave: Apoio social, Complicações crónicas, Diabetes, Qualidade de vida.

IMPACT OF SOCIAL SUPPORT ON QUALITY OF LIFE, GLYCAEMIC CONTROL AND DISEASE CHRONIC COMPLICATIONS IN DIABETIC PATIENTS

ABSTRACT: The objective of the present study is to analyse the effects of social support on quality of life, glycaemic control and disease chronic complications in diabetic patients. A convenience sample included 316 diabetic patients; 44.6% males; aged between 16 and 84 years ($M=48.39$; $DP=16.90$), 41.8% ($n=132$) with type 1 diabetes and 58.2% ($n=184$) with type 2 diabetes. Disease duration varies between 4 months e 43 years ($M=13.66$; $DP=9.32$) and 59.8% of those patients suffers from diabetes chronic complications. Results emphasise the idea that social support perception has an important role in diabetic patients' glycaemic control and quality of life. Concerning to diabetic chronic complications presence, results only suggest that patients who suffer from them report less satisfaction with their friends.

Key words: Chronic complications, Diabetes, Quality of life, Social support.

Os investigadores tem demonstrado uma preocupação crescente em compreender a forma como os factores psicossociais e biológicos interagem na história natural e resultados dos tratamentos das doenças e, na persecução desse objectivo, têm vindo a debruçar-se sobre o papel do apoio social nessa relação.

* Contactar para E-mail: ilopessilva@hotmail.com

O termo “apoio social” tem sido amplamente usado para referir os mecanismos pelos quais as relações interpessoais têm um presumível efeito na prevenção de perturbações psicológicas e orgânicas quando o indivíduo é confrontado com situações stressantes, na diminuição da gravidade da doença e na recuperação desta (Cohen & McKay, 1984; Dunbar, Ford, & Hunt, 1998; Wills, 1997). Todavia, embora este construto tenha vindo a ser alvo de amplo debate na literatura, durante várias décadas não existiu consenso em relação à forma como deveria ser definido, carecendo-se de conceptualizações precisas e sistemáticas (Kessler, Price, & Wortman, 1985).

Actualmente, parece ser consensual que o apoio social deve ser compreendido como uma experiência pessoal e não como um conjunto objectivo de interações e trocas, sendo reconhecido o papel fulcral da intensidade com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido. Uma definição que vai ao encontro deste pressuposto é a de apoio social percebido, que se refere à avaliação generalizada que o indivíduo faz dos vários domínios da sua vida em relação aos quais julga que é querido e que lhe reconhecem valor, à avaliação que faz da disponibilidade dos outros próximos e da possibilidade de a eles recorrer se disso carecer (Cramer, Henderson, & Scott, 1997; Heller, Swindler, & Dusenbury, 1986; Ornelas, 1994; Ribeiro, 1999; Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983).

Existe um amplo corpo de evidência que sugere a existência de uma relação entre apoio social e uma variedade de medidas dependentes, incluindo a saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar (Emmons & Colby, 1995; Pierce, Sarason, & Sarason, 1992; Vilhjalmsson, 1994), redução do mal-estar (Sarason, Sarason, Potter III, & Antoni, 1985), satisfação com a vida (Sarason et al., 1983), longevidade e mortalidade (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, & Hamovitch, 1992; Hanson, Isacsson, Janson, & Lindell, 1989), queixas somáticas (Ganster, Fusilier, & Mayes, 1986; Peplau, 1985), resistência a doenças (Cohen, 1988), protecção para indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais (Kessler et al., 1985; Ornelas, 1996), psicopatologia (Kessler et al., 1985) e distress psicológico (Heller, 1979; House, 1981; Peplau, 1985; Thoits, 1985).

Algumas hipóteses explicativas dos efeitos do apoio social na saúde e nas doenças têm sido discutidas (Seeman & McEwen, 1996; Wills, 1997), nomeadamente: (1) a hipótese do apoio social ter efeitos a nível das respostas neuroendócrinas, diminuindo a ansiedade e, logo, a tensão muscular; (2) ter efeitos a nível da auto-estima, aumentando-a; (3) ter efeitos na depressão, diminuindo-a e levando as pessoas a avaliarem os stressores como menos graves, o que poderá diminuir a ansiedade e aumentar a capacidade da pessoa para lidar com as situações stressantes.

Entre essas hipóteses destacam-se, ainda, por um lado, a hipótese do efeito protector, amortecedor ou efeito tampão (efeito indirecto), que pressupõe que a pessoa beneficia do apoio social quando experimenta um acontecimento de vida stressante, isto é, que sugere que o stress psicossocial tem efeitos negativos

na saúde e bem-estar dos indivíduos sem apoio social ou com pouco apoio, enquanto que esses efeitos são diminuídos ou eliminados nos indivíduos com fortes sistemas de apoio (Cohen & McKay, 1984; Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000; Singer, 1984; Vilhjalmsson, 1994). E, por outro, destaca-se a hipótese do efeito directo, que pressupõe que as relações sociais promovem a saúde e o bem-estar independentemente do nível de stress do indivíduo (Salovey et al., 2000; Singer, 1984; Vilhjalmsson, 1994). Salovey et al. (2000), Singer (1984) e Vilhjalmsson (1994) consideram que ambas as hipóteses são possíveis e que, nos dois casos, a relação entre o apoio social e a saúde pode ser mediada, em parte, por mudanças na experiência emocional da pessoa.

A investigação sustenta a existência de uma forte correlação entre o apoio social e a saúde, sugerindo que o apoio social tem efeitos mediadores na protecção da saúde e desempenha um papel protector ao longo de todo o ciclo vital (Mikulincer & Florian, 1998; Ribeiro, 1999; Wills, 1997).

Vários são os estudos que têm vindo a testemunhar não só a existência de efeitos positivos directos entre o apoio social e a saúde, como é o caso de populações com doença crónica, como a diabetes, em que a quantidade (disponibilidade) e a qualidade (satisfação) do apoio social percebido se encontram associadas positiva e significativamente com diversos indicadores fisiológicos e comportamentais de adaptação (nomeadamente com o controlo metabólico), mas também a presença de efeitos indirectos, caracterizados pela diminuição do stress psicológico induzido pela doença, pela redução do risco de depressão, ansiedade e de patologias em caso de situações stressantes (Rasclé et al., 1997).

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

Os estudos sobre o efeito do apoio social no controlo glicémico dos indivíduos com diabetes têm conduzido a resultados contraditórios. Alguns estudos transversais sugerem que o mau controlo metabólico está associado a mau funcionamento familiar, nomeadamente à presença de conflitos e à fraca coesão familiar, enquanto outros não encontram qualquer relação.

Fisher, Delamater, Bertelson, e Kirkley (1982) referem que a presença de menos conflitos familiares, de maior estabilidade, boa definição das fronteiras entre os vários sub-sistemas familiares, maior coesão, incentivo à independência dos filhos e padrões de comunicação mais ricos estão positivamente relacionados com um bom controlo glicémico em jovens com diabetes.

Griffiths, Field, e Lustman (1990) demonstraram que, quando o stress é elevado, os indivíduos diabéticos com bom apoio social mantêm um controlo glicémico significativamente melhor do que os indivíduos diabéticos com fraco apoio social.

No mesmo sentido, verifica-se que, em indivíduos com diabetes, a percepção de que se tem um fraco apoio social prediz um agravamento do controlo glicémico e uma pior adesão aos auto-cuidados da diabetes (Fukunishi, Akimoto, Horikawa, Shirasaka, & Yamazaki 1998). Estes autores sugerem que o apoio social percebido e o apoio social disponível influenciam o comportamento e/ou os resultados relacionados com o tratamento da diabetes, provavelmente devido ao facto deste ser particularmente complexo e do apoio emocional e tranquilização fornecidos no contexto de uma relação interpessoal poderem melhorar os sentimentos negativos associados ao stress relacionado com a saúde, proteger a auto-estima e aumentar a percepção de controlo sobre a situação.

Wilson et al. (1986) constataram que, de todas as variáveis avaliadas – depressão, ansiedade, stress, apoio social, conhecimento relacionados com a diabetes e crenças de saúde –, o apoio social e as crenças de saúde demonstravam estar mais fortemente relacionados com a adesão ao regime de tratamento e com o controlo glicémico. Todavia, Hanson, Henggeler, e Burghen (1987) afirmam que, quando se analisa especificamente o apoio social fornecido pelos pais a adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, constata-se que o apoio dos pais está positivamente associado com a adesão ao tratamento, mas não está associado com o controlo metabólico. Estes investigadores concluem que, ainda que este tipo de apoio específico tenha um efeito directo na adesão, o que poderá ter que ver com a supervisão e monitorização que os pais fazem do tratamento do adolescente, o apoio dos pais para lidar com a diabetes nem sempre é desejado pelo adolescente, que, muitas vezes, prefere resolver as dificuldades sozinho ou com a ajuda dos amigos.

Segundo Miller-Johnson et al. (1994), os conflitos familiares aumentam o risco de não adesão ao tratamento da diabetes e de mau controlo glicémico em crianças, o que poderá contribuir para a compreensão da baixa adesão ao tratamento na adolescência.

Não só os casais com fracas competências de comunicação e com incapacidade para resolver conflitos têm maior dificuldade em lidar eficazmente com os aspectos relacionados com a diabetes, dado estes requererem um elevado nível de comportamentos de cooperação (Cox, Gonder-Frederick, & Saunders, 1991), mas também a própria presença da diabetes pode contribuir para exacerbar conflitos já existentes no casamento (Heitzmann & Kaplan, 1984).

Quando analisado o apoio social em idosos com diabetes, verifica-se que o apoio social geral parece ser mais benéfico do que o apoio social específico para a doença e que o apoio social recebido dos amigos desempenha um papel mais significativo no processo de adaptação do que o apoio social recebido da rede familiar (Cheng & Boey, 2000).

Heitzmann e Kaplan (1984) analisaram as interacções entre o sexo e o apoio social em adultos com diabetes, deparando-se com resultados inesperados, nomeadamente que o apoio social opera de forma diferente nos homens e nas mulheres com diabetes. Os doentes do sexo masculino que se

mostram mais satisfeitos com as relações de apoio tendem a apresentar um pior controlo glicémico, enquanto que, pelo contrário, a satisfação com o apoio está associada a um melhor controlo da diabetes nas mulheres. Os autores sugerem que estes resultados talvez se devam à diferente interpretação que as mulheres e os homens fazem da legitimidade do papel de doente (*sick role*).

Num estudo realizado com 158 indivíduos com diabetes com insuficiência renal terminal, Littlefield, Rodin, Murray, e Craven (1990) constataram que o apoio social não estava relacionado com o estado civil, nem com o nível de incapacidade apresentado pelo doente. Os autores salientam que as pessoas com diabetes com incapacidade mais grave tendem a apresentar mais sintomas depressivos, quer sintam que as suas necessidades de apoio social estão a ser satisfeitas, quer não. Contudo, após ser controlado o nível de gravidade da doença, o grau de sintomas depressivos é maior nos que não se sentem apoiados do que nos que se sentem apoiados. Os autores concluem que os resultados confirmam a hipótese do efeito protector do apoio social em doentes com diabetes.

A investigação tem demonstrado a existência de uma relação entre coabitação e uma melhor qualidade de vida, satisfação com o tratamento e sentimentos positivos, e entre o apoio social e melhor controlo metabólico (Bott, Mühlhauser, Overmann, & Berger, 1998; Hanestad, 1993; Schafer, McCaul, & Glasgow, 1986; Schlenk & Hart, 1984; Wikblad, Leksell, & Wibell, 1996). O apoio de um companheiro, cuidador ou da família parece estar associado à manutenção do bem-estar, prevenção do stress, estabilização das flutuações da glicose no sangue e, logo, a um melhor controlo metabólico (Wikby, Hörnquist, Stenström, & Anderson, 1993), bem como a menor solidão, menor indolência e maior segurança (Hanestad, 1993), enquanto viver sozinho parece ter um efeito negativo na satisfação com os domínios físico, social e psicológico da vida.

O apoio social tem sido identificado como um importante factor na adaptação e bem-estar. Aalto, Uutela, e Aro (1997) observaram que o funcionamento físico, a percepção de adequação do apoio social e os factores psicossociais relacionados com a diabetes constituem importantes factores modificadores da qualidade de vida, em particular nos indivíduos que apresentam uma boa saúde física. No seu estudo, os autores constataram que a percepção da adequação do apoio social está relacionada com uma melhor percepção de todas as dimensões da qualidade de vida, em particular da saúde mental, sobretudo quando esse apoio é específico para a diabetes.

Trief, Grant, Elbert, e Weinstock (1998) estudaram um grupo de 150 adultos diabéticos, não tendo encontrado uma relação significativa entre controlo glicémico e variáveis do sistema familiar desses doentes, como comportamentos da família ou coesão familiar. Todavia, também verificaram que, quando os membros da família se comportam de forma a apoiar o regime de tratamento, o doente sente-se mais satisfeito com os vários aspectos da sua adaptação à doença (como, por exemplo, o tratamento, aparência e actividades)

e que os comportamentos familiares positivos, comportamentos de apoio e uma maior coesão familiar, ainda que não estejam directamente relacionados com o controlo glicémico, predizem uma menor percepção de dor, menor distress emocional, melhor funcionamento de papel e melhor funcionamento físico, maior adaptação emocional e menor impacto da doença, enquanto os comportamentos familiares de não apoio predizem uma saúde mental geral mais debilitada. O apoio psicológico à família implementado com o objectivo de diminuir o distress emocional e de melhorar o funcionamento pode contribuir para um melhor controlo glicémico do doente.

Grey, Boland, Yu, Sullivan-Bolyai, e Tamborlane (1998b), ao contrário de outros investigadores, constataram que os comportamentos mais calorosos e de atenção por parte dos pais em relação a jovens com diabetes não estão associados com uma melhor qualidade de vida.

Hanestad (1993) encontrou um resultado inesperado no seu estudo sobre o impacto das complicações crónicas da diabetes na qualidade de vida dos doentes. Verificou que, ao contrário do que seria de esperar, a neuropatia parece estar associada a uma maior satisfação com o domínio social da qualidade de vida. Este aspecto parece-nos poder estar associado à percepção que os profissionais que têm desenvolvido trabalho clínico nesta área, quer em Portugal, quer no Reino Unido, têm de que a ida frequente às clínicas ou hospitais para a realização de curativos é percebida por muitos doentes como uma ruptura do extremo isolamento em que vivem e como uma excepcional fonte de apoio social, que temem vir a perder.

Por sua vez, Ragnarson-Tennvall, e Apelqvist (2000) verificaram que os doentes que no momento da avaliação sofriam de úlcera no pé apresentavam uma qualidade de vida significativamente menor do que os doentes que sofreram anteriormente do mesmo problema, mas que conseguiram curar a úlcera sem recurso à amputação. A qualidade de vida diminui quando existe uma amputação e com a coexistência de outras complicações crónicas, todavia, parece ser melhor quando o doente vive com um/a companheiro/a saudável.

No presente estudo procedeu-se a uma análise dos efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo glicémico e complicações crónicas em indivíduos com diabetes.

MÉTODO

Participantes

Foi avaliada uma amostra de conveniência de 316 sujeitos com diabetes, 44,6% do sexo masculino; com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos ($M=48,39$; $DP=16,90$); 17,7% solteiros; 72,5% casados/juntos; 3,8% divorciados/separados; 6% viúvos; 41,8% ($n=132$) apresenta diagnóstico de

diabetes tipo 1 e 58,2% ($n=184$) de diabetes tipo 2, e a duração da doença varia entre 4 meses e 43 anos ($M=13,66$; $DP=9,32$). Destes doentes 59,8% sofre de complicações crónicas da diabetes.

Material

Questionário de Qualidade de Vida na Diabetes: esta escala inclui a totalidade dos itens do SF-36 e duas sub-escalas específicas para a diabetes: uma relacionada com a preocupação em relação ao futuro do próprio e dos que lhe são próximos; e outra relacionada com a satisfação com o tratamento que está a receber da parte dos profissionais de saúde, a quantidade de controlo que tem sobre a sua vida, as mudanças que teve de fazer por causa da diabetes (ao nível da alimentação, exercício físico, medicação, auto-monitorização da glicemia capilar), a possibilidade de viver uma vida tão longa quanto gostaria, a sua vida sexual, a sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras e a satisfação com a sua aparência pessoal. A sub-escala relacionada com a preocupação com o futuro apresenta cinco opções de resposta – totalmente verdade, verdade, não sei, falso e totalmente falso – e a sub-escala de satisfação apresenta seis opções de resposta – muito insatisfeito, insatisfeito, um pouco insatisfeito, um pouco satisfeito, satisfeito e muito satisfeito. O questionário de Qualidade de Vida na Diabetes provou possuir razoáveis propriedades psicométricas na população em estudo (Silva & Ribeiro, versão em estudo).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): escala desenvolvida por Ribeiro (1999) e que avalia a satisfação que o indivíduo sente em relação ao apoio social que pensa ter disponível. Inclui 15 itens que se distribuem por quatro dimensões: “Satisfação com os amigos”, “Intimidade”, “Satisfação com a família”, e “Actividades Sociais”. A consistência interna encontrada pelo autor, avaliada pelo Alfa de Cronbach variou entre 0,64 e 0,83. A escala total exhibe um Alfa de Cronbach de 0,85

Questionário demográfico e clínico: a informação sobre os aspectos demográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil), a presença/ausência de complicações crónicas e sobre o controlo glicémico (avaliado através da hemoglobina glicosilada – HbA1c) foi obtida a partir dos processos médicos dos doentes.

Procedimento

As informações clínicas e demográficas foram recolhidas a partir dos processos médicos dos doentes e estes responderam aos questionários no contexto de uma entrevista pessoal, após obtenção do seu consentimento informado e de satisfação dos requisitos da Declaração de Helsínquia.

RESULTADOS

A análise dos resultados permitiu verificar que os doentes com diabetes que referem maior satisfação com o apoio social apresentam uma melhor qualidade de vida na maioria dos domínios.

A satisfação com as amizades demonstrou estar positivamente correlacionada com o funcionamento físico ($r(303)=0,22$; $p<0,0001$), papel físico ($r(308)=0,20$; $p<0,0001$), dor ($r(310)=0,12$; $p<0,05$), saúde geral ($r(308)=0,18$; $p<0,01$), vitalidade ($r(308)=0,24$; $p<0,0001$), funcionamento social ($r(311)=0,23$; $p<0,0001$), papel emocional ($r(309)=0,14$; $p<0,05$), saúde mental ($r(307)=0,28$; $p<0,0001$) e satisfação ($r(293)=0,16$; $p<0,01$). Por sua vez, a satisfação com a intimidade provou estar significativamente correlacionada com a transição de saúde ($r(310)=-0,14$; $p<0,05$), funcionamento físico ($r(303)=0,18$; $p<0,01$), papel físico ($r(308)=0,23$; $p<0,0001$), dor ($r(310)=0,21$; $p<0,0001$), saúde geral ($r(308)=0,22$; $p<0,0001$), vitalidade ($r(306)=0,30$; $p<0,0001$), funcionamento social ($r(310)=0,33$; $p<0,0001$), papel emocional ($r(309)=0,27$; $p<0,0001$), saúde mental ($r(306)=0,44$; $p<0,0001$) e satisfação ($r(293)=0,32$; $p<0,0001$) e a satisfação com a família demonstrou estar significativamente correlacionada com a transição de saúde ($r(311)=-0,14$; $p<0,05$), funcionamento físico ($r(304)=0,12$; $p<0,05$), papel físico ($r(309)=0,18$; $p<0,01$), dor ($r(310)=0,13$; $p<0,05$), saúde geral ($r(308)=0,13$; $p<0,05$), vitalidade ($r(308)=0,24$; $p<0,0001$), funcionamento social ($r(311)=0,32$; $p<0,0001$), papel emocional ($r(310)=0,15$; $p<0,01$), saúde mental ($r(307)=0,38$; $p<0,0001$) e satisfação ($r(294)=0,23$; $p<0,0001$). Verificou-se, ainda, que a satisfação com as actividades sociais está positivamente correlacionada com o papel físico ($r(308)=0,19$; $p<0,01$), a saúde geral ($r(308)=0,15$; $p<0,05$), vitalidade ($r(308)=0,19$; $p<0,01$), funcionamento social ($r(311)=0,24$; $p<0,0001$), papel emocional ($r(309)=0,19$; $p<0,01$), saúde mental ($r(307)=0,25$; $p<0,0001$) e satisfação ($r(294)=0,20$; $p<0,01$). Nenhum dos domínios da satisfação com o apoio social mostrou estar significativamente correlacionado com a preocupação em relação ao futuro.

Os dados sugerem que, ainda que não se verifique a existência de diferenças significativas entre os doentes sem complicações crónicas da diabetes e os doentes que sofrem de sequelas, consideradas de uma forma geral, ao nível da satisfação com a intimidade, a família e actividades sociais, os doentes que não sofrem de sequelas ($M=6,15$; $DP=4,10$) apresentam uma maior satisfação com as amizades do que os que delas sofrem ($M=4,97$; $DP=5,70$), ($t(311)=2,13$; $p<0,05$).

Finalmente, constatou-se que os doentes com bom controlo metabólico ($M=7,11$; $DP=3,67$) referem estar mais satisfeitos com as amizades do que os doentes com controlo aceitável ($M=6,44$; $DP=4,21$) ou com mau controlo ($M=4,51$; $DP=5,69$), ($F(2,310)=7,53$; $p<0,01$), e que os doentes com bom controlo ($M=5,17$; $DP=3,00$) se mostram mais satisfeitos com a dimensão intimidade do que os indivíduos com controlo aceitável ($M=3,71$; $DP=4,48$) ou com mau controlo ($M=3,25$; $DP=4,24$), ($F(2,309)=4,44$; $p<0,05$).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo vêm reforçar a ideia de que a percepção do apoio social desempenha um papel importante no controlo glicémico e na qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e sublinhar, uma vez mais, a necessidade de valorizar este aspecto no contexto de cuidados de saúde.

Todavia, em relação à presença de complicações crónicas da doença, apenas se verificou que os indivíduos que delas sofrem apresentam uma menor satisfação com as amizades. Poderíamos ser levados a pensar que os doentes diabéticos que sofrem de sequelas da doença, porque mais fisicamente dependentes, seriam alvo de um maior apoio social, quer por parte de familiares, quer de amigos ou, até mesmo, de instituições ou que, pelo contrário, porque mais idosos, as suas redes sociais de apoio estivessem mais fragilizadas, quer por determinantes psicossociais associados à sua idade, quer pelo facto de poderem ser percebidos pelos cuidadores ou outros próximos como um fardo, dado muitas vezes estes serem responsáveis pelo tratamento da diabetes e das próprias complicações crónicas. Ou poderíamos, até mesmo, pressupor que, uma vez que as suas necessidades de apoio são potencialmente maiores e mais específicas, a sua exigência em relação ao apoio prestado seria maior, podendo daí resultar uma maior insatisfação. Mas a hipótese que parece mais plausível é a de que, provavelmente, as limitações físicas e os tratamentos prolongados e intrusivos associados à presença dessas sequelas resultam num maior afastamento do indivíduo de fontes de apoio como a dos amigos, facto que será relevante à luz dos resultados actuais da investigação que revelam que, quando analisado o apoio social em idosos com diabetes, se verifica que o apoio social geral parece ser mais benéfico do que o apoio social específico para a doença e que o apoio social recebido dos amigos desempenha um papel mais significativo no processo de adaptação do que o apoio social recebido da rede familiar (Cheng & Boey, 2000).

Os resultados conduzem, ainda, a uma reflexão sobre a natureza não estática do apoio social, isto é, sobre a sua mudança de acordo com o tempo e com as circunstâncias. Este facto é particularmente importante nos estudos sobre apoio social nos indivíduos com doença crónica ou com doenças que põe em risco a vida da pessoa. À medida que a doença evolui, isto é à medida que as fases de diagnóstico, tratamento e manutenção mudam, e à medida que as sequelas da diabetes se vão manifestando, as percepções do indivíduo podem também mudar e é possível que o comportamento dos outros com o doente também sofra alterações. Sublinha-se a necessidade de desenvolver estudos longitudinais que desvelem a forma como a percepção do apoio social se relaciona com o controlo metabólico, complicações crónicas da diabetes e qualidade de vida ao longo do curso da doença.

Estudos futuros deverão, também, considerar individualmente as distintas complicações crónicas e agudas, uma vez que é possível que diferentes

domínios de apoio social afectem de diferentes formas a vida do indivíduo, dependendo das sequelas específicas que este apresenta.

REFERÊNCIAS

- Aalto, A.-M., Uutela, A., & Aro, A.R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetes: Disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*, 30, 215-225.
- Bott, U., Mühlhauser, I., Overmann, H., & Berger, M. (1998). Validation of a diabetes-specific quality of life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 21(5), 757-769.
- Cheng, T.Y.L., & Boey, K.W. (2000). Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with Type II diabetes mellitus. *Clinical Gerontologist*, 22(1), 15-30.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (vol. 4, pp.253-268). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cox, D.J., Gonder-Frederick, L., & Saunders, J.T. (1991). Diabetes: Clinical issues and management. In J. Sweet, R. Rosensky, & S. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 473-496). Plenum Press.
- 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.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6), 531-541.
- Emmons, R.A., & Colby, P.M. (1995). Emotional conflict and well-being: Relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 947-959.
- Fisher, E.B., Delamater, A.M., Bertelson, A.D., & Kirkley, B.G. (1982). Psychological factors in diabetes and its treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 993-1003.
- Fukunishi, I., Akimoto, M., Horikawa, N., Shirasaka, K., & Yamazaki, T. (1998). Stress and social support in glucose tolerance abnormality. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(4), 361-369.
- Ganster, D.C., Fusilier, M.R., & Mayes, B.T. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology*, 71(1), 102-110.
- Grey, M., Boland, E.A., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., & Tamborlane, W.V. (1998b). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with Ddiabetes. *Diabetes Care*, 21(6), 909-914.
- Griffiths, L.S., Field, B.J., & Lustman, P.J. (1990). Life stress and social support in diabetes: Association with glycemic control. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, 365-372.

- Hanestad, B.R. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice, 19*, 139-149.
- Hanson, B., Isacson, S., Janzon, L., & Lindell, S. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. *American Journal of Epidemiology, 130*(1), 100-111.
- Hanson, C.L., Henggeler, S.W., & Burghen, G.A. (1987). Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(4), 529-533.
- Heitzmann, C.A., & Kaplan, R.M. (1984). Interaction between sex and social support in the control of type II diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(6), 1087-1089.
- Heller, K. (1979). The effects of social support: Prevention and treatment implications. In A.P. Goldstein & F.H. Kanfer (Eds.), *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy* (pp. 353-382). New York: Academic Press.
- Heller, K., Swindler, R.W., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 466-470.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kessler, R.C., Price, R.H., & Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology, 36*, 531-72.
- Littlefield, C.H., Rodin, G.M., Murray, M.A. & Craven, J.L. (1990). Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes. *Health Psychology, 9*(6), 737-749.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford.
- Miller-Johnson, S., Emery, R.E., Marvin, R.S., Clarke, W., Loevinger, R., & Martin, M. (1994). Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(3), 603-610.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica, 2-3*(12), 333-339.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica, 2-3*(14), 263-268.
- Peplau, L.A. (1985). Loneliness research: Basic concepts and findings. In I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications* (pp. 269-286). The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Pierce, G.R., Sarason, B.R., & Sarason, I.G. (1992). General and specific support expectations and stress as predictors of perceived supportiveness: An experimental study. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(2), 297-307.
- Ragnarson-Tennvall, G., & Apelqvist, J. (2000). Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Diabetes Complications, 14*(59), 235-241.
- 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.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica, 3*(8), 547-558.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B., & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist, 55*(1), 110-121.

- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, I.G., Sarason, B., Potter III, E., & Antoni, M. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 156-63.
- Schafer, L.C., McCaul, K.D., & Glasgow, R.E. (1986). Supportive and non-supportive family behaviours: Relationships to adherence and metabolic control in persons with type I diabetes. *Diabetes Care*, 9, 179-185.
- Schlenk, E.A., & Hart, L.K. (1984). Relationship between health locus of control, health value and social support and compliance with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 7, 566-574.
- Seeman, T.E., & McEwen, B.S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 459-471.
- Singer, J.E. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (vol. 4, pp. 269-278). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Thoits, P.A. (1985). Social support processes and psychological well-being: Theoretical possibilities. In I.G. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 51-72). The Hague, the Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Trief, P.M., Grant, W.G., Elbert, K., & Weinstock, R.S. (1998). Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 21(2), 241-245.
- Vilhjalmsón, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(4), 437-452.
- Wikblad, K., Leksell, J., & Wibell, L. (1996). Health-related quality of life in relation to metabolic control and late complications in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 5, 123-130.
- Wikby, A., Hörnquist, J.-O., Stenström, U., & Anderson, P.-O. (1993). Background factors, long-term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. *Quality of Life Research*, 2, 281-286.
- Wills, T.A. (1997). Social support and health. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 168-170). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Wilson, W., Ary, D.V., Biglan, A., Glasgow, R.E., Toobert, D.J., & Campbell, D.R. (1986). Psychosocial predictors of self-care behaviours (compliance) and glycemic control in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9, 614-622.